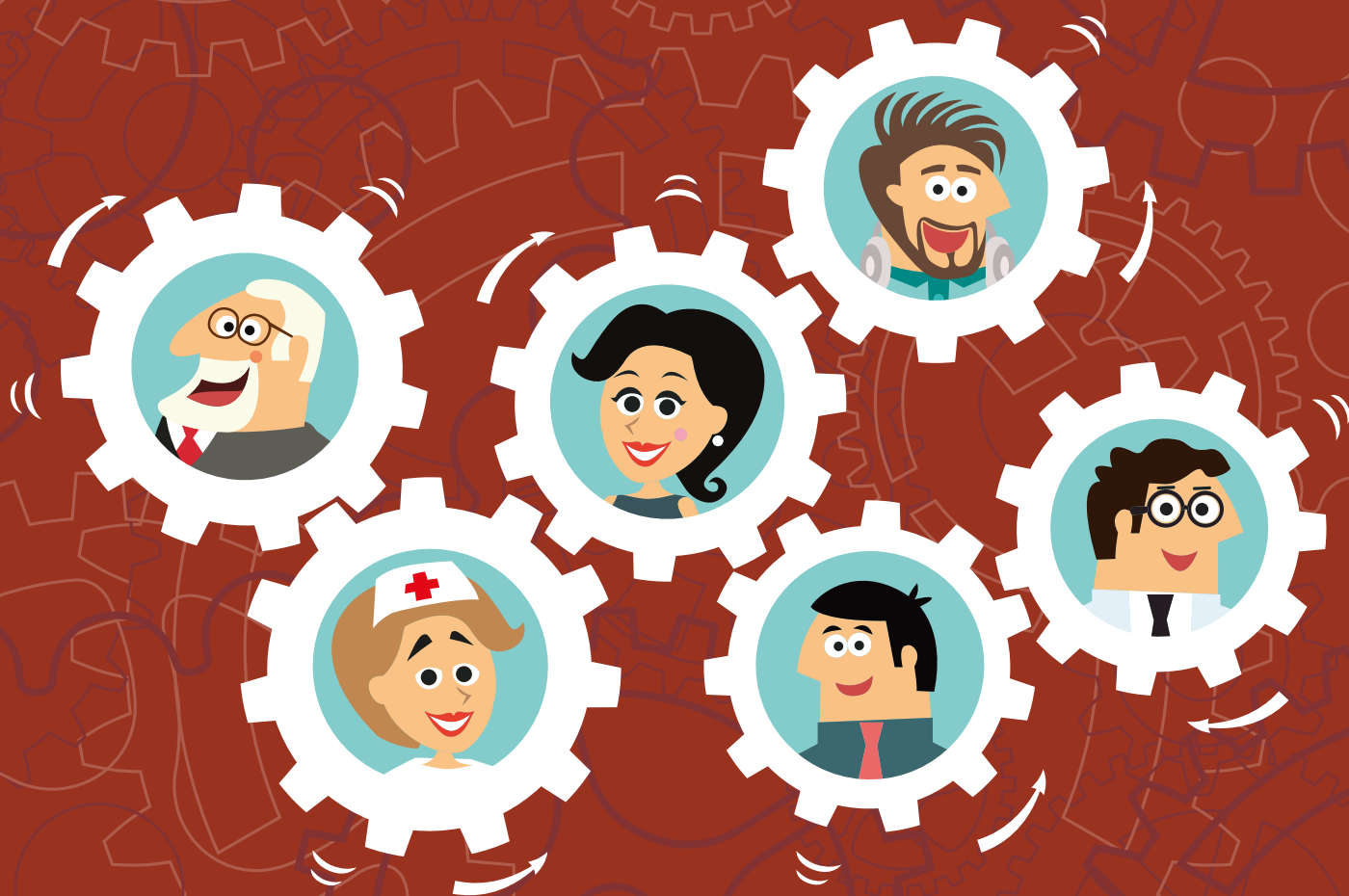


# Organiseren van multidisciplinair overleg



**Draaiboek voor eerstelijns hulpverleners**

# Colofon

**Auteur:**

Wendy Coemans en de ondersteuningsgroep overlegcoördinatie

**Vormgeving:**

Grafisch bureau Joof Duthoy

**Druk:****Publicatie:**

Voorjaar 2017

**Verantwoordelijke uitgever:**

SEL Genk / Hasselt

A.Rodenbachstraat 29 bus 1

3500 Hasselt

011/81.94.70

[www.listel.be](http://www.listel.be)

*Bepaalde toepassingen en criteria in deze publicatie zijn specifiek voor SEL Genk / Hasselt*

*Dit draaiboek is gebaseerd op het draaiboek gemaakt door J.Descamps, SEL Zuid-West Vlaanderen*

# Woord vooraf

Het draaiboek wordt door SEL Genk en SEL Hasselt aangeboden als hulpmiddel bij de organisatie van het multidisciplinair overleg.

Dit draaiboek moet gelezen worden in combinatie met de handleiding van het e-zorgplan, de Limburgse Code tot coördinatie voor SEL Genk en SEL Hasselt, het functieprofiel OC TGZ en de samenwerkingsovereenkomst/protocol OC TGZ en alle andere documenten die deel uitmaken van het draaiboek OCTGZ.

