

Inhoud lesdag 8: Ik als GVP met de cliënt en familie

Zorgleefplan.....	2
Het cliëntdossier.....	2
Het zorgleefplan.....	3
Het Omaha system	4
Het zorgleefplan van ActiZ	7
Ondersteuning van de kwaliteit van leven: vier domeinen.....	7
Domein A: Lichamelijk welbevinden en gezondheid.....	7
Domein B: Woon- en leefsituatie	9
Domein C: Participatie.....	10
Domein D: Mentaal welbevinden	11
De werkwijze volgens het model van ActiZ.....	11
Behoud van regie over het eigen leven op basis van een zorgleefplan	13
Hulpmiddelen bij het werken met het zorgleefplan	14
Het zorgleefplangesprek.....	18
Stap 2: Het bepalen van doelen en acties	18
Zelfzorgvermogen	19
Korte en lange termijn doelen	20
Doelen SMART maken.....	20
Het zorgleefplan vaststellen.....	26
Stap 3: Het uitvoeren van de overeengekomen acties	28
Stap 4: Evalueren	28
Bijlage: Het analyseren van een zelfzorgprobleem met de PES structuur.....	34
Bijlage: Zorgleefplan	35
Bijlage: Je cliënt beter leren kennen	36
Bijlage: Inventariseren van levensgewoonten en –voorkeuren bij familie.....	37
Bijlage: Inzage recht in cliëntdossiers	40

Zorgleefplan

Vakinhoudelijk handelen: 1.3.1 De GVP is in staat de actualiteit van het zorg(leef)plan op systematische wijze met de cliënt en naasten te monitoren en bij te stellen.

Het cliëntdossier

Een cliëntdossier (of zorgdossier) is een rapportagesysteem waarin alle gegevens staan van een cliënt die van belang zijn voor een goede zorgkwaliteit.

Het doel van het cliëntdossier is het geven van duidelijke informatie aan allen die met de zorgverlening van een cliënt zijn belast.

Het cliëntdossier bestaat uit een verzameling formulieren waarop specifieke informatie wordt verzameld en die op logische wijze zijn gerangschikt. Cliëntdossiers kunnen verschillen wat betreft opbouw maar meestal bevat een cliëntdossier in ieder geval de volgende informatie:

- Personalía.
- Zorgleefplan.
- Verslagen van de cliëntbesprekingen / MDO.
- Medicijnlijst.
- Dagrapportage.

Daar kan afhankelijk van de doelgroep en werksituatie andere informatie bijkomen zoals:

- Afsprakenlijst inzet / betrokkenheid van mantelzorgers.
- Overzicht levensloop.
- Een activiteitenlijst.
- Verslagen per discipline die bij de zorg- en dienstverlening zijn betrokken.
- Een zorgkaart.
- Registratie van vochtinname, gewicht, bloeddruk, bloedsuikerwaarden etc.
- Registratie van beschermende maatregelen.

De zorgleveringsovereenkomst (verplicht onderdeel) is een contract tussen de organisatie en een cliënt en in het cliëntdossier wordt nader uitgewerkt welke zorg- en dienstverlening wordt geboden en hoe het verloop daarvan is. Het werken met cliëntdossiers is verankerd in wetgeving en in de zorgleveringsovereenkomst. Het is een recht van de cliënt.

Het zorgleefplan

Het zorgleefplan is een hulpmiddel bij cliëntgericht werken en het ondersteunen van de kwaliteit van leven van cliënten. Elke cliënt heeft een eigen zorgleefplan dat in samenspraak met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger tot stand komt en het wordt eveneens in samenspraak geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Cliëntgerichtheid is daarbij het sleutelwoord. Dat wil zeggen dat het in overeenstemming is met de persoonlijke mogelijkheden, beperkingen, behoeften, voorkeuren en wensen van de cliënt.

Afspraken over de ondersteuning worden in het zorgleefplan opgenomen. Een en ander is wettelijk verankerd: Elke cliënt moet een zorgleefplan hebben en dit zorgleefplan moet met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger besproken worden (zie kader).

Leven leiden zoals de cliënt dat gewend is

In het zorgleefplan legt de GVP samen met de cliënt en/of familie vast hoe de cliënt zijn leven wil leiden en welke ondersteuning hij daarbij van de zorgorganisatie nodig heeft en kan verwachten.

Uitgangspunt: de cliënt kan het dagelijks leven leiden zoals hij dat gewend is en wenst; hij kan die dingen doen, die gewoon en prettig voor hem zijn.

Het gaat om zorg die zich richt op persoonlijke behoeften en voorkeuren.

Een zorgleefplan is een hulpmiddel om:

- Een goed gesprek (dialoog) te voeren met de cliënt.
- De cliënt (beter) te leren kennen.
- Te beschrijven wat voor de cliënt belangrijk is in het leven en welke ondersteuning deze daarbij wenst / nodig heeft om het leven in te richten zoals hij of zij dat wenst.
- Met de cliënt heldere afspraken te maken over zorg en ondersteuning.
- Samenwerking en afstemming tussen zorgverleners te ondersteunen.
- Zorgafspraken te evalueren.

De belangrijkste vragen zijn dus 'Wat is belangrijk in uw leven?', 'Wat kunt u zelf', 'Wat kan het sociale netwerk voor u doen?' en tot slot 'Welke ondersteuning en zorg heeft u van ons nodig?'

Er zijn meerdere varianten van een zorgleefplan in gebruik. De zorgleefplan methodiek van ActiZ wordt door veel zorgorganisaties gehanteerd en daarom nader besproken. Andere modellen zijn het leefplan of de "Schijf van vijf" en het model van IMOZ.

Zorgverlener moet zorgplan met cliënt bespreken

Zorgverleners in de langdurige zorg moeten verplicht met elke nieuwe cliënt de doelen van de zorgverlening bespreken. De uitkomsten ervan moeten worden vastgelegd in het zorgleefplan. Deze verplichting is onderdeel van het 'Besluit Zorgplanbespreking' en opgenomen in de nieuwe wet langdurige zorg (WLZ). In het gesprek moet de zorgverlener ook bespreken hoe die doelen bereikt kunnen worden. Dit maakt voor de cliënt duidelijk welke zorg en ondersteuning hij gaat krijgen van de zorgaanbieder. Deze moet de uitkomst van de bespreking vastleggen in het zorgleefplan.

De meeste thuiszorginstellingen en verpleeg- en verzorgingshuizen werken nu ook al met een zorgleefplan. De reden dat dit in de wet is vastgelegd, is het feit dat verpleegkundigen en verzorgenden de cliënt nog te weinig bij de invulling van het zorgleefplan betrekken. Terwijl inspraak van cliënten steeds meer nodig is, met het oog op de veranderingen in (de financiering van) de zorg.



Bekijk 'De Schijf van vijf'

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

Wachtwoord: *GVPopleiding*

Het Omaha system



Bekijk het filmpje 'Het Omaha systeem'

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

Wachtwoord: *GVPopleiding*

Het systeem is ontwikkeld in Amerika en heeft zijn oorsprong binnen de wijkzorg in de plaats Omaha (vandaar de naam). Men was op zoek naar een betere manier om de zorg die cliënten nodig hebben te beschrijven en dat op een eenvoudige(r) en uniforme wijze: ieder moest er snel mee kunnen werken en het moest voor ieder eenduidig zijn. Het systeem moest duidelijk maken: wat zorgverleners doen en waarom, wat er met de cliënten gebeurt en wat het resultaat was. Groot voordeel van Omaha System: het geeft structuur en eenheid van taal. Inmiddels wordt dit systeem in 20 landen gebruikt.



Het systeem kan zowel in de cure als care worden gebruikt voor zorg zowel binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) als de wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Het accent ligt op dit moment vooral op toepassing binnen de extramurale zorg (zorg thuis).

De opbouw van het systeem

Het systeem kent vier domeinen (analoog aan de methodiek van het zorgleefplan) waarbinnen 42 **aandachtsgebieden** worden onderscheiden:

- Het omgevingsdomein -> 4 gebieden.
- Het psychosociale domein -> 12 gebieden.
- Het fysiologische domein -> 18 gebieden.
- Het domein gezondheidsgerelateerd gedrag -> 8 gebieden.

Het totaaloverzicht is als volgt:

Domeinen			
Omgeving	Psychosociaal	Fysiologisch	Gezondheidsgerelateerd gedrag
Buurt / werkplek veiligheid Inkomen / financiën Omgevings-hygiëne Woning	Communicatie met maatschappelijk voorzieningen Geestelijke gezondheid Groei en ontwikkeling Interpersoonlijke relaties Mantelzorg / zorg voor kind of huisgenoot Mishandeling/misbruik Rolverandering Rouw Seksualiteit Sociaal contact Spiritualiteit Verwaarlozing	Ademhaling Besmettelijke / infectueuze conditie Bewustzijn Circulatie Cognitie Darmfunctie Gehoor Geslachtsorganen Huid Mondgezondheid Neuro/musculaire/skelet-functie Pijn Postnataal Spijsvertering-vochthuishouding Spraak en taal Urineweg-functie Zicht Zwangerschap	Gebruik van verslavende middelen Gezinsplanning Gezondheidszorg supervisie Medicatie Persoonlijke zorg Slaap en rust-patronen Voeding

Merk op dat de methodiek niet leeftijd specifiek is opgebouwd maar het gehele terrein van de zorg omvat. Elk gebied is nader omschreven in een aantal unieke signalen of symptomen.

Indien wordt vastgesteld dat er op een gebied ondersteuning wenselijk / noodzakelijk is dan wordt bepaald wat voor **soort actie** nodig is, zeg maar aard van de interventie, waarbij onderscheid wordt gemaakt in:

- Adviseren, instrueren, begeleiden.
- Behandelen.
- Casemanagement.
- Monitoren en bewaken.

Vervolgens wordt de actie geconcretiseerd aan de hand van 75 mogelijke actievlakken (die ook nader worden omschreven) waarbij elke actievlak nog nader gespecificeerd kan worden afgestemd op de unieke situatie van een cliënt.

Actievlakken			
ademhalingstherapie	in positie brengen (houding)	persoonlijke hygiëne	welzijn
anatomie/fysiologie	infectiepreventie	recept (medicatie)	werk
andere voorzieningen in de buurt/gemeenschap	interactie	rust/slaap	wettelijk systeem
bezigheidstherapie	laboratoriumuitslagen	screening	wondzorg / verband
blaas zorg	looptraining	signalen/symptomen-fysiek	verschonen
communicatie	luchtweg zorg	signalen/symptomen-mentaal/emotioneel	woon- of verblijfplaats (thuis)
continuïteit van zorg	materialen	socialwerk in buurt/gemeenschap	zorg bij malaise of letsel
copingsvaardigheden	(verbruiksartikelen)	stimulering/opvoeding	zorg door arts/specialist
darm zorg	medicatie	stomazorg	zorg door ergotherapeut
discipline	coördinatie/bestelling	stress management	zorg door fysiotherapeut
erfelijkheid	medicatie uitzetten	supportgroep	zorg door logopedist
financiën	medicatie werking en bijwerkingen	steunsysteem	zorg door psycholoog / maatschappelijk werk
gedragsverandering	medicatietoediening	tolk/vertaal diensten	zorg door verpleegkundige, verzorgende
geestelijke zorg	mobiliteit/transfers	veiligheid	zorg door voedingsdeskundige / diëtist
gezinsplanning	monster verzameling	verslavingszorg	zorg door zorghulp
gips zorg	oefening en beweging	vervoer	zorg in de laatste levensfase
hartzorg en circulatie	omgaan met boosheid	verzorgings- en opvoedingsvaardigheden	zorg rond groei / ontwikkeling
hechting	omgeving	voeding, beleid/balans	overigen
huidzorg	ontspannings- /ademhalingstechnieken	voedingsprocedures	
huishouding	opleiding		
hulpmiddelen	opvang/respijtzorg		

De resultaten van die acties worden **gemeten** met behulp van een schaal waarbij onderscheid wordt gemaakt in:

- Status: zeg maar ernst van het gesignaleerde probleem.
- Kennis: wat weet de cliënt zelf over zijn / haar probleem.
- Gedrag: hoe gedraagt de cliënt zich, hoe gaat deze met het probleem om.

