



Multidisciplinair werken

Cliënt centraal: mijn leven, mijn zorgleefplan

1. Inleiding

'Voor een leven met kleur.', dat is het motto van Zinzia. Het is de kern van wat Zinzia wil bieden aan cliënten. Om dit waar te maken wil Zinzia excellente zorg bieden, een veel gehoorde kreet is dan ook: 'Zinzia gaat voor goud'. Binnen Zinzia is hard gewerkt om het multidisciplinaire proces zodanig in te richten dat het een mooie bijdrage kan leveren aan dat leven met kleur. In deze notitie staat beschreven wat de uitgangspunten van het multidisciplinaire werken zijn en hoe de werkwijze er concreet voor de verschillende betrokkenen uit ziet.

Zinzia is kortdurend of langdurig betrokken bij cliënten. Veel cliënten wonen of verblijven kortere of langere tijd op één van de vier locaties, maar er wordt ook steeds meer zorg en behandeling geboden bij cliënten die zelfstandig wonen. Het proces van multidisciplinair werken in deze notitie richt zich op die cliënten die langdurig bij Zinzia wonen.

Het werken vanuit een multidisciplinaire aanpak is al jaren vanzelfsprekend bij Zinzia. De kwetsbare ouderen die in de verpleeghuizen wonen, hebben over het algemeen te maken met meerdere chronische aandoeningen waarbij de betrokkenheid van verschillende disciplines en expertise noodzakelijk is. Multidisciplinair houdt in dat disciplines met elkaar samenwerken vanuit de eigen expertise en dat door deze samenwerking kennis en begeleiding rondom de cliënt gebundeld wordt. Deze vorm van samenwerking kan op verschillende manieren worden uitgevoerd. Binnen Zinzia krijgt het vorm in het multidisciplinaire proces, waarbij in dialoog met de cliënt een zorgleefplan en behandelplan worden opgesteld, die overigens niet los van elkaar gezien kunnen worden.

1.1 Verstevigen aandacht voor wonen, leven en welzijn.

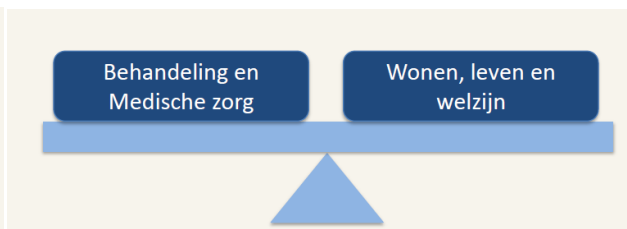
Voor de cliënten die langdurig wonen bij Zinzia, is er veel aandacht voor aspecten rondom wonen, leven en welzijn om hun kwaliteit van leven te optimaliseren. Presentie, menslievende zorg, speelt een belangrijke rol in de visie van Zinzia. De cliënten staan centraal met hun behoeften, noden en verlangens. Binnen Zinzia is het onderdeel van de zorg dat zich richt op behandelen en medische zorg sterk ontwikkeld. Echter moet aan de kant die zich richt op kwaliteit van leven op het gebied van wonen, leven en welzijn meer aandacht worden besteed. Hieraan wordt binnen Zinzia op verschillende manieren gewerkt in het programma: 'Leven met Kleur'.

Eén van de projecten die zich richt op de kwaliteit van leven is het multidisciplinaire werken. Het doel van het project was om een zo danig proces te ontwerpen dat de dialoog met de cliënt¹ en de input van de cliënt in zijn dossier te vergroten en waarbij de cliënt eigenaar is van zijn dossier. In het cliëntdossier komen die zaken die voor de cliënt het belangrijkste zijn vast te liggen. De wensen, mogelijkheden en de behoeften van de cliënt komen centraal te staan. Daarbij gaat het ook over de wijze waarop de Eerst Verantwoordelijk Verzorgende (EVV), als cliëntondersteuner, de coördinatie krijgt over alle aspecten die te maken hebben met het wonen, leven en welzijn van de cliënten. Deze aspecten krijgen als vanzelf al meer aandacht als de medewerkers in de verzorging (met een speciale rol voor de EVV) meer in hun kracht komen te staan.

Oude situatie:



Nieuwe situatie:



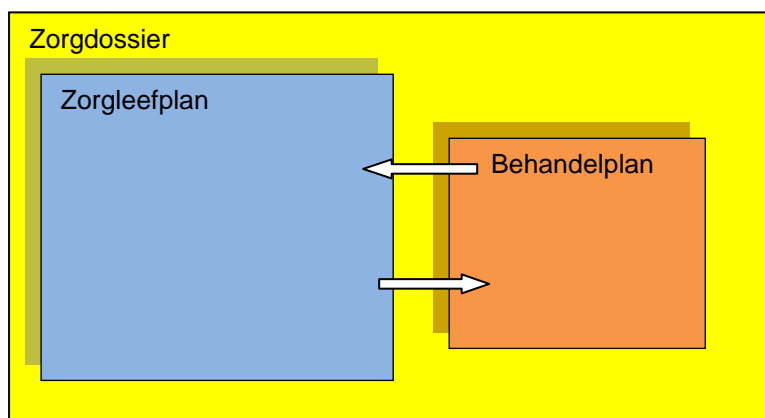
¹ Bij wilsonbekwaamheid of op verzoek van de cliënt kan er ook sprake zijn van een cliëntvertegenwoordiger.