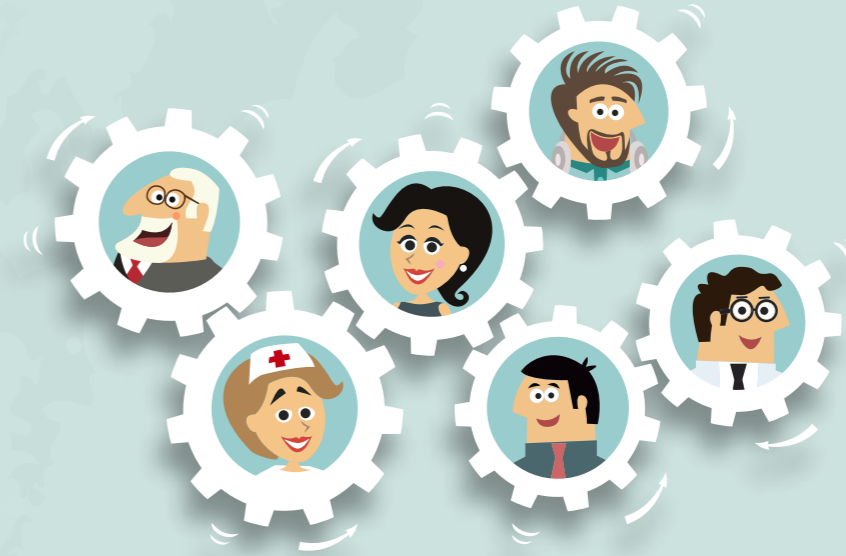
© Dit werk is auteursrechtelijk beschermd. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, op welke wijze ook, zonder de voorafgaande toestemming van het SEL Genk/Hasselt

Uit stilistische overwegingen worden de aanduidingen "hij/zij" en "hem/haar" vermeden. Waar dit van toepassing is wordt met "hij" en "hem", "zij" en "haar" beide geslachten bedoeld.

# Inhoudsopgave

<b>1. Samenwerking in de eerstelijns</b>	<b>5</b>
1.1 De verschillende disciplines in de eerstelijns.....	5
1.2 Het informele netwerk.....	9
1.3 Model van interprofessionele samenwerking.....	10
1.4 Integrale zorgverlening.....	11
<b>2. Aanvraag voor multidisciplinair overleg</b>	<b>13</b>
2.1 Nood aan multidisciplinair overleg?.....	13
2.2 Doelstellingen van een overleg.....	14
2.3 Aanvraag tot een multidisciplinair overleg.....	14
2.4 Aanmelding.....	15
2.5 Veranderen van OC TGZ in een zorgplan.....	16
2.6 Termijn behandelen aanvraag overleg.....	16
<b>3. Voor een multidisciplinair overleg</b>	<b>17</b>
3.1 Het verzamelen van informatie.....	17
3.2 Het zoeken naar een gemeenschappelijk moment.....	17
3.3 Het voorbereiden van het overleg.....	18
<b>4. Tijdens het multidisciplinair overleg</b>	<b>21</b>
4.1 Het verloop van het multidisciplinair overleg.....	21
4.2 Een multidisciplinair overleg leiden.....	22
4.3 Het verzamelen van gegevens tijdens het multidisciplinair overleg.....	22
4.4 Afspraken maken.....	24
4.5 Afronden van het multidisciplinair overleg.....	26
4.6 Aandachtspunten.....	26
4.7 Overbelasting van de mantelzorg.....	28
4.8 Ontspoorde zorg.....	29
4.9 Meer dan enkel organiseren van multidisciplinair overleg.....	30
<b>5. Na een multidisciplinair overleg</b>	<b>33</b>
5.1 Verwerken en administratieve afronding van het multidisciplinair overleg.....	33
5.2 Het opvolgen van een zorgsituatie.....	34
<b>6. Zorgplannen en vergoedbaarheid</b>	<b>35</b>
6.1 Het zorgplan.....	35
6.2 Vergoedbaarheid multidisciplinair overleg.....	36
<b>7. Het zorgoverleg voor psychiatrische patiënten (PSY MDO)</b>	<b>39</b>
7.1 Het begeleidingsplan.....	39
7.2 Vergoedbaarheid multidisciplinair overleg voor een psychiatrische persoon met een zorgnood.....	40
<b>8. Werkinstrumenten</b>	<b>45</b>

# 1. Samenwerking in de eerstelijns



## 1.1 De verschillende disciplines in de eerstelijns

Samenwerken in de eerstelijnsgezondheidszorg betekent samenwerken met verschillende disciplines en organisaties. Elke zorg- of hulpverlener is gespecialiseerd in een bepaald onderdeel van de eerstelijnsgezondheidszorg. Tijdens een multidisciplinair overleg heeft iedere betrokken zorg- of hulpverlener een inbreng vanuit zijn/haar eigen specifieke deskundigheid.

### De rollen in een multidisciplinair overleg

#### De persoon met een zorgnood

De persoon met een zorgnood: in de tekst wordt telkens gesproken over 'persoon met een zorgnood', dit kan zowel een zorg- als een ondersteuningsnood (welzijn) zijn. Als het duidelijk om een zorgnood gaat, spreken we over patiënt (bv. psychiatrische patiënt).

#### De aanvrager van een multidisciplinair overleg

De aanvrager is iedere persoon of zorg- of hulpverlener die een complex probleem percipieert. Iedereen kan een multidisciplinair overleg aanvragen wanneer hij/ zij dit nodig acht. De aanvrager zal hoofdzakelijk een betrokken zorg- of hulpverlener zijn, maar het multidisciplinair overleg kan ook aangevraagd worden door de persoon met een zorgnood zelf of zijn/haar familie. Het is belangrijk dat vooraleer een overleg aangevraagd wordt, de aanvrager toestemming vraagt aan de persoon met een zorgnood en/of zijn/haar familie voor de organisatie van het multidisciplinair overleg waarbij een externe hulpverlener aangesproken wordt. De aanvrager kan gevraagd worden om het overleg voor te bereiden met de persoon met een zorgnood.