Op elke van deze aspecten wordt een score gegeven variërend van:

1 = meest negatief

5 = meest positief

Het resultaat is als volgt:

Status signalen	Kennis (bij cliënt)	Gedrag (van cliënt)
onbekend / niet van toepassing	- onbekend / niet van toepassing	- onbekend / niet van toepassing
1 extreme signalen	1 geen kennis	1 niet passend gedrag
2 ernstige signalen	2 minimale kennis	2 zelden passend gedrag
3 matige signalen	3 basis kennis	3 wisselend passend gedrag
4 minimale signalen	4 adequate kennis	4 meestal passend gedrag
5 geen signalen	5 uitstekende kennis	5 consistent passend gedrag

Door dit te scoren op het moment dat een cliënt in zorg komt, tussentijds en op een evaluatiemoment, wordt een beeld verkregen over de mate waarin de acties (interventies) succesvol zijn geweest. In overleg met de cliënt kunnen ook streefdoelen worden bepaald op deze schalen. Bijvoorbeeld: begin status = 1; doel status = 3 enzovoorts.

Het zorgleefplan van ActiZ

Omdat veel zorgleefplannen gebaseerd zijn op het model van ActiZ, gaan we hier nader op in. In het model wordt onderscheid gemaakt in vier zogenaamde levensdomeinen. Deze zijn gebaseerd op de normen voor verantwoorde zorg.

Ondersteuning van de kwaliteit van leven: vier domeinen



De cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering en een schoon en naar wens verzorgd lichaam, waarbij steeds goed wordt ingespeeld op veranderingen in de lichamelijke gezondheid. Voor intramurale organisaties vallen hieronder tevens smakelijke maaltijden, hapjes en drankjes.

Domein A: Lichamelijk welbevinden en gezondheid

Normen voor adequate gezondheidsbescherming en –bevordering (zie ook zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid)

- Tijdig herkennen van gezondheidsrisico's en preventie van zorgproblemen;
- Signaleren van veranderingen in het lichamelijke welzijn en de gezondheid;
- Aanpassing van de zorg aan deze veranderingen en de bijbehorende beperkingen en mogelijkheden;
- Een zorgvuldig gekozen evenwicht tussen goed vaktechnisch handelen en de wensen en voorkeuren van de cliënt/vertegenwoordiger bij de toepassing van tenminste:
 - Huidletselpreventie, decubituspreventie en decubitusbehandeling;
 - Zorg bij eten en drinken;
 - Valpreventie;
 - Medicijngebruik;
 - Continentiezorg.
 - Minimale vrijheidsbeperkende maatregelen;
 - Preventie en behandeling van infecties;
 - Aandacht en zorg voor individuele gezondheidsklachten en pijnklachten;
 - Snelle beschikbaarheid en deskundig gebruik van hulpmiddelen, waaronder ook brillen en gehoorapparaten.
 - Verstrekken van informatie en voorlichting.



Normen voor een schoon en naar wens verzorgd lichaam

Passende hulp bij:

- Wassen/douchen;
- Gebitsverzorging;
- Nagelverzorging;
- Huidverzorging;
- Toiletgang;
- Aan-/uitkleden;
- Naar wens verzorgd gekleed zijn.

Extra bij intramurale organisaties:

Normen voor smakelijke maaltijden, hapjes en drankjes

- Passende hulp bij en voldoende tijd voor eten en drinken;
- Keuzemogelijkheden die recht doen aan de smaak van cliënten;
- Maaltijden goed gespreid over de dag en passend bij het dagritme van de cliënt;
- Een prettige ambiance, waarbij aandacht wordt besteed aan een eetlust bevorderende sfeer en omgeving.

Domein B: Woon- en leefsituatie



De cliënt mag rekenen op ondersteuning bij het wonen, met voldoende aandacht voor levenssfeer en privacy. Hij mag rekenen op aandacht voor veiligheid van/in zijn woon- en leefsituatie.

Normen voor levenssfeer en privacy

- Ondersteuning bij het wonen met voldoende aandacht voor levenssfeer en privacy, waardoor de cliënt zich op zijn gemak kan voelen in aanwezigheid van de zorgverlener;
- Respect van de zorgverlener voor de levenssfeer en de leefpatronen van de cliënt;
- Beperking van het aantal vaste zorgverleners dat over de vloer komt;
- De ervaren deskundigheid en betrouwbaarheid van de zorgverlener en zorgorganisaties.

Extra bij intramurale organisaties:

- Schone en comfortabele woonruimte;
- Woonruimte die privacy biedt en thuisgevoel geeft door het bieden van mogelijkheden tot het creëren van een eigen sfeer;
- Optimale bewegingsvrijheid.



Normen voor veiligheid van/in de woon en leefsituatie (zie ook thema zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid)

- Zorgverleners tonen een legitimatiebewijs als de cliënt daarom vraagt;
- Aandacht voor onveilige situaties in huis (inrichting, hygiëne, houdbaarheid van voedingsmiddelen e.d.).

Extra bij extramurale organisaties:

- Signalering en doorverwijzing bij noodzaak van woningaanpassingen en alarmering.

Extra bij intramurale organisaties

- Een goed functionerend en gebruiksvriendelijk systeem van alarmering en alarmopvolging;
- Brand-, inbraak en calamiteitenpreventie, waaronder noodvoorzieningen bij stroomuitval en een hitteprotocol;
- Adequaat toezicht.

Domein C: Participatie



De cliënt mag rekenen op ondersteuning bij het invulling geven aan persoonlijke interesses en hobby's, en ondersteuning bij een sociaal leven en het contact houden met de samenleving.

Normen voor participatie

- Inpassen van zorgafspraken in het dag-/weekprogramma van de cliënt;
- Ondersteuning van de cliënt in zijn autonomie om zoveel mogelijk de dingen te blijven doen die hij zelf belangrijk vindt;
- Ondersteuning van de cliënt bij het vinden en gebruikmaken van sociale activiteiten en dagbestedingsmogelijkheden;
- De cliënt wijzen op de mogelijkheden van vrijwilligers en welzijnsvoorzieningen;
- Signalering van eenzaamheidsproblematiek, aandacht voor mogelijke oorzaken, en zo nodig doorverwijzen naar/inschakelen van deskundigheid.



Extra bij intramurale organisaties

- Een woon- en leefomgeving waar iets te beleven is en die uitnodigt tot intermenselijk contact, en het ondernemen van activiteiten;
- Een klimaat van gastvrijheid, waar humor en menselijke warmte voelbaar zijn. Met faciliteiten die uitnodigend zijn voor verwanten, bezoekers en buurtbewoners, en voor het onderhouden van contact;
- Mogelijkheden voor dagbesteding die aansluiten bij gewoontes en persoonlijke interesses, bij hobby's en het sociale leven van de cliënt en passende hulp bij mobiliteit.

Domein D: Mentaal welbevinden



De cliënt mag rekenen op respect voor en ondersteuning van de eigen identiteit en levensinvulling, en het zoveel mogelijk behouden van de eigen regie.

Normen voor ondersteuning bij mentaal welbevinden

- Aandacht voor het eigen leven en de persoonlijke waarde die daaraan toegekend én ontleend wordt;
- Aandacht voor (levensfase gerelateerde) persoonlijke ontwikkeling en waarden, levenskeuzen, zingevingvragen;
- Hulp bij mogelijkheden om de regie op het eigen leven te behouden;
- Een luisterend oor bieden voor zorgen en emotionele problemen en voor zaken die naar de mening van de cliënt niet goed gaan in de zorgverlening;
- Betrokkenheid en presentie (niet gehaast zijn);
- Het signaleren van veranderingen in het mentaal welbevinden van de cliënt (vergeetachtigheid, somberheid en depressieve gevoelens, stemmingswisselingen, probleemgedrag), aandacht voor mogelijke oorzaken, en zo nodig doorverwijzen naar/inschakelen van deskundigheid;
- De mogelijkheid voor de cliënt om van zorgverlener te veranderen bij ontevredenheid over bejegening, werkhouding of als het contact met de zorgverlener moeizaam is.



Extra bij intramurale organisaties

- Mogelijkheden voor de cliënt om zich ongestoord te kunnen terugtrekken;
- De beschikbaarheid van geestelijke verzorging.

De werkwijze volgens het model van ActiZ

Eerste gesprek met de cliënt

Belangrijk voor cliënt en organisatie is de kennismaking, het eerste gesprek met de cliënt. Er zijn bepaalde gegevens nodig om goed met de dienstverlening te kunnen starten. Voor de cliënt kan zo'n gesprek (zeker als er sprake is van verhuizing) zo ingrijpend zijn dat hij minder dan anders in staat is goed te verwoorden wat voor hem belangrijk is.

Er is een formulier en 'checklist eerste gesprek met cliënt' dat je als hulpmiddel kunt gebruiken om de belangrijkste onderwerpen aan bod te laten komen, met al aandacht voor de vier levensdomeinen. Op het formulier leg je na afloop vast wat voldoende besproken is, wat nog nadere aandacht vraagt en wanneer een eerstvolgend gesprek plaatsvindt.

Opstellen 'Typering cliënt'

Met een algemene typering van de cliënt probeer je een beeld van de cliënt als mens, als unieke persoonlijkheid, als persoon als geheel te schilderen. Welke dingen / mensen / gebeurtenissen zijn

belangrijk en verbonden met zijn gevoel van eigenheid en identiteit? Waar is hij trots op? Hoe was de levensloop? Wat voor leven heeft hij geleid, wat heeft hij meegemaakt, uit welk gezin kwam hij enz. Dit deel groeit naarmate de dienstverleners en de cliënt elkaar beter leren kennen.

Inventarisatie levensdomeinen: het kennen van de cliënt in zijn dagelijks doen en laten

Hierbij verzamel je de benodigde informatie over zijn dagelijks doen en laten en waarbij hij eventuele vragen heeft om ondersteuning.

Hoe ziet zijn dagelijks leven eruit? Welk dagritme heeft hij? Hecht hij aan bepaalde gewoonten en voorkeur bij wassen, kleden (tijdstip, manier waarop), uiterlijk, eten en drinken? Wat is zijn voorkeur t.a.v. alleen/met anderen zijn, bezigheden en rustpunten. Zijn er zaken die nu een grote rol spelen? Hoe ervaart hij de huidige situatie? Wat verwacht hij van de toekomst? Wat houdt hem bezig? Voor elk levensdomein is een checklist beschikbaar met vragen die je kunt stellen en er zijn model formulieren waarop je gespreksnotities kunt zetten.