1.2 Zorgleefplan en behandelplan

Het zorgleefplan en het behandelplan maken onderdeel uit van het zorgdossier. In dit zorgdossier liggen alle afspraken vast die de cliënt(-vertegenwoordiger) heeft gemaakt met Zinzia over het wonen, verzorging, welzijn en behandeling. Het zorgdossier is een optelsom van het zorgleefplan, behandelplan, voorgeschreven medicatie, eventueel vrijheidsbeperkende maatregelen, vaste afspraken (zorgkaart, vocht en voedingskaart) en voortgangsrapportages, enz.

In de Wet langdurige zorg (Wlz) en de daarop aansluitende Algemene Maatregel van Bestuur is vastgelegd dat de zorgaanbieder verplicht is binnen zes weken na aanvang van de zorg afspraken te maken met de cliënt over het wonen, de zorgverlening en de betrokkenheid van zijn naasten. Deze afspraken moeten minimaal tweemaal per jaar geëvalueerd worden met de cliënt. Tevens wordt in het besluit de vier domeinen voor kwaliteit van leven genoemd: woon- en leefsituatie, participatie, mentaal welbevinden en lichamelijk welbevinden (WPML). De vier domeinen zijn te vinden in een zorgleefplan, hierin staan alle zaken die te maken hebben met het wonen, leven en welzijn van de cliënt en waarvan de cliënt heeft aangegeven deze belangrijk te vinden. Hieronder vallen de dagelijkse verzorging en alle activiteiten die de cliënt niet (meer) zelf kan uitvoeren en die voor de cliënt belangrijk zijn. Ook zijn in het zorgleefplan relevante zaken uit het behandelplan zichtbaar.

De EVV is verantwoordelijke voor het zorgdossier. Het dossier moet op orde gehouden worden, formulieren zijn actueel en de inhoud komt overeen met de inhoudsopgave. Daarnaast is de EVV verantwoordelijk voor de inhoud van het zorgleefplan, maar de cliënt blijft eigenaar. Het behandelplan is de verantwoordelijkheid van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO). Dat wil niet zeggen dat de EVV en de cliënt met zijn tweeën bepalen wat er in het zorgleefplan staat. Alle betrokken hulpverleners zijn ervoor verantwoordelijk dat de inhoud van het zorgleefplan niet op gespannen voet staat met het behandelplan en dat relevantie onderdelen uit het behandelplan terug in het zorgleefplan terecht komen. De SO is hoofdbehandelaar en primus inter pares in het behandelteam, hij² neemt het voortouw bij het maken van het plan. Deze positie impliceert nadrukkelijk niet een ondergeschiktheidsrelatie van andere hulpverleners ten opzichte van de arts en laat de eigen professionele verantwoordelijkheid van de betrokken professional onverlet. Het behandelplan komt tot stand met de SAMPC-methode (somaatich, ADL, maatschappelijk, psychisch, communicatie). Het zorgleefplan en behandelplan zijn dus beide onderdeel van het zorgdossier en kunnen niet los van elkaar worden gezien, zie figuur 1.



Figuur 1

Het spreekt voor zich dat de EVV en de SO bij het opstellen van het zorgleefplan respectievelijk het behandelplan de cliënt, als eigenaar van het zorgleefplan, nadrukkelijk betrokken is en dat de beide plannen voortkomen uit de dialoog met de cliënt.

² Waar hij staat kan ook zij gelezen worden

2. Werkwijze

In dit hoofdstuk staat concreet beschreven hoe het proces van multidisciplinair werken bij Zinzia verloopt en hoe het zorgleefplan en het behandelplan concreet tot stand komen. Het proces multidisciplinair werken bestaat in essentie uit drie stappen, die de EVV coördineert. Het cyclische proces wordt na zes maanden herhaalt, of eerder wanneer dat noodzakelijk is.

1. Voorbereiding en gesprek tussen cliënt en EVV. Resultaat: concept zorgleefplan
2. Multidisciplinair overleg (MDO) tussen de betrokken behandelaren en EVV. Resultaat: voorstel zorgleefplan en behandelplan.
3. Afrondend gesprek tussen cliënt, EVV en SO waarin het zorgleefplan en behandelplan worden vastgelegd. Resultaat: vastgesteld en ondertekend zorgleefplan en behandelplan.