#### De organisator van het multidisciplinair overleg

De organisator van het multidisciplinair overleg is diegene die het overleg organiseert, in goede banen leidt en zorgt voor de voortgangscntrole ervan. In de eerste plaats kunnen betrokken zorg- en hulpverleners bij een persoon met een zorgnood het multidisciplinair overleg zelf organiseren. Indien ze liever beroep doen op een neutrale organisator van het overleg, kunnen ze hiervoor de overlegcoördinator

thuisgezondheidszorg (OC TGZ) van hun regio aanspreken. De organisator is meestal gelinkt aan de verblijfplaats van de persoon met een zorgnood. De taken van de overlegcoördinator thuisgezondheidszorg worden verder in dit draaiboek behandeld.

#### **De zorgbemiddelaar (ikv MDO)**

Eén van de meest betrokken zorg- of hulpverleners neemt de taak van zorgbemiddelaar op zich in zorgsituaties waar coördinatie van de zorg nodig is. Dit houdt in dat de zorgbemiddelaar de zorgen op elkaar afstemt en het aanspreekpunt vormt voor deze persoon met een zorgnoodsituatie. Hij/ zij volgt de situatie van dichtbij op en bewaart het overzicht op de hele situatie.

#### **De referentiepersoon (ikv PSYMDO)**

De referentiepersoon is een betrokken zorg- of hulpverlener die een directe zorg- of hulpverleningsrelatie heeft met de persoon met een zorgnood. Dit is een huisarts, thuisverpleegkundige, kinesitherapeut, logopedist, vroedvrouw, ergotherapeut, apotheker, klinisch psycholoog, orthopedagoog of maatschappelijk werker werkzaam in de gezondheidszorg. Voor kinderen en jongeren kan de referentiepersoon ook een personeelslid zijn van erkende diensten en instellingen die professioneel hulp verlenen (bv. CLB, jeugdrechtbank). De referentiepersoon maakt (met ondersteuning van de organisator), volgt op en stuurt het begeleidingsplan bij. Hij signaleert de nood aan een nieuw zorgoverleg. Hij heeft een vertrouwensrelatie met de persoon met een zorgnood.

De referentiepersoon heeft verschillende verantwoordelijkheden:

- opstellen van het begeleidingsplan (BP) overeenkomstig de afspraken gemaakt op het overleg;
- bezorgen van een BP aan de persoon met een zorgnood die dit thuis bewaart;
- verzekeren van de algemene coördinatie omtrent de uitvoering en de bijsturing van het BP;
- aanspreekpersoon zijn voor zowel de persoon met een zorgnood als alle betrokkenen die het BP in de praktijk brengen. Hij/zij moet altijd op de hoogte worden gebracht van wijzigingen in de situatie;
- optreden indien de partners zich niet houden aan afspraken;
- initiatief nemen voor tussentijds overleg in geval van, bijvoorbeeld, een crisissituatie;
- regelen van de continuïteit tijdens avond, weekend en verlof.

Daarnaast is de referentiepersoon de spilfiguur tussen betrokken zorg- en hulpverleners onderling maar ook tussen de zorg- en hulpverleners en de persoon met een zorgnood en zijn directe omgeving.

De referentiepersoon kan wisselen gedurende het zorgproces.

### **De verschillende mogelijke disciplines uit de eerstelijnsgezondheidszorg betrokken bij een multidisciplinair overleg**

#### **De Zorgverleners**

##### **De huisarts**

De huisarts is diegene die op een multidisciplinair overleg de medische achtergrond van de persoon met een zorgnood schetst met inachtneming van de deontologische regels. Wat er wel en niet gedeeld kan worden door de huisarts op een multidisciplinair overleg kan gelezen worden op pagina 19 & 20.

De huisarts wordt gezien als spilfiguur in de eerstelijnsgezondheidszorg omwille van het vaak jarenlange contact dat hij/zij heeft met de patiënt en zijn/haar familie. Hij kent de geschiedenis van de patiënt en kan hierdoor veel belangrijke informatie inbrengen tijdens het overleg. De huisarts wordt door de patiënt vaak nog gezien als autoriteit waardoor hij/ zij vaak meer van de huisarts aanneemt dan van andere zorg- en hulpverleners. Een voorwaarde voor vergoedbaar overleg is onder andere de aanwezigheid van de huisarts. Hiervoor moet de huisarts een verklaring ondertekenen van verminderde fysieke zelfredzaamheid.

##### **De thuisverpleegkundige**

De thuisverpleegkundige als zelfstandige of in dienstverband, heeft een frequent contact met de patiënt.

De thuisverpleegkundige kan op een overleg vaak aanvullende (medische) informatie brengen (bv. therapietrouw, juiste gebruik medicatie, hygiënische zorgen) omdat hij/zij zo een nauw contact heeft met de patiënt.

##### **De kinesitherapeut**

De kinesitherapeut biedt op het overleg aanvullende medische informatie bv. over de mobiliteit van de patiënt.

##### **De apotheker**

De apotheker kan een belangrijke meerwaarde bieden op vlak van informatie over de medicatie bv. bij problemen hierrond. De rol van de apotheker is de laatste jaren geëvolueerd. De apotheker zal meer optreden als gezondheidscoach en niet langer enkel als verkoper van geneesmiddelen. Eén van de kerntaken van de apotheker is zelfzorgadvies. De apotheker is in het bezit van de volledige medicatiehistoriek van de persoon met een zorgnood en speelt als zorgverlener een belangrijke rol op vlak van medicatie. De rol van de apotheker is uitgebreid: advies bij voorgeschreven geneesmiddelen, zelfzorgadvies, vermijden van medicatiefouten, aandacht voor preventie en samenwerking met de (huis)arts. De apotheker heeft een advies- en informatierol en een controlerende functie in verband met medicatiefouten.

##### **De diëtist**

Voor bepaalde pathologieën (bv. diabetes, nierinsufficiëntie,...) en bij aangepaste voeding wordt gevraagd extra aandacht te hebben voor het uitnodigen van een diëtist.