Zorgleefplan

Op een formulier levensdomeinen wordt de informatie van de eerste zes weken van het verblijf samengevat. Dit formulier wordt periodiek bijgesteld bijvoorbeeld na een zorgleefplan- of familiegesprek en bevat de belangrijkste en meest relevante informatie.

Op het zorgleefplan noteer je doelen, acties en afspraken. Dit is het hart van het cliëntdossier:

- Wat is de vraag, de wens, het probleem van cliënt? (vanaf nu spreken we van 'vragen').
- Wat willen we met de gezamenlijke inspanningen bereiken? Kortom wat is het doel?
- Welke afspraken hebben we daarover gemaakt met de cliënt? Kortom wat zijn de acties?
- Wie is daarbij betrokken en wanneer vindt een evaluatie plaats?

Het zorgleefplan komt in samenspraak met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger tot stand.

De vragen, doelen en acties worden per levensdomein gerangschikt.

Afronding gesprek over het zorgleefplan

Het zorgleefplan moet worden besproken met de cliënt of wettelijk vertegenwoordiger en deze moet er mee instemmen door het zetten van een handtekening. Eventuele reactie en opmerkingen kunnen aanvullend worden genoteerd. Een handtekening onder een zorgleefplan is wenselijk, maar niet langer verplicht.

De weekagenda

Acties en afspraken zet je om naar een zogenaamde weekagenda voor de cliënt. Hierop komen alle afspraken die met de cliënt zijn gemaakt over de dienstverlening: op welke dag gebeurt wat, hoe laat en hoeveel tijd is daarmee gemoeid. In veel organisaties is dat een soort werklijst geworden die dagelijks of wekelijks wordt opgesteld.

Rapportage

Rapporteren vindt plaats op basis van de geformuleerde vragen en doelen (dagrapportage) in het zorgleefplan. Daarbij kun je een nummering hanteren.

Daarnaast kun je een rapportage 'per doel per discipline' hanteren. Alle bij de uitvoering van het zorgleefplan betrokken (para)medische disciplines rapporteren hier over de voortgang op de verschillende doelen. Dit geldt dus ook voor zorgdoelen indien die zijn geformuleerd.



Je kunt de formulieren van de methodiek van het werken met het zorgleefplan van ActiZ downloaden. Ga naar de website van BTSG en log in op de GVP pagina.

Wachtwoord: *GVPopleiding*

Behoud van regie over het eigen leven op basis van een zorgleefplan

Elke cliënt heeft een eigen zorgleefplan, dat in samenspraak met de cliënt tot stand komt. In het zorgleefplan wordt invulling gegeven aan de vier domeinen van kwaliteit van leven. Het zorgleefplan vermeldt de indicatie en geeft een beeld van de zorgvraag, de reële zorgbehoefte en de afgesproken zorg. De cliënt en de zorgaanbieder maken afspraken over welke zorg, wanneer, op welke dagen en tijden wordt gegeven. Het plan vermeldt het doel, de inhoud en het moment van de zorgverlening. Het bevat tevens een actueel overzicht met de verslaglegging van de geleverde zorg, nieuwe afspraken

en eventuele mutaties van de zorg. In het zorgleefplan worden de acties, de resultaten, de voortgang en de bijstellingen op basis van evaluatie genoteerd. Ook afspraken met derden worden in het plan opgenomen, zoals uitvoeringsverzoeken van artsen. Andere zorgverleners (zoals huisartsen), maar ook mantelzorgers worden gevraagd gebruik te maken van het zorgleefplan en hun bevindingen en adviezen hierin vast te leggen. Het zorgleefplan is een belangrijk communicatiemiddel tussen zorgverleners en andere disciplines en waarborgt dat de zorgorganisatie haar afspraken met de cliënt nakomt.

Dit houdt in dat de zorgorganisatie voorziet in:

- Het werken met een systeem voor het zorgleefplan, dat goed is ingebed in de organisatie;
- Regelmatige cliëntenbesprekingen en/of multidisciplinair overleg tussen relevante disciplines die deel uitmaken van dat systeem;
- Evaluaties met de cliënt (minimaal twee keer per jaar, maar ook bij complexe zorg, na veranderingen in de inzet van zorg, of op verzoek van cliënt en/of zorgverlener);
- Vastlegging van evaluaties, aanpassingen en structurele afwijkingen van het zorgleefplan;
- Verbeteringen van zorg die voortvloeien uit besprekingen van het zorgleefplan;
- Vastleggen wat er met het zorgleefplan gebeurt na beëindiging van de zorgverlening, bijvoorbeeld of de gegevens van de cliënt bewaard worden.

Let op: het betekent niet dat er altijd in het zorgleefplan iets moet zijn opgenomen over elk domein. Soms is de zorgvraag beperkt en beperk je je in het zorgleefplan tot die zorgvraag binnen een domein. De intentie van het geheel is dat je aandacht hebt voor de verschillende domeinen. Mogelijk signaleer je zorgvragen op andere domeinen die je vervolgens met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger signaleert en wat weer aanleiding kan zijn tot het aanvragen van een herindicatie.

In de periode van zorg- en dienstverlening ligt het zorgleefplan bij de cliënt. Hij heeft op elk gewenst tijdstip inzage in zijn zorgleefplan. De cliënt heeft het recht het zorgleefplan aan te vullen met een eigen verklaring of het bij onjuiste gegevens te laten corrigeren.

Het zorgleefplan komt dus altijd in samenspraak met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger tot stand, en wordt in dezelfde samenspraak geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Aan cliënt of vertegenwoordiger wordt ondersteuning aangeboden bij het overleg over het zorgleefplan (bijvoorbeeld door de GVP).

Hulpmiddelen bij het werken met het zorgleefplan

Bewegingsgerichte zorg in praktijk brengen met het zorgleefplan

Bewegen is belangrijk voor lichaam en geest. Het bevordert de zelfredzaamheid en de sociale contacten. Vooral cliënten in verpleeghuizen bewegen over het algemeen te weinig of krijgen daartoe te weinig gelegenheid terwijl verpleeg- en verzorgingshuizen een verantwoordelijkheid hebben om bewegen te stimuleren als een vanzelfsprekend onderdeel van verantwoorde zorg.

Er is een module samengesteld om binnen de werkwijze met het zorgleefplan, gericht aandacht te besteden aan (meer) bewegen. Bewegingsgerichte zorg is maatwerk. Sommige cliënten hebben altijd veel bewogen, anderen juist weinig, ieder heeft binnen de eigen levensstijl dat een plek gegeven. Wat voor de een veel is, is voor de ander weinig. Verder is natuurlijk van invloed het hier en nu, de huidige lichamelijke conditie en mentale gezondheid. Tot slot kan je op veel manieren bewegen als sportieve uiting, maar ook door huishoudelijke activiteiten uit te (blijven) voeren. Bewegen is een onderdeel van het dagelijks leven en het is belangrijk in beweging te blijven.

De module bestaat uit twee delen:

- Deel 1 (voor zorgverleners) geeft handreikingen hoe binnen de typering van de cliënten en de verschillende levensdomeinen gericht aandacht aan bewegen kan worden besteed in gesprekken met de cliënt of familie. Er worden suggesties gegeven voor gespreksonderwerpen en observatiepunten.
- Deel 2 beschrijft de randvoorwaarden om meer aandacht te besteden aan bewegingsgerichte zorg en het in te bedden in de dagelijkse manier van werken. In dit deel zijn ook bouwstenen voor bewegestimulering opgenomen.



De module 'Bewegingsgerichte zorg in praktijk brengen met het zorgleefplan' is gratis te downloaden via de website van zorg voor beter www.zorgvoorbeter.nl

Landkaart mentaal welbevinden

Voor het praten met cliënten over hun levensvragen, levensgeschiedenis of hoe het met hem gaat is de landkaart Domein Mentaal Welbevinden een handig hulpmiddel (gratis te downloaden). De landkaart is onderdeel van een zogenaamd reispakket dat bij Vilans verkrijgbaar is. Deze landkaart kan een handig hulpmiddel zijn om met cliënten samen gesprekken te voeren over het mentale welbevinden.

Er is in 2014 een brochure 'In gesprek over mentaal welbevinden' gemaakt met aanvullende informatie waarin antwoord wordt gegeven op vragen als 'Hoe kun je werken met de Landkaart Mentaal welbevinden? Welke vragen over mentaal welbevinden kun je stellen aan cliënten?' De handreiking biedt ook informatie over hoe je afspraken die hieruit voorkomen kunt vastleggen in het zorgleefplan.





De landkaart en de handreiking zijn te downloaden via de website van zorg voor beter
<http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Handreiking-mentaal-welbevinden.html>



Opdracht: Stel je eens voor (1)

Stel je voor dat jij morgen afhankelijk wordt van een hulpverlener of moet verhuizen naar een / je eigen zorginstelling waar je de rest van je leven zult verblijven.

Wat zijn voor jou dan belangrijke zaken waar een hulpverlener / de zorginstelling rekening mee moet houden?

Levensdomein Lichamelijk welbevinden en gezondheid	
Levensdomein Woon- en leefomstandigheden	
Levensdomein Participatie	
Levensdomein Mentaal welbevinden	

Opdracht: Kwaliteit van leven en het zorgleefplan

Je zult wel eens te maken hebben gehad met niet alledaagse wensen van cliënten. En daarbij hebben ervaren dat je meer neigt uit te gaan van de beperkingen van een cliënt (of de organisatie) dan van zijn mogelijkheden. Bekijk eens met behulp van een van onderstaande casussen of een eigen voorbeeld, hoe je toch aan de vraag van een cliënt tegemoet kunt komen (het aspect creativiteit) of hoe je beter zou kunnen aansluiten bij de mogelijkheden die hij heeft.

Maak een keuze uit de bijgevoegde casussen of gebruik een eigen praktijksituatie.

Casus 1 schildert een intramurale situatie, casus 2 extramuraal en casus 3 een kleinschalige woonvorm. In principe zijn alle casussen met enige nuancering in alle werksituaties toepasbaar.

Beantwoord de volgende vragen:

- a. Beschrijf de vraag van de cliënt.
- b. Hoe zorg je ervoor dat je toch zo goed mogelijk aan deze wensen tegemoet kunt komen?
- c. Hoe kun je aansluiten bij de mogelijkheden van een cliënt?

Casus 1

Woon- en leefomstandigheden

Ik ben een vroege vogel. Hup, uit bed en gelijk wassen en aankleden, niet dat gehang in een peignoir. Daarom heb ik er zo'n moeite mee dat ik eerst moet ontbijten voor ik geholpen word met wassen. Ik zit gewoon onfris aan mijn boterham.

Participatie

Het moeilijkste aan ouder worden vind ik dat iedereen om je heen dood gaat. Met wie kan ik nog praten over mijn schooltijd, verkering of de politiek. De zusters doen hun best, maar hebben het al zo druk, dat voel je toch als ze met je praten. Mijn scootmobiel is ontzettend belangrijk voor me. Hij maakt me onafhankelijk van anderen. Helaas is de accu te snel leeg om echt naar buiten te kunnen gaan.