Stap 1 - Voorbereiding

Voor de opname verzamelt het klantbureau informatie over de cliënt, zoals de indicatie en zorgvraag. Deze informatie wordt door het klantbureau verwerkt in het informatieverslag. Op de dag van de opname is dit informatieverslag te vinden in het zorgdossier.

De EVV heeft op de **eerste dag** een welkomsgesprek met de cliënt. Dit gesprek is bedoeld als eerste kennismaking en om voorlopige afspraken te maken over de zorg. De EVV gebruikt voor het gesprek het formulier 'Welkomsgesprek' en vult de zorgkaart, vocht- en voedingskaart en het formulier 'beheer eigen medicatie' in. De EVV geeft de cliënt de levensloopvragenlijst mee en vraagt om deze in te vullen. Het is niet verplicht om de lijst in te vullen, maar het helpt om waardevolle informatie te achterhalen die noodzakelijk is voor het zorgleefplan.

De SO heeft op de **eerste dag** een intakegesprek met de nieuwe cliënt. Aan de hand van de medische geschiedenis en het gesprek stelt de SO een concept behandelplan op en maakt eventueel behandelafspraken. De SO vraagt dan ook consulten van andere disciplines wanneer dit nodig is. De fysiotherapeut ziet de cliënt ook altijd op de eerste dag, hij maakt afspraken over de transfers en mobiliteit en legt deze vast in het behandelplan.

Ongeveer **twee á drie weken na opname** heeft de EVV opnieuw een gesprek met de cliënt, ter voorbereiding op het MDO. Het doel van dit gesprek is het gezamenlijk maken van het zorgleefplan. Het is belangrijk dat de EVV voor het gesprek de ingevulde levensloopvragenlijst leest en zoveel mogelijk informatie over de wensen van de cliënt probeert te achterhalen, anders kost dit tijdens het gesprek relatief veel tijd. Het is ook mogelijk de cliënt van te voren de formulieren voor het zorgleefplan te geven, zodat hijzelf vast kan nadenken over wat hij in het zorgleefplan wil opnemen.

Tijdens dit gesprek komt de levensloopvragenlijst aan de orde en de risico-inventarisatie. De risico-inventarisatie heeft de EVV voor het gesprek ingevuld, maar kan ook ter plekke samen met de cliënt ingevuld worden. Informatie uit beide bronnen en uit het behandelplan zijn belangrijke input voor het zorgleefplan. Als afronding van het gesprek maakt de EVV samen met de cliënt het zorgleefplan, zij vullen samen de formulieren hiervoor in.

Stap 2 - Multidisciplinair overleg (MDO)

Binnen vier weken na opname vindt er een MDO plaats. Ter voorbereiding zijn het concept zorgleefplan en het concept behandelplan opgesteld. In het MDO wordt eerst het zorgleefplan besproken. De EVV vertelt per domein (WPML) wat de belangrijkste zaken voor de cliënt zijn en wat er in het voorlopig zorgleefplan is opgeschreven. De SO vult vervolgens belangrijkste zaken uit het behandelplan aan die nog niet benoemd zijn. Hierna is er ruimte voor discussie. Deze discussie kan gaan over de discrepanties tussen de wensen van de cliënt en de inhoud van het zorgleefplan en het behandelplan, maar ook over de observaties en conclusies van de verschillende disciplines die wellicht niet of niet voldoende naar voren zijn gekomen. In het MDO worden het zorgleefplan en het

behandelplan eventueel aangepast. Het MDO sluit dus af met een voorstel voor een zorgleefplan en een voorstel voor een behandelplan.

Bij het MDO zijn de EVV, de SO en de andere betrokken behandelaren aanwezig. Het afdelingshoofd is vooralsnog voorzitter van het MDO.

Stap 3 - Afronding

Binnen zes weken na opname heeft de EVV opnieuw een gesprek met de cliënt. In het gesprek worden de resultaten uit het MDO aan de cliënt voorgelegd: het zorgleefplan en behandelplan. Eventuele aanpassingen worden doorgenomen. Wanneer de cliënt akkoord is, wordt zowel het zorgleefplan als het behandelplan ondertekend. Wanneer de cliënt niet akkoord is, is het mogelijk om de plannen ter plekke aan te passen. De EVV maakt een inschatting of de aangepaste plannen opnieuw besproken moeten worden in het MDO of dat dit niet noodzakelijk is.

Bij dit afrondende gesprek zijn naast de cliënt de EVV en de SO aanwezig, tenzij de cliënt heeft aangegeven dat de aanwezigheid van de SO niet gewenst is. Als het nodig is, kunnen ook andere behandelaren aanwezig zijn.

In bijlage 1 zijn deze stappen schematisch in een stroomschema weergegeven. Hiermee is het cyclisch werken met het zorgleefplan vastgelegd.