#### **Hulpverleners**

##### **Dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg**

De aanwezigheid van de verzorgende op het overleg kan een belangrijke meerwaarde betekenen omdat de verzorgende net als de thuisverpleegkundige een nauw contact heeft met de persoon met een zorgnood en zijn/haar mantelzorger. Op die manier kan de verzorgende ook belangrijke informatie aanbrenge over het dagelijks functioneren op het overleg. Hierdoor kan de informatie van de verzorgende een bijdrage zijn om de zorgen beter op elkaar af te stemmen. De verzorgenden zijn bevoorrechte getuigen maar ook kwetsbare gesprekspartners.

De inbreng van de sectorverantwoordelijke is vooral van praktische en organisatorische aard. Ze kunnen vaak inventief optreden in bv. het herschikken van de praktische afspraken. Daarnaast kunnen zij hun verzorgenden/medewerkers ondersteunen en het takenpakket bewaken.

##### **Maatschappelijk werker van het ziekenfonds en het OCMW**

De maatschappelijk werker biedt informatie en advies over financiële en sociale voorzieningen, tegemoetkomingen, instanties en diensten. Zowel het ziekenfonds als het OCMW kan eventueel een rol spelen bij de opvolging van thuiszorgsituaties.

#### **Anderen**

Deze lijst van disciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg is niet eindig. Naar gelang de situatie kunnen ook andere partners uit de eerstelijnsgezondheidszorg en/of geestelijke gezondheidszorg uitgenodigd worden op het multidisciplinair overleg zoals de logopedist, de oppashulp, de medewerker van een mobiel team (art. 107)... Uiteraard kunnen ook belangrijke partners uit de tweede lijn uitgenodigd worden zoals de maatschappelijk werker van de sociale dienst van het ziekenhuis, psychiatrie....

Alle betrokken zorg- en hulpverleners bij een persoon met een zorgnood vormen het (eerstelijns)gezondheidsteam rond deze persoon.





## De verschillende mogelijke disciplines uit de geestelijke gezondheidszorg betrokken bij een multidisciplinair overleg

### Mobiel team

Het mobiel team is een behandelteam in de thuisomgeving. Het zijn teams die zich enerzijds richten naar personen in een subacute of acute toestand (2A). Anderzijds zijn het de teams die zich richten naar personen met chronische psychiatrische problemen (2B).

Het B-team heeft als doel mensen met ernstige, langdurige psychische kwetsbaarheid de steun te geven die zij nodig hebben om hun eigen leven in handen te nemen of te houden. Zij bieden behandeling en begeleiding in het thuismilieu van deze personen. De bedoeling is een hulpverlening uit te bouwen die afgestemd is op de zorgnoden van langdurig zorgafhankelijke patiënten met een psychiatrische problematiek. Er wordt uitdrukkelijk gekozen voor een 'herstelgerichte' visie.

Op het A-team (of crisisteam) wordt beroep gedaan in crisissituaties om een ziekenhuisopname te voorkomen. De samenwerking met de andere partners uit het netwerk van de patiënt staat hierbij centraal.

### Psychiatrische Thuiszorgprojecten (PTZ)

Deze bestaan uit multidisciplinaire teams met onder andere psychiatrisch en sociaal verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychologen. Het gaat om volwassenen met een min of meer gestabiliseerde ernstige psychiatrische problematiek in de thuissituatie. Patiënten hebben naast een beperkte psychische draagkracht dikwijls ook beperkingen in het dagelijks sociaal maatschappelijk functioneren. Vaak is er van een sociaal netwerk geen sprake. Verwaarlozing van zichzelf, de omgeving en een geringe medicatietrouw zijn eveneens kenmerken van de doelgroep. Het team geeft psychosociale ondersteuning aan huis via regelmatige huisbezoeken en bevordert de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de persoon met een zorgnood in zijn eigen omgeving.

### Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)

Een CGG bestaat uit een extramuraal team dat ambulante hulp biedt aan personen met psychiatrische en sociale problemen. De belangrijkste functies zijn:

- algemene psychiatrische en psychosociale hulp en begeleiding;
- hulpverlening voor bijzondere doelgroepen zoals kinderen, bejaarden, verslaafden;
- preventieve activiteiten in samenwerking met andere hulpverleners.

### Initiatief voor beschut wonen (BW)

Onder beschut wonen, verstaat men het huisvesten en begeleiden van personen die om psychiatrische redenen in hun leef- en woonmilieu moeten geholpen worden, maar die geen ziekenhuisbehandeling meer nodig hebben. De begeleiding bestaat vooral uit het verbeteren van sociale vaardigheden. De begeleiding richt zich in eerste instantie naar de wensen van de bewoners maar heeft tevens oog voor de individuele zorgbehoeften.

### Psychiatrische ziekenhuizen (PZ)

Een psychiatrisch ziekenhuis kan op elk ogenblik specialistisch onderzoek en behandeling bieden aan mensen met psychiatrische stoornissen. Diagnostiek en behandeling zijn hier multidisciplinair. Duur en doelstelling zijn individueel afgestemd. Er is zowel mogelijkheid tot volledige als partiële opname.

### Psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT)

Dit is een residentiële voorziening voor bewoners met een langdurige gestabiliseerde psychiatrische stoornis en bewoners met een mentale handicap die niet binnen VAPH-voorzieningen terecht kunnen. De bewoners in een PVT behoeven geen ziekenhuisopname meer, maar ze kunnen bijvoorbeeld ook niet naar huis of naar Beschut Wonen. Zij hebben behoefte aan continue begeleiding die hen moet toelaten hun autonomie te herwinnen. Bewoners met een dementieel beeld worden hier niet opgenomen.

### Activiteitencentra

De primaire doelstelling is het bevorderen van het sociaal functioneren van psychiatrische patiënten door het bieden van ondersteuning onder vorm van werk, dagstructurende activiteiten, vorming en ontspanning.