Mentaal welbevinden

Hier in huis is een winkeltje waar je wat alledaagse dingen kunt kopen. Ik vind het fijn dat ik ondanks het moeilijk lopen zelf voor iets lekkers bij de koffie kan zorgen als mijn kinderen op bezoek komen. Ze hadden van die lekkere koekjes die ik mijn hele leven al heb gehad. Nu is het assortiment veranderd. Waar moet ik ze nu vandaan halen?

Lichamelijk welbevinden en gezondheid

Thuis gebruikte ik gezichtscrème, maar daar hebben ze hier geen tijd voor.

Casus 2

Woon- en leefomstandigheden

Ik heb een rolstoel maar aan de arm van een verzorgende kan ik nog een rondje lopen. Ik zie slecht en ben trillerig in mijn lijf. Maar zo even een ommetje buiten zelf lopen vind ik erg prettig. Deze week heb ik dat nog niet gedaan, nee. De zusters hebben er onvoldoende tijd voor en dus zit ik in de rolstoel voor ik er erg in heb.

Participatie

Toen ik in zorg kwam, stelde mijn GVP me vragen over intimiteit. Ik had net mijn man verloren weet u. Of ik het prettig vond om af en toe een arm om me heen te hebben, zo legde ze dat toen uit. Op zich houd ik wel van een knuffel op zijn tijd, dat heb ik toen ook gezegd. Ik weet niet hoe ze het opgeschreven heeft in het grote boek maar nu valt iedereen die me komt helpen me te pas en te onpas om mijn nek. Ja, daar ben ik eigenlijk totaal niet van gediend.

Ik moet ook twee keer per week naar de fysiotherapie, dat is erg belangrijk voor mij. Maar dat is iedere keer op tijdstippen dat er hier in de buurt van alles te doen is en waar ik graag naar toe wil.

Mentaal welbevinden

Ze moeten twee keer per dag mijn benen zwachtelen. Daarvoor is wel min of meer een tijd voor afgesproken maar daar kun je niet op bouwen. Ze komen wel eens vroeger of later. Ik moet dus een ruime tijd thuisblijven elke dag. Hierdoor voel ik mij in mijn bewegingsvrijheid beperkt. Ik moet voortdurend op mijn horloge kijken. Heel onrustig en ook onbeleefd tegenover degene met wie ik bijvoorbeeld in gesprek ben.

Lichamelijk welbevinden en gezondheid

Tja, dat overgewicht heb ik al mijn hele leven. Waar ik extra op moet letten is smetten. Als het warm is heb ik daar erg snel last van. De zusters hebben gewoon geen tijd om het goed te verzorgen

Casus 3

Woon- en leefomstandigheden

Ik slaap graag 's middags eventjes, zeg maar een soort siësta. Ergens heb ik Zuid-Europees bloed in mijn aderen, daar zal het mee te maken hebben. Ik heb dan echt geen zin om vroeg naar bed te gaan 's avonds. Helaas heb ik hulp nodig bij het naar bed gaan. Vanaf 22.30 uur is er minder personeel en zij vinden het dan prettig om ieder voor die tijd naar bed te helpen. Ik vraag me af of de nachtzuster dat niet kan.

Participatie

Ik doe niets liever dan naar mijn bakkie luisteren. Ik wil gewoon weten wat er in de stad gebeurt. Helaas stoor ik voortdurend anderen. Omdat ik slechthorend ben, staat mijn bakkie nogal hard.

Mentaal welbevinden

Ik drink mijn hele leven meerdere borrels per dag. Ik had een café en dan leer je echt wel drinken. Als ik nu mijn derde borrel neem, zegt zo'n snotaap dat ik genoeg gehad heb.

Lichamelijk welbevinden en gezondheid

De nadruk ligt hier op 'zelf doen', alsof ik voor de lol hulp vraag. Als ik mezelf heb gewassen en aangekleed kan ik gaan rusten tot het middageten. Ik gebruik mijn energie liever om een rondje door de tuin te lopen.

Het zorgleefplangesprek

Plannen van zorg: 1.2.1 De GVP-er is in staat op basis van de verkregen informatie in samenspraak met de cliënt/naasten een bijdrage te leveren aan het opstellen van een persoonsgericht zorgleefplan.

Je hebt alle informatie verzameld die nodig is voor het opstellen van het zorgleefplan.

Afhankelijk van de cliëntgroep en je werksituatie doe je dat samen met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger (verder voor de leesbaarheid aangeduid met 'cliënt') tijdens een zorgleefplangesprek, onderling tijdens een mono- of multidisciplinair overleg (bewonersbespreking of cliëntbespreking genoemd) of wellicht nog anders. Van jou wordt verwacht dat je het nodige voorwerk doet om tot een goed zorgleefplan te komen bijvoorbeeld door te komen met voorstellen of een concept zorgleefplan.

Met een zorgleefplangesprek bereik je dat:

- De cliënt optimaal de regie behoudt;
- Wensen / vragen, doelen en acties zijn samen overeengekomen;
- De cliënt de inhoud van zijn zorgleefplan meteen kent.

Realiseer je ook dat:

- Elke belangrijke wijziging in een zorgleefplan de instemming moet hebben van de cliënt;
- Het zorgleefplan moet minimaal twee keer per jaar met de cliënt worden geëvalueerd. Hierover zijn binnen de instelling waar je werkt afspraken gemaakt.

Stap 2: Het bepalen van doelen en acties

In deze stap van de methodische cyclus:

1. Bespreek je welke ondersteuning een cliënt nodig heeft om te kunnen leven zoals hij dat wenst.
2. Maak je concrete en haalbare afspraken (doelen en acties) over de ondersteuning die jij en je collega's leveren.

Als je weet hoe een cliënt wil leven en welke gezondheidsrisico's zich kunnen voordoen, kun je per levensdomein met de cliënt bespreken of hij daarbij ondersteuning nodig heeft. De ondersteuning is erop gericht het gewone leven zoveel mogelijk te 'herstellen' en gezondheidsrisico's professioneel te benaderen.

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

In eerste instantie denk je misschien, als de cliënt iets wil, dat jij het bent die de benodigde ondersteuning moet leveren. Dat is lang niet altijd het geval. Ga dus niet meteen over tot actie. Kijk of de cliënt zelf in het antwoord kan voorzien en / of er misschien mensen uit diens sociale netwerk die kunnen begeleiden. Pas daarna komt aan de orde of jij en jouw collega's ingeschakeld moeten worden. Of misschien kan een vrijwilliger iets betekenen?

Het getuigt van professionaliteit als je bij een advies aan een cliënt duidelijk maakt wat mogelijke gevolgen zijn van bepaalde keuzes. Wanneer een cliënt niet aanspreekbaar is of niet in staat om keuzes te maken, dan maak je in overleg doelen en acties uitgaande van wat je weet van de cliënt of wat in diens belang is.

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

Zelfzorgvermogen

Zelfzorg is niet aangeboren, maar aangeleerd gedrag. In de loop van zijn leven leert de mens hoe belangrijk zelfzorg is voor een gezond bestaan. De leefomgeving en de sociale achtergrond spelen een belangrijke rol bij het aanleren van zelfzorgactiviteiten. Het kan zijn, dat iemand nooit een ei heeft leren bakken (zie kader) of altijd gewend is dat huishoudelijke zaken voor hem werden gedaan.

Met zelfzorgvermogen bedoelen we: welke mogelijkheden heeft de cliënt tot het verrichten van zelfzorg.

Er bestaan grote verschillen tussen mensen wat betreft dit zelfzorgvermogen. Of iemand in staat is het zelfzorgvermogen te gebruiken hangt af van de situatie. Bijvoorbeeld iemand met reuma kan door hevige pijn zijn zelfzorgvermogen niet ten volle benutten. Of iemand heeft zijn hele leven bepaalde handelingen zelf niet hoeven uitvoeren.

Een cliënt kan zijn zelfzorgvermogen

- Volledig,
- Gedeeltelijk (ziekte, handicap)
- Of helemaal niet (coma, dementie) gebruiken.

Het zelfzorgvermogen is dus per individu verschillend en moet dus voor elke cliënt worden beoordeeld. Dit zelfzorgvermogen is een belangrijk gegeven omdat het bepalend is voor de mate waarin iemand zelf in staat is de regie over het leven te voeren en dus voor de mate van zelfstandigheid. De te bieden (professionele) dienstverlening is aanvullend op dit zelfzorgvermogen en we streven ernaar het zo lang mogelijk in stand te houden.

Zelfzorgvermogen en kwaliteit van leven

Een man was gewend om op vrijdag van zijn vrouw twee gebakken eieren te krijgen. Toen zijn vrouw overleed en hij hulp kreeg, vroeg hij de hulp of die dat ook wilde doen. Daar meneer fysiek dat best zelf kon, besloot men het hem te leren vanuit het oogpunt dat meneer dan minder afhankelijk was. Meneer bleek hier niet van gediend wat uiteindelijk leidde tot een conflict tussen de medewerkers en deze meneer.

Korte en lange termijn doelen

Het is inzichtelijk bij de uitwerking in het zorgleefplan om een onderverdeling te maken tussen

- korte termijn doelen ('acute' doelen): gericht op vermindering of verbetering van de zorg- of ondersteuningsvraag. Het gaat om een beïnvloedbare situatie (gericht op resultaat).
- lange termijn doelen/afspraken (chronische, langdurige zorg): het gaat om een blijvende, chronisch zorgsituatie. De situatie is (vrijwel) niet veranderbaar of beïnvloedbaar.

Deze verdeling leidt tot verschillende acties:

1. Korte termijn doelen: voor vragen, wensen, beperkingen die opgeheven of verminderd kunnen worden:

- ▶ Doelen, acties en afspraken worden SMART gemaakt.

2. Lange termijn doelen: voor vragen en wensen of beperkingen die blijvend van aard zijn, worden:

- ▶ Vaste- of standaardafspraken gemaakt met de cliënt (voor onbepaalde duur)
- ▶ Hiervoor worden geen SMART doelen geformuleerd.

Vraag: U heeft hulp nodig bij opstaan, wassen en aankleden. U staat bij voorkeur om 9.30 uur op.

Afspraak/actie: U wordt dagelijks tussen 9.30 en 10.00 uur geholpen met opstaan, wassen en kleden.

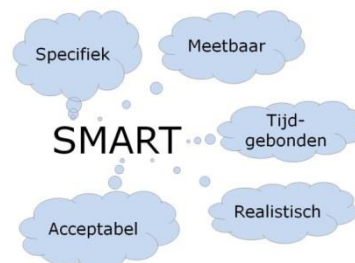
Evaluatie: Over 3 maanden.

Doelen SMART maken

Het is belangrijk op een goede manier doelen te formuleren. Een doel geeft aan wat de cliënt met behulp van de medewerkers wil bereiken, wat het (eind)resultaat moet zijn. Het gaat dus om een prognose van een gewenste situatie. Door vóóraf een doel te formuleren kun je later toetsen of de ondernomen activiteiten het gewenste effect hadden.

Er zijn een aantal criteria waaraan een doel moet voldoen, de zogenaamde SMART criteria.