### K-diensten

De reguliere kinderpsychiatrie (K-dienst) richt zich tot kinderen en jongeren met een psychiatrische problematiek. Hier kan men terecht voor residentiële opname, dagopname, ambulante consultaties en kinderpsychiatrische begeleiding aan huis dankzij projecten outreaching.

### Voorzieningen met een RIZIV conventie die een aanbod hebben naar de geestelijke gezondheidszorg

De revalidatiecentra bieden aan volwassenen met psychiatrische problemen, gedrags- en integratiemoeilijkheden een multidisciplinaire behandeling in een therapeutisch gestructureerd kader buiten het ziekenhuismilieu. De revalidatiecentra hebben volgend aanbod: neuro psychiatrisch toezicht, sociale dienstverlening, psychotherapeutische begeleiding, ergotherapie, kinesitherapie, logopedie.

## 1.2 Het informele netwerk

De persoon met een zorgnood heeft naast professionele zorg- en hulpverleners vaak ook nog andere betrokkenen bij de zorg:

- mantelzorgers (kinderen, familie, burens...);
- vrijwilligers;
- andere professionelen niet actief binnen de gezondheidszorg (bewindvoerder, advocaat, wijkagent...).

Bij de organisatie van een overleg is het belangrijk om goed na te denken over alle betrokkenen zowel professioneel als informeel. Iedereen zit met een ander mandaat aan de overlegtafel en het is belangrijk dat duidelijk is met welk mandaat iedereen aanwezig is.



## 1.3 Model van interprofessionele samenwerking

Samenwerking is een middel om een bepaald resultaat te bereiken dat je los van elkaar niet kunt bereiken. Afhankelijk van de complexiteit van de situatie kan de samenwerking langdurig of kort zijn.

In de literatuur worden verschillende termen gebruikt zoals multidisciplinair, multiprofessioneel, interdisciplinair, interprofessioneel samenwerken. We kunnen onder interprofessioneel en interdisciplinair hetzelfde verstaan. Volgens G. Tsakitzidis en P. van Royen geniet het gebruik van de term 'interprofessioneel samenwerken' de voorkeur.

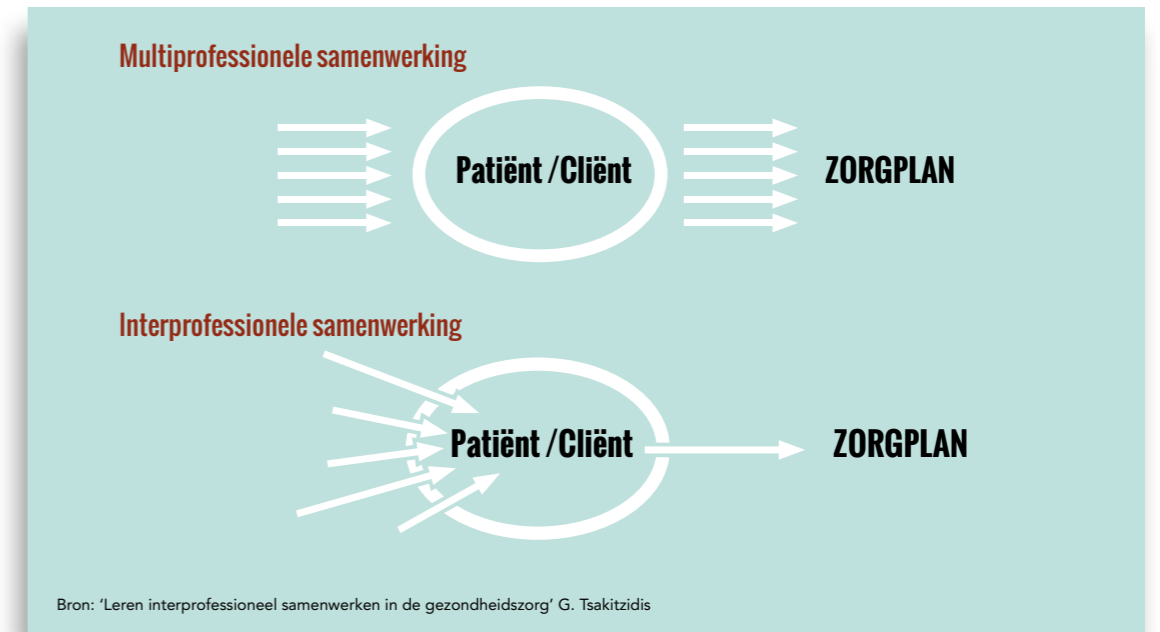
De term 'interprofessioneel samenwerken' impliceert meer dan 'multidisciplinair samenwerken' dat er een interactie is tussen de verschillende actoren. Er wordt duidelijk samengewerkt en er wordt gezamenlijk een zorgplan opgesteld. Iedere zorg- en hulpverlener betrokken bij een persoon met een zorgnood heeft een gelijke inbreng om zo tot een goede afstemming van de zorg rond de persoon met een zorgnood te komen.

Tijdens een multidisciplinair of interprofessioneel overleg kan er duidelijk gesteld worden dat er interprofessioneel kan samengewerkt worden doordat men samen rond de tafel zit om taakafspraken te maken die door de verschillende betrokkenen gedragen worden. Deze taakafspraken worden gebundeld in een zorgplan. Interdisciplinaire samenwerking resulteert in het optimaal gebruik maken van elkaars kwaliteiten in functie van de zorg voor de persoon met een zorgnood.

Binnen het multidisciplinair overleg waarvan sprake is in dit draaiboek wordt door de betrokken zorg- en/of hulpverleners op een interprofessionele wijze samengewerkt.

Een aantal tips voor interdisciplinaire samenwerking:

- formuleer een gezamenlijk doel en visie;
- creëer een gezamenlijke taal;
- spreek belangen uit (elke partner rond de tafel heeft belangen en het is belangrijk dat dit duidelijk is);
- ga in gesprek over waarden (welke waarden vinden wij als team rond de persoon met een zorgnood belangrijk en hoe staan deze tegenover onze doelen);
- durf de controle uit handen te geven (durf taken toe te vertrouwen aan een collega-hulpverlener);
- maak gebruik van elkaars specialisme;
- toon interesse in elkaars functie en visie;
- wees kritisch (op die manier kan de ander op blinde vlekken gewezen worden die invloed hebben op de zorg voor de persoon met een zorgnood).



## 1.4 Integrale zorgverlening

Vertrekkend vanuit de specifieke deskundigheid, eigen aan iedere discipline beoogt elke professionele zorg- en hulpverlener, mantelzorger en vrijwilliger de integrale zorg van de persoon met een zorgnood.

Deze integrale zorgverlening veronderstelt:

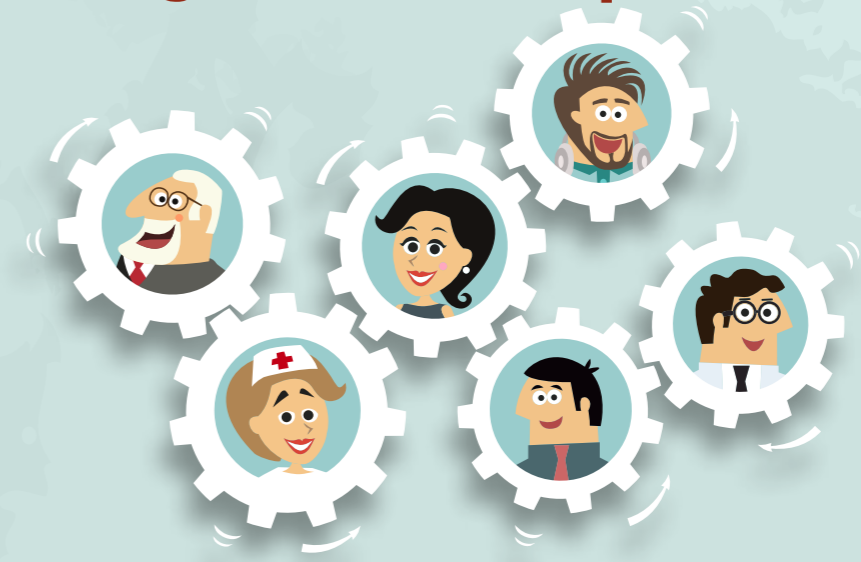
- het centraal stellen van de zelfredzaamheid van de persoon met een zorgnood;
- betrokkenheid en verantwoordelijkheid van de zorgdragers uit de familie en omgeving;
- samenwerking met andere betrokken professionele zorg- en hulpverleners, ook uit de tweede en derde lijn.



Het behoort dan ook tot de verantwoordelijkheid van iedere professionele zorg- of hulpverlener, die rechtstreeks betrokken is bij de zorg van een thuis verblijvende persoon met een zorgnood om aan de persoon met een zorgnood, zijn omgeving en de huisarts te signaleren wanneer hij/zij van oordeel is dat een andere discipline of instantie moet ingeschakeld worden in de integrale zorgverlening. Hierbij wordt de keuzevrijheid van de persoon met een zorgnood gerespecteerd.

Dit draaiboek wenst de overlegcoördinatoren thuisgezondheidszorg handvaten te geven om de integrale zorg van de persoon met een zorgnood te bewaken.

## 2. Aanvraag voor multidisciplinair overleg



### 2.1 Nood aan multidisciplinair overleg?

De ervaren nood voor een multidisciplinair overleg kan zowel door de betrokken zorg- of hulpverleners als vanuit de persoon met een zorgnood en/of zijn omgeving gesignaleerd worden. De precieze aanleiding om een overleg rond de tafel te organiseren, kan verschillen: b.v. ontslag uit het ziekenhuis voorbereiden, optimaliseren bestaande thuiszorg...

Een zorg- of hulpverlener kent een bepaalde signaalgevoeligheid. Op die manier kan hij/zij gemakkelijker risicosituaties inschatten. Onderstaande opsomming van risicofactoren in de thuiszorg geven een indicatie wanneer een situatie risicovol is en wanneer er nood is aan onderlinge communicatie en samenwerking.

- Thuiszorgsituatie - omgevingsfactoren
  - nieuwe thuiszorgsituatie;
  - zorgbehoefte van de persoon met een zorgnood neemt toe;
  - complexe zorg- of hulpverlening;
  - meerdere zorg- of hulpverleners komen aan huis;
  - alleenwonend of onvoldoende/overbelaste mantelzorg.
- Fysieke en Medische factoren
  - score 35 of meer op de BEL-profielchaal / Zorgforfait B;
  - ouder dan 85 jaar;
  - recente opname in ziekenhuis;
  - gebruik van meer dan 5 verschillende geneesmiddelen per dag;
  - mobiliteitsproblemen/valproblematiek (verhoogd valrisico);
  - palliatieve patiënt.
- Mentale factoren
  - dementie of andere cognitieve stoornis;
  - depressie of stemmingsstoornis.
- Psycho-medische-sociale problematiek
  - verslaving;
  - eenzaamheid;
  - ondervoeding;
  - verwaarlozing;
  - conflicten.

Bij het inschatten van risicosituaties verschuilen zich een aantal knelpunten. O.a. door hun betrokkenheid in de situatie kunnen er bij zorg- en hulpverleners blinde vlekken ontstaan waardoor ze zelf bepaalde tekortkomingen niet goed inschatten.

## 2.2 Doelstellingen van een overleg

De specifieke redenen om een multidisciplinair overleg te organiseren, kunnen uiteenlopend zijn. De situatie kan acuut zijn waardoor het noodzakelijk is om een aantal afspraken vast te leggen. Aan de andere kant kunnen er veel verschillende zorg- en hulpverleners betrokken zijn bij een persoon met een zorgnood waardoor het mogelijk is dat ze door de bomen het bos niet meer ziet en het nodig is om orde op zaken te stellen.