SMART staat voor:	S	=	Specifiek
	M	=	Meetbaar
	A	=	Acceptabel
	R	=	Realistisch
	T	=	Tijdgebonden



SMART doelen zijn richtinggevend: geven aan wat de cliënt met ondersteuning wil bereiken. Het geeft aan wat er van de betrokkenen wordt verwacht en stuurt jouw en andermans gedrag. Het geeft aan welke resultaten, wanneer moeten worden bereikt. Het gaat niet om wat je gaat doen (activiteiten) maar om *wat je wilt bereiken* (resultaat).

Specifiek

Het doel moet concreet en duidelijk zijn en gaan over waarneembare acties, gedrag of resultaten. Waar zetten we ons voor in en bij wie is het resultaat zichtbaar? Naarmate een doel preciezer is geformuleerd, kun je er gemakkelijker invulling aan geven. Het moet ook begrijpelijk zijn voor cliënt, mantelzorgers en collega's. Dat betekent dat jargon (vaktaal) moet worden vermeden maar ook onduidelijke begrippen zoals 'meer' of 'minder'. Deze begrippen betekenen voor ieder iets anders. Voorbeeld van een onduidelijk geformuleerd zorgdoel: "Mevrouw Kremer toont wat meer begrip voor haar medebewoners." Wat wordt bedoeld met 'begrip'? Voorbeeld van een duidelijk zorgdoel: "Mevrouw Kremer praat met haar medebewoners."

Wát bedoelt u??

Meetbaar

Het moet mogelijk zijn om objectief (voor ieder) vast te stellen in hoeverre het doel gerealiseerd is. Het gaat om de meetbaarheid van het doel: aantal, percentage, concreet gedrag of omstandigheden. Dit kan lastig zijn, maar met wat nadenken is het toch mogelijk



Voorbeelden:

- Niet:* *De cliënt loopt over een maand beter*
Het is onduidelijk wat met 'beter' wordt bedoeld.
- Beter:* *De cliënt loopt over een maand zonder hulpmiddelen.*
- Niet:* *De cliënt leert zijn steunkousen aan te trekken.*
Leren is geen eindresultaat, het moet leiden tot iets en dat moet je omschrijven.
- Beter:* *De cliënt trekt zijn steunkousen aan zonder hulp.*
- Niet:* *Mevrouw drinkt voldoende per dag.*
Voldoende is een niet meetbaar begrip.
- Beter:* *Mevrouw drinkt één liter per dag.*
- Niet:* *Meneer accepteert zijn handicap.*
Hoe toets je accepteert?
- Beter:* *Meneer praat over zijn blindheid.*

Acceptabel

De cliënt moet de doelen als zinvol beschouwen. Stel dat een cliënt zich thuis altijd waste aan de wastafel en in bad gaan 'een heel gedoe' vond, dan is een doel als "mevrouw gaat eenmaal per week in bad", wellicht niet acceptabel. Misschien willen de medewerkers dat wel graag (mevrouw ruikt zelfs wellicht), maar het is voor de cliënt niet belangrijk. Het kan zelfs leiden tot nieuwe zorgproblemen, bovendien is het sterk hospitaliserend.

Dit wil IK!!

Beter is "Mevrouw wast zich zelfstandig aan de wastafel". Ga uit van wat de cliënt aangeeft en betrek hem bij het formuleren van het doel. Let op je manier van vragen stellen en heb oog voor de motivatie van de cliënt. Is het een zorgdoel van de cliënt of meer ons zorgdoel? Hoe suggestief ben je geweest?

Voorbeeld: Het heeft geen zin als zorgdoel te formuleren 'cliënt mobiliseren', indien deze het frustrerend vindt om zich moeizaam te bewegen en liever in een rolstoel zit.

Realistisch

Doelen moeten realistisch zijn en haalbaar. De cliënt wil samen met jou iets bereiken

Stel (jezelf) de volgende vragen:



1. Is het doel voor de cliënt lichamelijk en/of psychisch haalbaar?

Is een bepaald doel wel realistisch en haalbaar, geredeneerd vanuit zijn mogelijkheden.

Voorbeeld: Het heeft geen zin om bij een cliënt met ernstige inprentingsstoornissen als zorgdoel te formuleren 'Cliënt vindt binnen 14 dagen de recreatiezaal'.

2. Hoeveel tijd is nodig om het zorgdoel te realiseren?

Gaat het om een op lange termijn te realiseren zorgdoel of om een korte termijn? Formuleer in ieder geval ook altijd korte termijn doelen. De kans op succes is groter en dat motiveert iedereen.

Voorbeeld: Het zorgdoel bij een cliënt die moeizaam loopt kan beter luiden 'Verplaatst zich zelfstandig in de kamer' dan 'Loopt naar de recreatiezaal'.

3. Zijn er voldoende mogelijkheden om het doel te realiseren?

Wat zijn de beperkingen (van de organisatie): kan het binnen de dienstroosters, hebben wij een dergelijk hulpmiddel / voorziening, hebben wij deze deskundigheid etc. Hier ligt ook de uitdaging om naar alternatieven en mogelijkheden buiten de organisatie te zoeken.

Voorbeeld: Het formuleren van een zorgdoel, waarbij dagelijks 6 uur individuele begeleiding gegeven moet worden, is niet realistisch.

Tijdgebonden

Geef een tijdperiode aan waarin je het doel wilt bereiken. Maak een reële inschatting. Als er geen tijdperiode is aangegeven, dan kun je niet nagaan of de activiteiten op koers liggen of bijstelling nodig hebben.

De tijd waarbinnen een doel moet worden gerealiseerd is afhankelijk van aard en omstandigheid van de cliënt en kan variëren van een paar dagen tot een paar maanden en soms nog langer.





Opdracht: Waarneembaar en/of meetbaar?

Individueel:

Geef bij onderstaande doelen voor een medewerker aan welke waarneembaar en meetbaar zijn en welke niet.

		Concreet waarneembaar of meetbaar?	
		Ja	nee
1	Gaat zorgvuldig met de spullen van de cliënt om.		
2	Laat medicijnen niet onbeheerd achter.		
3	Neemt een goede hygiëne in acht.		
4	Laat de cliënt zelf kiezen welke kleding hij aan wil.		
5	Gaat serieus op problemen van een cliënt in.		
6	Houdt rekening met het ziektebeeld van de cliënt.		
7	Vraagt of de tabletten goed zijn doorgeslikt.		
8	Stimuleert de cliënt tot activiteiten.		
9	Gaat serieus op vragen van cliënten in.		
10	Neemt de pieper mee.		
11	Kan luisteren.		
12	Zet de radio zachter als de cliënten aan het eten zijn.		
13	Ruimt de kamer op.		
14	Maakt een werkschema.		
15	Toont belangstelling.		

Vorm een groepje van drie.

1. Bespreek punt voor punt of de doelen goed (ja) of fout (nee) zijn geformuleerd. Beargumenteer je antwoord.
2. Maak bij een 'foute' formulering een betere formulering.



Opdracht: Het formuleren van doelen

Individueel: Bepaal of de onderstaande doelen beantwoorden aan de SMART-criteria. Als dat niet zo is geef dan aan waarom niet en formuleer een beter doel.

		SMART?	
		Ja	nee
1	Mevrouw is in staat om het zelfstandig wonen in haar woning te handhaven.		
Alternatief			
2	Meneer kan zich met de rollator goed bewegen.		
Alternatief			
3	Mevrouw is in staat binnen 14 dagen niet meer te knoeien met het eten.		
Alternatief			
4	Meneer laat zich binnen een week helpen met aankleden, terwijl hij in zijn waarde wordt gelaten.		
Alternatief			
5	Meneer is na 7 dagen in staat zelfstandig te drinken.		
Alternatief			
6	Het valrisico bij meneer verkleinen.		
Alternatief			
7	Vraagt of de tabletten goed zijn doorgeslikt.		
Alternatief			
8	Mevrouw heeft een goede daginvulling.		
Alternatief			

		SMART?	
		Ja	nee
10	Inzicht hebben in haar cognitieve vermogen.		
Alternatief			
11	Zorgen voor sociale contacten.		
Alternatief			
12	Mevrouw heeft soms last van depressie. Mevrouw krijgt goede begeleiding hiervoor.		
Alternatief			
13	Handhaven eigen regie. Mevr. Heeft overzicht over haar situatie en vraagt zelf zo nodig om meer hulp. .		
Alternatief			
14	Mevrouw voelt zich lichamelijk verzorgt en comfortabel.		
Alternatief			

Het zorgleefplan vaststellen

Doelen en acties zijn nu gemaakt op één of meer levensdomeinen. Indien andere disciplines betrokken zijn, dan staan ook de doelen en acties van deze disciplines op het zorgleefplan vermeld.

Indien een cliënt bij alle stappen betrokken is geweest en er mee instemt, zoals tijdens een zorgleefplangesprek, kan direct tot uitvoering van het zorgleefplan worden overgegaan. In de praktijk vinden veel overleggen, zoals een cliëntbespreking, plaats zonder dat een cliënt of wettelijk vertegenwoordiger daarbij aanwezig is. Instemming moet dan alsnog plaatsvinden. We staan hier even bij stil.

De cliënt

Omdat de cliënt vaak niet deelneemt aan cliëntbespreking / MDO, moet datgene wat daar is besloten, nog met hem of haar worden besproken. Eigenlijk gaat het niet om 'besluiten' maar om een voorstel aan de cliënt. De cliënt hoort formeel in te stemmen met het zorgleefplan voordat het uitgevoerd mag worden. Het is de taak van de GVP altijd te bewaken dat cliënt of diens familie goed wordt geïnformeerd.

De mantelzorger(s)/contactpersoon

De cliënt is altijd diegene die over zijn zorgleefplan beslist tenzij Daar waar het niet meer mogelijk is, gaat het om diegene die formeel als contactpersoon of vertegenwoordiger is 'benoemd'. Handel hierin zorgvuldig. Het zal niet de eerste keer zijn dat binnen een familie heel verschillend wordt gedacht over 'wat goed is voor de cliënt'. Het formeel benoemen van een contactpersoon kan dan veel ellende voorkomen.

Contactpersonen kunnen erg verschillen in de mate waarin zij bij de zorgleefplannen willen worden betrokken. Mee willen beslissen zal lang niet altijd voorkomen. Zorg er altijd als GVP voor dat de contactpersoon wordt geïnformeerd en noteer dit in de rapportage.

Andere disciplines

Wie en welke disciplines bij een cliënt worden betrokken varieert. Als GVP kun je voorstellen een discipline voor een cliëntbespreking uit te nodigen en heb je een belangrijke rol bij het bewaken van de coördinatie van alle bij de dienstverlening betrokken disciplines. Dus:

- Bewaken dat disciplines niet allemaal tegelijkertijd acties ondernemen of op één en dezelfde dag
- Er op letten dat disciplines met hun doelen elkaar niet gedeeltelijk 'tegenwerken'.

Wanneer de desbetreffende disciplines aanwezig zijn bij de cliëntbespreking, is het relatief eenvoudig om concrete afspraken te maken en acties op het zorgleefplan te zetten. Afstemming kan dan gemakkelijk plaatsvinden. Toch moet ook hier de GVP de belangen van de cliënt blijven behartigen als het gaat om planning en spreiding van zaken. Naarmate er meer disciplines bij de dienstverlening betrokken worden wordt de coördinerende en bewakende rol van de GVP complexer.

Is een discipline niet aanwezig maar wordt tijdens de bespreking besloten dat deze wel wordt ingeschakeld, dan is het de taak van de GVP (of arts) om de betreffende discipline te informeren. Een duidelijke vraagstelling naar de discipline is dan van groot belang.

Of je de cliënt zijn mening vraagt vóór, tijdens of na een bespreking maakt qua techniek van gespreksvoering niet zoveel uit. In feite is zo'n gesprek een vorm van onderhandelen, waarbij niet één partij alle zeggenschap heeft, maar twee partijen elkaars medewerking nodig hebben. Het is een onderhandelingssituatie omdat de mening van zorgverleners kan afwijken van de mening van de cliënt over aard en omvang van de dienstverlening.

Stap 3: Het uitvoeren van de overeengekomen acties

Flexibel zijn

Een goede samenwerkingsrelatie tussen cliënt en medewerkers is een vereiste om op juiste wijze de overeengekomen dienstverlening te kunnen verlenen. Dit moet overeenkomstig de planning zijn, maar het moet ook mogelijk blijven om de dienstverlening tijdens de uitvoering aan te passen aan de situatie op dat moment. Een cliënt kan zich immers een ochtend niet goed voelen waardoor een aantal zelfzorgactiviteiten tijdelijk moeten worden overgenomen. In deze fase is de samenwerking tussen de collega's en andere disciplines zeer belangrijk en als GVP-er moet je daarom bewaken:

- de voortgang (continuïteit) van de zorg- en dienstverlening en
- het onderling op elkaar afstemmen van de activiteiten (coördinatie).

Ieder moet zich houden aan het zorgleefplan of minstens rapporteren waarom men zich niet aan de afspraken van het zorgleefplan heeft gehouden. Het is een vereiste bij methodisch handelen, dat er een goede documentatie is van de geleverde dienstverlening en effecten (rapportage en observatie).

De dagelijkse rapportage (zie verderop) moet:

- een duidelijk beeld geven van het verloop van de geboden dienstverlening;
- een duidelijke relatie hebben met de geformuleerde doelen (wat is er gedaan en wat was het resultaat?);
- een signaalfunctie hebben ten aanzien van nieuwe (zorg)vragen.

We gaan later nader in op je rol als coördinator en bewaker van de continuïteit van het zorgleefplan en het rapporteren.

Stap 4: Evalueren

Vakinhoudelijk handelen: 1.4. De GVP is in staat de resultaten van het handelen van haarzelf en de betrokkenen in het zorg- en ondersteuningsproces proces van haar cliënt te evalueren, rapporteert en draagt deze over conform de geldende procedures.

Bij de evaluatie draait het om de vraag:

Slagen we er nog steeds in u te ondersteunen te leven zoals u dat wilt / prettig vindt?

In deze stap ga je na of en in hoeverre de gestelde doelen zijn bereikt. Het tijdstip waarop dit gebeurt stel je vast per doel en noteer je in het zorgleefplan (denk ook aan de 'T' van tijdgebonden uit SMART).

Er zijn verschillende momenten waarop geëvalueerd wordt:

- met de cliënt tijdens een zorgleefplangesprek.
- tijdens een cliëntbespreking.

Lang niet altijd valt een evaluatiemoment samen met een formeel zorgleefplangesprek (je kunt ook overdrijven) of de planning van een cliëntbespreking.

Dit geldt vooral voor doelen die je op korte termijn kunt bereiken of mono-disciplinaire doelen. Toch moet het betreffende doel altijd terugkomen tijdens een overleg (zorgleefplangesprek of cliëntbespreking).

Bij een evaluatie doorloop je de gehele afgelopen periode en beoordeel je de huidige situatie. De bereikte resultaten vergelijk je met de nagestreefde resultaten (doelen). Is het doel bereikt dan kan dit 'afgevoerd worden'. Is het doel niet bereikt dan ga je na hoe dat komt en stel je het doel eventueel bij.

Er zijn twee soorten evaluaties:

1. Productevaluatie: hier concentreer je je op de doelen. Zijn deze bereikt of niet? Zo nee, wat is daarvan de oorzaak?
 - Was het doel niet haalbaar of niet toetsbaar?
 - Waren de acties wel de goede?
 - Zijn er veranderingen opgetreden in de conditie van de cliënt?

 2. Procesevaluatie: hier kijk je naar de manier waarop aan de doelen gewerkt is.
 - Zijn de acties op de juiste wijze uitgevoerd?
 - Zijn de gemaakte afspraken nagekomen?
 - Had het ook anders gekund? Waren er wellicht alternatieven mogelijk?
- Mocht het nodig blijken dan kunnen vraag, doel en / of acties worden bijgesteld.

Bij een evaluatie maak je gebruik van:

- Het zorgleefplan ;
 - Observaties en rapportage;
 - Reacties van de cliënt en mantelzorg;
 - Ervaringen van collega's en andere betrokkenen.
- De rapportage is een belangrijk hulpmiddel bij het evalueren van het zorgleefplan.

Evalueren met de cliënt

Doel is om de mening van de cliënt te vernemen over het zorgleefplan en de gang van zaken betreffende de uitvoering. Het gesprek kent twee fases:

De eerste fase: controle

Voordat je het gesprek begint, vertel je wat je de bedoeling van het gesprek is, wat je eerst gaat vragen en wat daarna, wat je met de antwoorden gaat doen en hoe de verdere procedure is. Je begint vervolgens met de 'zakelijke kant' van het zorgleefplan. Je gaat na of de gegevens over het lopende zorgleefplan, de gegevens over de afspraken zoals die zijn beschreven en gemaakt met de mantelzorg en eventueel collega's of andere disciplines, nog kloppen.

De tweede fase: de beleving en ervaring van de cliënt

Het resultaat van dit gesprek wordt mede bepaald door je manier van vragen stellen (denk aan suggestieve vragen: 'U bent zeker wel tevreden met de manier waarop de contacten verlopen zijn?'). Je doel is dat de cliënt zoveel mogelijk zijn mening geeft over de wijze waarop gewerkt is aan het zorgleefplan. Misschien is een cliënt niet tevreden over iets wat een collega of een andere discipline uitvoert. Dat kan je een ongemakkelijk gevoel geven. Toch is het belangrijk ook in die situaties door te vragen: Waarover is de cliënt niet tevreden? Als GVP ben jij de belangenbehartiger van de cliënt en als deze niet tevreden is over een bepaald deel van de dienstverlening dat een ander levert, dan moet je daar wat mee doen.

Daarnaast vraag je uiteraard of de cliënt tevreden is over de wijze waarop jij een en ander doet. Voor zowel jou als de cliënt kan dat onwettig zijn en de cliënt kan wat terughoudend zijn vooral naarmate deze afhankelijker is van jouw (wijze van) dienstverlening.

De volgende basisvaardigheden zijn belangrijk:

- Stel duidelijke, uitnodigende vragen over het zorgleefplan .
- Hanteer vooral open vragen.
- Stimuleer de ander in het antwoord.
- Vat samen wat de cliënt heeft verteld.
- Vraag door als iets niet duidelijk is.

lsd-formule



Opdracht zorgleefplan: mevrouw Pietersen (thuiszorg)

Je gaat met mevrouw binnenkort een zorgleefplangesprek voeren. Lees onderstaande situatieschets.

Vorm groepjes van 3 personen en beantwoord onderstaande vragen.

Gebruik het formulier uit de bijlage.

1. Benoem welke potentiële zorgvragen jij signaleert en wilt bespreken? Hanteer daarbij een indeling in levensdomeinen of het zorgleefplansysteem dat binnen de zorgorganisatie waarvoor je werkt wordt gebruikt.
2. Ga er vanuit dat mevrouw het eens is met de zorgvragen zoals jullie bij de vorige vraag hebben gesignaleerd. Formuleer daarbij doelen volgens de SMART formule en mogelijke acties.

Mevrouw Pietersen is 69 jaar en woont zelfstandig. Zij heeft een lichte hersenbloeding gehad en haar hartfunctie is matig. Ze heeft hiervoor medicatie maar ze vertelt wel eens te vergeten de pillen in te nemen. Haar man verzorgde haar, maar deze is onlangs overleden.

Mevrouw Pietersen zit het grootste deel van de dag in een stoel. Zij weegt 119 kilo bij een lengte van 160 centimeter en ze kan zich moeizaam verplaatsen, maar het gaat. Wassen, behalve haar gezicht en armen, kan ze niet zelfstandig en douchen al helemaal niet. Ze heeft er hulp bij nodig. Aankleden gaat lastig en kost haar nu veel tijd. Ze wordt er doodop van zoals ze zelf zegt. Ze neemt het daarom maar wat minder nauw met de kleding.

Ze krijgt steeds minder bezoek. Dat komt omdat ze nogal veel over anderen praat en niet in positieve zin (ook niet over de thuiszorg 'maar jij doet het goed hoor, je collega daar heb ik het over'). Mevrouw vindt dat anderen haar tekort doen, haar niet willen helpen en dat ze als ze het doen het vaak verkeerd doen. Soms heeft ze de neiging te hyperventileren, met name wanneer ze lange tijd aan het praten is. Mevrouw zorgde tot voor kort nog zelf voor het eten maar 'maakte daar niet veel werk van. Frites met een kroket is ook voedzaam hoor'. Ze houdt van zoetigheid (chocolade, cake, toetjes e.d.) en ze zorgt ervoor dat ze dat voldoende in huis heeft. Een echte maaltijd klaarmaken kan ze niet. Soms kijkt ze even stil voor zich uit en lijkt afwezig om daarna druk aan het woord te zijn.



Opdracht zorgleefplan: de heer van Tiel (revalidatie, somatiek)

Je gaat met het echtpaar binnenkort een zorgleefplangesprek voeren. Lees onderstaande situatieschets. Vorm groepjes van 3 personen en beantwoord onderstaande vragen. Gebruik het formulier uit de bijlage.

1. Benoem welke potentiële zorgvragen jij signaleert en met het echtpaar wilt bespreken. Hanteer daarbij een indeling in levensdomeinen of het zorgleefplansysteem dat binnen de zorgorganisatie waarvoor je werkt wordt gebruikt.
2. Ga er vanuit dat het echtpaar het eens is met de zorgvragen zoals jullie bij de vorige vraag hebben gesignaleerd. Formuleer daarbij doelen volgens de SMART formule en mogelijke acties.

De heer van Tiel is 4 weken geleden getroffen door een CVA, tijdens een bezoek aan zijn zoon. Hij werd opgenomen in een ziekenhuis met een rechtszijdige verlamming en spraakstoornissen. Tijdens het verblijf in het ziekenhuis bleek dat de heer van Tiel snel herstelde. Omdat de heer van Tiel nog onvoldoende hersteld is wordt hij vanuit het ziekenhuis tijdelijk opgenomen op de 'meerzorg' van het woonzorgcentrum / revalidatieafdeling van het somatisch verpleeghuis.