De **doelstellingen**<sup>1</sup> van een multidisciplinair overleg kunnen de volgende zijn:

- Informeren: de deelnemers aan het overleg informeren over alle relevante gebeurtenissen rond de thuiszorgsituatie.
- Organiseren: de huidige zorgen bespreken en op elkaar afstemmen; taakafspraken en weekplanning opmaken.
- Beslissen: samen met de persoon met een zorgnood en zijn/haar familie en de betrokken zorg- en hulpverleners een beslissing nemen met betrekking tot de situatie bv. opname woonzorgcentrum.
- Overtuigen: het patiëntensysteem en/of zorg- en hulpverleners overtuigen om een bepaalde beslissing te nemen.
- Debriefen: de moeilijkheden, zorgen, grenzen van de zorg- en hulpverleners onderling delen.

Deze doelstellingen kunnen natuurlijk ook gecombineerd worden in het multidisciplinair overleg.

Een multidisciplinair overleg is **meer dan alleen een bespreking**. Tijdens het overleg spreken de betrokken partijen het engagement uit om de best mogelijke hulp te bieden, afgestemd op elkaar. Ze willen allen samen naar een oplossing zoeken en de persoon met een zorgnood en zijn/haar familie een hart onder de riem steken.

## 2.3 Aanvraag tot een multidisciplinair overleg

Indien de nood aan zorgafstemming door de persoon met een zorgnood, mantelzorger of een zorg- of hulpverlener ervaren wordt, kan een multidisciplinair overleg georganiseerd worden.

We zien dat de aanvraag vaak nog telefonisch gebeurt maar we voorzien wel de mogelijkheid om een overleg elektronisch aan te vragen.

### E-aanvraag

Zorg- en hulpverleners, personen met een zorgnood en hun omgeving kunnen via [www.listel.be](http://www.listel.be) een elektronische aanvraag doen voor een zorgoverleg bij de organisator van hun keuze.

Hiervoor zijn volgende zaken nodig: postcode en rijksregisternummer persoon met een zorgnood, de reden van overleg en enkele gegevens van de aanvrager.

De e-aanvraag vervangt het telefonisch contact niet, maar vergroot de bereikbaarheid. Ook na een e-aanvraag is telefonisch contact tussen de overlegcoördinator TGZ en de aanvrager belangrijk om de nodige gegevens te verzamelen.

Als overlegcoördinator TGZ is het belangrijk om minstens éénmaal per week in te loggen in het e-zorgplan zodat aanvragen voor een overleg tijdig opgevolgd worden (bij voorkeur binnen de 5 werkdagen). De overlegcoördinator TGZ ontvangt een mail indien er een e-aanvraag is gebeurd.

## 2.4 Aanmelding

De aanmelding is het moment waarop de vraag naar multidisciplinair overleg van een zorg- of hulpverlener, persoon met een zorgnood of zijn/haar mantelzorger een organisator van het overleg bereikt. De eerste stap is het screenen van de situatie. Onderstaande vragen kunnen hierbij hulp bieden:

- Tot welke doelgroep behoort de persoon met een zorgnood?
- Hoe ziet zijn gezinssituatie eruit? Zijn er mantelzorgers?
- Wie neemt het initiatief tot aanmelding?
- Is de patiënt op de hoogte?
- Waarom? Wat is de aanleiding? Wat is de reden van het multidisciplinair overleg? (komen tot duiding van de problematiek)
- Wat is het doel van het multidisciplinair overleg? Het is heel belangrijk om dit heel duidelijk te formuleren naar de andere aanwezigen, zodat iedereen met hetzelfde doel naar het overleg komt.
- Welk resultaat/verbetering wenst de aanmelder te bereiken?
- Hoe hoog is de dringendheid van het multidisciplinair overleg?
- Gewenste aanwezigen? Wie komt er? Hoe vaak en waarom (=taken)?



Bij de aanvraag tot multidisciplinair overleg, wordt best informatie uitgewisseld over de complexiteit van de situatie of over delicate onderwerpen. Belangrijk is om na te gaan of de persoon met een zorgnood op de hoogte is van de aanvraag van het multidisciplinair overleg, hiervoor zijn toestemming heeft gegeven en te kennen geeft of hij/zij op het overleg aanwezig wenst te zijn. Voor de persoon met een zorgnood en/of zijn/haar familie kan het belangrijk zijn te weten dat de organisator van het multidisciplinair overleg ook gebonden is aan het beroepsgeheim. Als nieuwe zorg- en hulpverleners uitgenodigd worden, krijgt de persoon met een zorgnood de vrije keuze om deze zorg- en hulpverleners zelf te kiezen.

### Overlegorganisator

In eerste instantie kunnen de betrokken zorg- en hulpverleners zelf het initiatief nemen om een multidisciplinair overleg te organiseren. Het is in dat geval ook hun taak om het multidisciplinair overleg in goede banen te leiden. In dit kader kunnen ook 'andere zorgaanbieders' (cfr. regelgeving) instaan voor de organisatie van het multidisciplinair overleg.

Verkiezen de betrokken zorg- of hulpverleners, de persoon met een zorgnood en/of zijn/haar omgeving om het multidisciplinair overleg niet zelf te organiseren, dan kunnen zij beroep doen op een neutrale organisator. Deze organisator neemt de administratieve en organisatorische last van het multidisciplinair overleg op zich, maar ook de taak van het leiden van het overleg.

Het Limburgse Garantiemodel biedt aan iedere zorgbehovende in Limburg de garantie dat er een multidisciplinair overleg georganiseerd kan worden door een neutrale organisator. Alle partners binnen SEL Genk en SEL Hasselt ondertekenden deze Limburgse Code en engageren zich om de daarin opgenomen principes te hanteren bij het multidisciplinair samenwerken.