De heer van Tiel verblijft daar nu een week. Hij begint al aardig te wennen en vindt het er prettiger dan in het ziekenhuis. Zijn vrouw kan hem zo vaak zien als ze wil. Af en toe komen er bewoners uit het huis bij hem op bezoek. Wat opvalt is dat mijnheer van Tiel na die bezoeken vaak verdrietig is. Hij geeft aan hier niet over te willen praten. Verder werkt hij goed mee en hij probeert zoveel mogelijk zelf te doen.

Het streven is dat de heer van Tiel weer terug gaat naar huis. De heer van Tiel wil dit zelf ook graag en doet soms dingen, waartoe hij nog niet in staat is. Gisteren probeerde hij zelfstandig van het toilet te komen, maar gleed hierbij onderuit. Gelukkig hield hij er slechts een schaafwond aan zijn arm aan over. Hij is hier wel van geschrokken.

Wat het eten betreft is de heer van Tiel redelijk zelfstandig. Hij heeft gemalen dieet en gebruikt aangepast bestek. Wel is hij geneigd om te grote hapjes te nemen, waardoor hij zich makkelijk verslikt. Zijn vrouw eet nu samen met hem en kan hier wat op letten.

Deze week is de fysiotherapeut langs geweest om kennis te maken. Samen met de heer van Tiel is gekeken naar het staan en rijden in de rolstoel. Dit ging slechter dan verwacht; de heer van Tiel stuurt sterk naar één kant, waardoor hij steeds de muur raakt. Zijn rechtersoel glijdt bovendien steeds van de steun af.

Na de nodige overredingskracht is de heer van Tiel gisteren samen met zijn vrouw een half uur naar de soos geweest van het woonzorgcentrum. Hij was erg emotioneel toen hij terug kwam, maar gaf later aan dat hij weer wilde Ieren kaarten, nadat hij gezien had dat meerdere mensen gebruik maken van hulpmiddelen.

Echt goed slapen doet de heer van Tiel nog niet. Bij de controles 's nachts wordt hij vaak wakker aangetroffen. Hij zegt dan veel na te denken over zijn situatie. De verzorgende geeft hem dan wat extra aandacht, waarna hij meestal wel weer in slaap valt.

Vanmorgen is de heer van Tiel kort naar huis geweest. Het gaf nogal wat problemen voordat hij met de rolstoel binnen was. Ook de plaats van het toilet naast de keuken is erg ongunstig. De inrichting van de kamer leverde ook wat hindernissen op. Wanneer het niet lukt de heer van Tiel zodanig te revalideren dat hij binnenshuis met een rekje kan lopen, zal gedacht moeten worden aan eventuele aanpassingen.



Opdracht zorgleefplan: mevrouw Tonnaer (kleinschalige woonvorm / verpleeghuis, psychogeriatric)

Je hebt binnenkort een zorgleefplangesprek met de dochter (wettelijk vertegenwoordiger). Lees onderstaande situatieschets. Vorm groepjes van 3 personen en beantwoord onderstaande vragen. Gebruik het formulier uit de bijlage.

1. Benoem welke potentiële zorgvragen jij signaleert en wilt bespreken. Hanteer daarbij een indeling in levensdomeinen of het zorgleefplansysteem dat binnen de zorgorganisatie waarvoor je werkt wordt gebruikt.
2. Ga er vanuit dat de dochter het eens is met de zorgvragen zoals jullie bij de vorige vraag hebben gesignaleerd. Formuleer daarbij doelen volgens de SMART formule en mogelijke acties.

Voorgeschiedenis

Mevrouw Tonnaer is 94 jaar en komt uit een groot gezin. In dit gezin vervulde ze al op jonge leeftijd een 'moederrol'. Nadat ze getrouwd was, kregen zij en haar man op late leeftijd vier kinderen: twee zonen en twee dochters. Het gezin maakte de Tweede Wereldoorlog mee; in deze periode maakte het gezin veel gespannen situaties mee en waren er veel problemen. Haar man kon over de problemen moeilijk praten en kreeg na de oorlog een drankprobleem. Mede daardoor kon zij - financieel gezien - vaak moeilijk de eindjes aan elkaar knopen.

Haar moeder, die na de oorlog bij het gezin was komen inwonen, kon af en toe bijspringen. Kort na zijn pensionering is haar man overleden. De kinderen waren toen al het huis uit. Vlak na het overlijden van haar man, overleed ook haar moeder op 100-jarige leeftijd. Mevrouw Tonnaer heeft vervolgens een hele tijd alleen gewoond, maar, dreigde geleidelijk te vereenzamen. Zij was altijd gewend voor anderen te zorgen en nu was er niemand meer. Zij heeft nooit hobby's gehad om nu haar tijd mee op te vullen. Op aandringen van haar kinderen besloot ze naar een aanleunwoning te gaan. Op een gegeven moment heeft ze, door een val in haar woning, haar heup gebroken en is ze opgenomen in een algemeen ziekenhuis. Haar geestelijke toestand ging in deze periode achteruit, waarschijnlijk ook vanwege de narcose voor de operatie.

Terugkeer naar haar aanleunwoning was niet meer mogelijk en ze wordt opgenomen in een kleinschalige woonvorm / een verpleeghuis voor psychogeriatricische aandoeningen.

Huidige situatie

Ze verblijft er nu een half jaar. Ze is hardhorend en heeft suikerziekte. De meeste tijd zit ze in een stoel en ze verplaatst zich nauwelijks. Mevrouw Tonnaer vertoont dementerend gedrag: ze is gedesoriënteerd in tijd en plaats. Haar stemmingen zijn wisselend: van rustig, suf gedrag tot verbaal-

onrustig gedrag. In het laatste geval roept ze luid. Dit roepgedrag leidt bij enkele andere cliënten tot onrustig en agressieve reacties. Haar lichamelijke conditie gaat achteruit.

Karin heeft die dag een vroege dienst en als zij naar mevrouw Tonnaer toegaat om haar te verzorgen, reageert deze met zachte stem als Karin goedmorgen zegt. Ze geeft geen duidelijk antwoord als Karin vraagt of het goed is dat zij haar gaat verzorgen. Karin probeert haar bij de verzorging te betrekken door telkens te zeggen wat zij gaat doen en te vragen of mevrouw Tonnaer wil helpen. Een kort gemompel is de enige reactie; mevrouw lijkt erg afwezig.

Na enige tijd wast mevrouw toch zelf haar bovenlichaam en haar gezicht. Karin helpt haar in de rolstoel, kamt haar haren en zet haar bril op. Vervolgens brengt Karin mevrouw Tonnaer naar de huiskamer, schenkt koffie voor haar in en vraagt haar de boterham die op haar bord ligt, op te eten. Tegen 11.00 uur, als Karin klaar is, met de verzorging van een andere cliënt, wil zij weer teruggaan naar de huiskamer. Ze hoort mevrouw Tonnaer luidkeels roepen. Als Karin de huiskamer binnenkomt is mevrouw dominant aanwezig. Mevrouw wil naar huis. Karin stapt op mevrouw Tonnaer af en probeert haar af te leiden. Ze stelt mevrouw voor samen een eindje met de rolstoel te gaan wandelen. Makkend stemt mevrouw in. Ze verlaten de huiskamer en de rust keert terug.

Bijlage: Het analyseren van een zelfzorgprobleem met de PES structuur

Voor het analyseren van de zelfzorgproblemen wordt de volgende methode gebruikt:

<ul style="list-style-type: none"> Redeneer vanuit (de beleving van) de cliënt 		
<ul style="list-style-type: none"> Werk uit 	P = Probleem	Een korte omschrijving van het zelfzorgprobleem of de diagnose
	E = etiologie of oorzaak	Oorzaken of beïnvloedende factoren die het zelfzorgprobleem instandhouden of bevorderen
	S = signs en symptoms of klachten en verschijnselen	Verschijnselen waaraan je kunt zien dat er sprake is van een zelfzorgprobleem. Objectief waargenomen of subjectief aangegeven door de cliënt zelf.

We spreken van de zogenaamde PES-structuur. Dit suggereert dat je altijd in die volgorde (P→E→S) redeneert. Dat hoeft echter niet altijd in die volgorde. Het kan ook voorkomen dat je vanuit bepaalde verschijnselen die je signaleert (S) nadenkt over mogelijke oorzaken (E) en dan komt tot een formulering van een mogelijk probleem (P).

Een voorbeeld:

Mevrouw Claassen verblijft na een heupoperatie ter revalidatie tijdelijk in het verpleeghuis. Het valt Monique op dat mevrouw Claassen de laatste dagen steeds meer gedesoriëteerd is geworden. Ze baseert dat op de rapportage waarin door haar en haar collega's regelmatig gerapporteerd is hoe het met de oriëntatie gesteld is. Daarnaast blijkt dat mevrouw overdag wel eens in slaap valt terwijl ze 's nachts wakker is.

Een voorbeeld uit de rapportage: 'Mevrouw heeft vandaag wel tien keer gevraagd hoe laat het was en vroeg herhaaldelijk waar ze was. Ook nadat we haar hadden verteld waar ze was, wist ze dat later niet meer aan te geven'.

Monique rapporteert het volgende:

S	Mevrouw is in een paar dagen tijd in toenemende mate gedesoriëteerd. Het slaap-waakritme is verstoord
E	Mogelijke oorzaken: voedingstekort, infectie, stoornis centraal zenuwstelsel
P	Acute verwardheid?

Bijlage: Zorgleefplan

Domein	Omschrijving vraag	Omschrijving doel	Acties	Evaluatie
Lichamelijk Welbevinden en gezondheid				
Woon- en leefsituatie				
Participatie				
Mentaal Welbevinden				

Bijlage: Je cliënt beter leren kennen

Je maakt kennis met een nieuwe cliënt voor wie je GVP-er bent. Wie is hij of zij? Hieronder volgen een aantal aandachtspunten voor een gesprek om een cliënt (beter) te leren kennen:

1. Wat voor leven leidde de cliënt?
Denk aan werk, gezin, het sociale leven. Waarmee hield de cliënt zich bezig? Welke levensstijl had de cliënt, welke rollen heeft hij vervuld in het leven?
2. Welke gewoontes en vaste patronen hield de cliënt aan?
Bijvoorbeeld bij de verzorging, het eten, bij bezigheden en voor het slapen gaan?
3. Waarover praat de cliënt graag en waarover juist niet?
Denk aan stokpaardjes, hobby's, levensgebeurtenissen, anekdotes et cetera. Wat vindt de cliënt plezierig en wat vindt hij vervelend?
4. Waaruit put de cliënt moed?
Wat of wie geeft hem steun en hoe gaat hij om met tegenslagen?
5. Wat vindt de cliënt belangrijk in het leven?
Is dat cultuur, religie, politiek, milieu, levensbeschouwing, normen en waarden of levensprincipes?
6. Hoe denkt de cliënt over gezondheid en ziekte?
Hoe verloopt bij hem het beslissen en overleggen over belangrijke (levens) kwesties: rechttoe rechtaan of via een omweg?
7. Wat deed de cliënt voor ontspanning?
Wat is kenmerkend voor de omgeving waarin de cliënt tot nu toe leefde? Is hij een binnen- of buitenmens? Wat deed de cliënt aan vrijetijdsbesteding. Wanneer en met wie vonden deze bezigheden plaats?
8. Hoe gaat hij met anderen om? Op welke omgang stelt hij prijs?
Hoe wil hij aangesproken worden? Met wat voor personen had hij te maken? Was hij een gezelschapsmens of juist meer op zichzelf?
9. Spreekt de cliënt over wat in hem omgaat? Zo ja, met wie, wanneer en hoe?
10. Wat zijn aandachtspunten en behoeften omtrent intimiteit, lichamelijk contact en relaties?

Bijlage: Inventariseren van levensgewoonten en –voorkeuren bij familie

Geachte mevrouw, mijnheer,

Uw familielid komt te wonen op een afdeling voor ouderen met een psychogeriatrische zorgvraag. Gedurende het verblijf streven we naar het bieden van persoonlijke dienstverlening. Dit houdt in dat we bij de verzorging en dienstverlening rekening willen houden met zaken die voor cliënten belangrijk zijn of waren. Het gaat vaak om zaken die in het verleden liggen, maar die zij waarschijnlijk nog erg zullen waarderen, die herinneringen oproepen. Wat zijn belangrijke herinneringen? Wat zijn of waren liefhebberijen of vrijetijdsbestedingen? Wat is of was hij of zij gewend ten aanzien van bijvoorbeeld wassen, slapen, eten en tal van andere zaken? Wat vindt of vond hij of zij belangrijk?

Om dit mogelijk te maken doen wij een beroep op u. Zou u zo vriendelijk willen zijn deze lijst door te lezen en aan te willen geven wat uw familielid belangrijk vindt of vond. Wanneer u zaken mist, vul de lijst dan zelf aan.

Met alle door u verstrekte gegevens wordt zorgvuldig omgegaan. Zij maken deel uit van het zorgleefplan. De privacy van de gegevens die daarin zijn opgenomen is beschermd door wettelijke regels en een privacyreglement.

Wat zijn voor uw familielid belangrijke herinneringen?

Het gaat om gebeurtenissen of herinneringen waar uw familielid graag aan terug denkt maar ook herinneringen die hem of haar verdrietig of angstig maken.

Denk aan: de geboorteplaats, kindertijd, het ouderlijk huis, schooltijd, huwelijk en (klein)kinderen, werk, vakanties e.d..

Zijn er kenmerkende reacties van uw familielid op bepaalde omstandigheden?

Denk aan reacties op stress, uitingen van gevoelens van eenzaamheid, drukte of juist stilte, omgaan met eigen lichamelijke of geestelijke beperkingen e.d.

Liefhebberijen en vrije tijd

Wat zijn dingen die uw familielid graag deed in zijn/ haar vrije tijd. Het kan gaan om actieve zaken maar ook om passief genieten van.

Denk aan: sporten, hobby's, kranten/ boeken/ tijdschriften lezen (wat zijn de voorkeuren?), koken, wandelen, kaarten, radio luisteren (voorkeuren voor bepaalde muziek?), televisiekijken (voorkeuren voor bepaalde soorten programma's?), reizen e.d.

Is er een voorkeur voor activiteiten of bezigheden in een groep of juist niet?

Momenten van levensbeschouwelijk besef

Het kan zijn dat uw familielid gewend is of was aan bepaalde zaken die samenhangen met de geloofsbeleving. U kunt daarbij denken aan een bepaald (heiligen)beeldje, bidden voor en / of na het eten, het bij zich dragen of vasthouden van een bepaald voorwerp zoals een rozenkrans of medaille, (voor)lezen uit de Bijbel op bepaalde momenten van de dag etc.

Lichamelijke verzorging

Hier kunt u aangeven wat uw partner/ familielid gewend is als het gaat om de lichamelijke verzorging. Het gaat met name om zaken die hij of zij erg belangrijk vindt, niet alleen om algemene zaken maar ook de kleine dingen.

- Wat zijn gewoonten m.b.t. lichaamshygiëne?
Denk aan: liever douchen dan in bad, tijdstip hiervan, kort of juist lang, gebruik van shampoo/zeep en bepaalde voorkeuren voor geuren hierbij, gewoonten rondom scheren e.d.
- Wat zijn gewoonten m.b.t. kleding?
Denk aan: favoriete kleding of kledingstukken, vindt er 'netjes uitzien' heel belangrijk of 'kijkt niet zo nauw', voorkeur voor ritsen of knopen, gebruik van stropdas, kousen e.d.
- Wat zijn gewoonten m.b.t. het gebruik van deodorant, make-up, after shave, sieraden e.d.
Denk aan: favoriete geuren of merken, vindt dit prettig, belangrijk of juist niet, draagt graag sieraden en zo ja welke?
- Wat zijn de gewoonten m.b.t. haarverzorging, voetverzorging of schoeisel?
Denk aan: gaat graag naar de kapper, haardracht, voeten wassen of gebruik van poeders, draagt graag open schoenen, sloffen e.d.
- Zijn er huidproblemen waarmee rekening moet worden gehouden?
Denk aan: overgevoeligheden voor bepaalde stoffen of merken, regelmatig smeren van de huid met zalf (welke?) e.d.

Gevoelstemperatuur

Waar de een het koud heeft, heeft de ander het nog warm. Er zijn grote individuele verschillen. Hoe zit dit bij uw familielid?

- Is er sprake van kouwelijkheid en wat is uw familielid gewend om daaraan te doen?
Denk aan: gebruik van dikke kleding, een deken, een warmwaterzak e.d.
- Had uw familielid gauw last van warmte en wat was uw familielid gewend om daaraan te doen?
Denk aan raam open zetten, bovenste knoop los, gaan zitten of liggen of slapen e.d.

Levensritme

Ieder mens heeft zo zijn gewoonten, de een meer dan de ander. Het zijn de dingen waaraan ieder van ons went en op gesteld is. Welke kenmerkende dag- of weekindeling heeft uw familielid of wat is daarbij voor hem/ haar belangrijk?

- Wat is het slaappatroon?
Denk aan vroeg naar bed of juist laat, vroeg op, regelmatig wakker, middagdutje e.d.
- Dagritme
Denk aan: ochtendmens of juist een avondmens, koffie- en theetijd, lezen van krant(en) of tijdschriften e.d.
- Zijn er bepaalde vaste gewoonten
Denk aan borreltje/ sherry / port e.d. voor het slapen gaan of voor het eten, een glas warme melk 's avonds, koffie altijd met een koekje of koek (welke?) e.d.

Eten en drinken

- Wat zijn favoriete dranken en gewoonten daaromtrent?
Denk aan: voorkeur voor koffie/ thee, bereidingswijze koffie (b.v. koffie verkeerd), houdt van vruchtensappen (welke is favoriet?) of wijn (rode of witte)
- Liefhebber van tussendoortjes en zo ja welke?
Denk aan: chocolade, kaas, worst e.d.
- Gewoonten met betrekking tot ontbijt.
Denk aan: eitje op zondag, wit of bruin brood, beschuit, favoriete soorten beleg, thee of koffie e.d.
- Gewoonten met betrekking tot warme maaltijd.
Denk aan: voor en afkeuren voor bepaalde groenten, voorkeur voor vis of vlees, voor- of afkeuren

m.b.t. aardappelen of pasta's, houdt van Hollandse kost, soepliefhebber, houdt van toetjes, prakken van het eten, stelt prijs op sfeer zoals kleed op tafel, servet e.d.

Bijlage: Inzage recht in cliëntdossiers

Het kan voorkomen dat een cliënt of familielid vraagt of hij/zij het cliëntdossier mag inzien. Er zijn dan een aantal regels waaraan je je moet houden tenzij het bij de cliënt zelf ligt en je er geen zicht op hebt.

Het inzage recht is wettelijk geregeld voor elke Nederlander. Binnen een organisatie is dit meestal vastgelegd in een privacyreglement. Een cliënt kan op grond van dit recht een kopie van het cliëntdossier opvragen (tegen een redelijke vergoeding). Schakel bij twijfel een leidinggevende in.

Recht van inzage bij cliënten die hun eigen belangen kunnen behartigen

- Een cliënt heeft altijd het recht om zijn gegevens in te zien en om er een afschrift van te krijgen.
- Hij/zij kan dit recht tot inzage overdragen aan een gemachtigde. Een cliënt moet hier eerst **toestemming** voor hebben gegeven mondeling en soms schriftelijk. Er zijn een aantal mogelijkheden die in **volgorde** van toepassing kunnen zijn:
 - 1 ieder die door de cliënt **schriftelijk** is gemachtigd;
 - 2 de echtgenoot of andere levensgezel van cliënt; hier volstaat mondelinge toestemming;
 - 3 een kind, broer of zus met mondelinge toestemming van de cliënt.

Dus een schriftelijke machtiging weegt zwaarder dan een echtgenoot en deze weer zwaarder dan kinderen, broers of zussen. Ingeval van mondelinge toestemming: dit moet zijn verleend aan een medewerker van de organisatie **door de cliënt zelf**.

Het is altijd verstandig de betreffende persoon aan te raden de gegevens in te zien in aanwezigheid van een medewerker. Bijvoorbeeld een leidinggevende.

In uitzonderlijke of bijzondere situaties kan tijdens een MDO of cliëntbespreking zijn vastgesteld dat het niet in het belang van de cliënt is als hij zijn eigen gegevens inziet zonder dat er iemand toelichting geeft. Mocht zich een dergelijke situatie voordoen, zet dit dan duidelijk op het cliëntdossier. Schakel in deze situaties een leidinggevende in. Deze zal de afwegingen aan de cliënt kenbaar maken en in ieder geval mondeling aangeven wat in het dossier staat.

Indien een cliënt op zijn recht blijft staan, dan mag inzage niet worden geweigerd. De cliënt wordt dan geadviseerd de gegevens in te zien in aanwezigheid van bijvoorbeeld leidinggevende, arts (medische aangelegenheden) of psycholoog (psychische aangelegenheden) zodat deze een en ander kan toelichten.

Recht van inzage bij cliënten die hun eigen belangen *niet* kunnen behartigen

Indien een cliënt niet in staat wordt geacht om zijn eigen belangen zelf te behartigen, dan worden zijn belangen overgenomen door een zogenaamde *wettelijk vertegenwoordiger*.

In **volgorde** zijn dat (dus indien 1 van toepassing is, de anderen niet en zo verder):

- 1 een curator of mentor wanneer iemand onder curatele is gesteld door een rechtbank; dit is altijd terug te vinden voor in het zorgdossier; deze persoon dient zich te legitimeren wanneer hij om inzage vraagt;
- 2 iedere persoon die **schriftelijk** gemachtigd is door de cliënt;
- 3 een echtgenoot of andere levensgezel van de cliënt;
- 4 een kind, broer of zus; er is dan geen mondelinge of schriftelijke verklaring nodig;

Dus: indien er een curator is, hebben anderen geen inzagerecht; indien er een schriftelijk gemachtigde is, mogen de echtgenoot/kinderen/broers/zussen dit niet, enzovoorts. Het is verstandig ook hier de betreffende persoon de gegevens te laten inzien in aanwezigheid van een medewerker, bijvoorbeeld een leidinggevende.

Recht op aanvulling en verbetering

Behalve het recht op inzage heeft de cliënt ook het recht om de gegevens in het cliëntdossier aan te vullen of te verbeteren.