1. In de eerste plaats kan de aanvrager beroep doen op de overlegcoördinator thuisgezondheidszorg van het OCMW van de verblijfplaats van de persoon met een zorgnood.
2. Indien een OCMW zich niet wenst te engageren (door middel van goedkeuring van het protocol OC TGZ door de Raad voor Maatschappelijk Welzijn), kan de aanvrager beroep doen op de overlegcoördinator thuisgezondheidszorg van de Regionale Diensten Centra (RDC).



De lijst van de overlegcoördinatoren thuisgezondheidszorg wordt ter beschikking gesteld door SEL Genk en SEL Hasselt via de website .

Iedere OC TGZ bewaakt of bij de aanvraag van een multidisciplinair overleg de principes uit de Limburgse Code tot coördinatie voor SEL Genk en SEL Hasselt gerespecteerd werden. Eventuele ongerijmdheden worden onverwijld aan het bevoegde SEL gemeld.

#### Verklaring organisator

De organisator van het multidisciplinair overleg bezorgt de 'verklaring organisator' (via het e-zorgplan ter beschikking gesteld) aan het SEL om beroep te kunnen doen op een vergoeding voor de organisatie van het multidisciplinair overleg.

Dit document vult de organisator van het multidisciplinair overleg naar eer en geweten in . Hij/zij bezorgt het ondertekende registratiedocument aan het bevoegde SEL nadat het multidisciplinair overleg heeft plaatsgevonden en binnen de redelijke termijn van 4 weken, samen met de andere documenten die in het kader van het multidisciplinair overleg aan het SEL dienen bezorgd te worden. Een aantal gegevens wordt geautomatiseerd ingevuld.

## 2.5 Veranderen van OC TGZ in een zorgplan

Het e-zorgplan voorziet een controle op basis van het rijksregisternummer van de persoon met een zorgnood. Indien een overlegcoördinator TGZ een persoon met een zorgnood ingeeft die reeds gekend is door het systeem zal het systeem dit aangeven.

De overlegcoördinator TGZ kan via het e-zorgplan aan de andere overlegcoördinator TGZ vragen of hij/zij deze persoon met een zorgnood mag overnemen. De andere overlegcoördinator TGZ moet de persoon met een zorgnood dan overdragen via het systeem. Dit wordt verder uitgelegd in de handleiding van het e-zorgplan. De 'aanvragende' overlegcoördinator TGZ contacteert de andere overlegcoördinator TGZ in dit geval om zijn/haar vraag te kaderen.

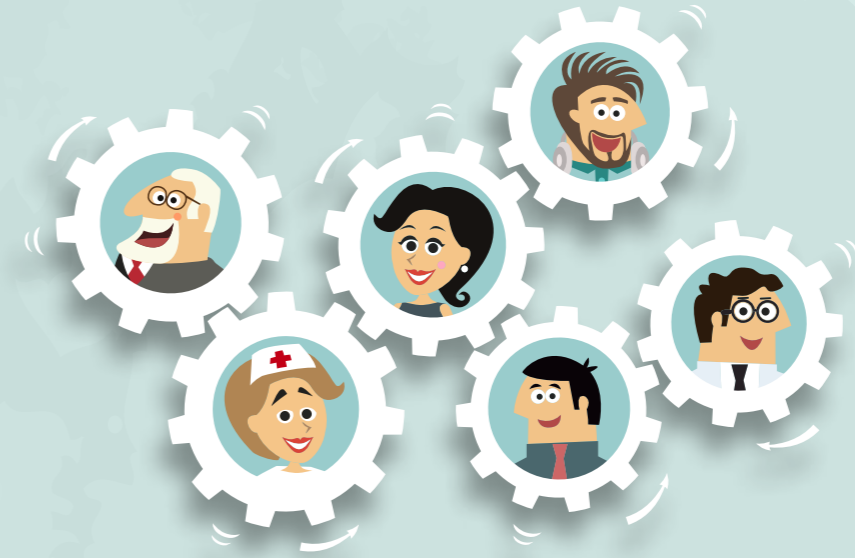
## 2.6 Termijn behandelen aanvraag overleg

Een aanvraag tot multidisciplinair overleg moet binnen de week worden behandeld door de organisator, afhankelijk van de hoogdringendheid van het overleg. Het multidisciplinair overleg zelf vindt plaats binnen een redelijke termijn van 30 dagen, tenzij de vraag dringend is.

Bij dringende aanvragen (bv. voor ontslag uit het ziekenhuis) is het streefdoel om het overleg binnen de 5 werkdagen te laten plaatsvinden.

Indien de organisator niet in de mogelijkheid is om het multidisciplinair overleg tijdig te organiseren omwille van overmacht moet dit zo snel mogelijk gesignaleerd worden aan LISTEL vzw en wordt samen naar oplossingen gezocht. Ook wanneer een overleg dat al gepland is, door overmacht niet kan plaatsvinden, wordt dit gesignaleerd aan LISTEL vzw. De overlegorganisator maakt de nodige afspraken binnen zijn organisatie om, wanneer nodig deze situaties van overmacht aan LISTEL vzw te melden.

# 3. Voor een multidisciplinair overleg



## 3.1 Het verzamelen van informatie

Om een multidisciplinair overleg in goede banen te leiden, heb je voldoende informatie nodig. Het verzamelen van informatie is een permanent proces doorheen de voorbereiding en het multidisciplinair overleg zelf. Het verzamelen van informatie groeit gaandeweg door het contact met de verschillende betrokken zorg- en hulpverleners en/of mantelzorgers. Bij de aanmelding van de situatie is het belangrijk om de situatie verder te exploreren. De meeste informatie wordt echter verzameld tijdens het multidisciplinair overleg zelf. De overlegcoördinator TGZ moet deze informatie niet zelf brengen tijdens het overleg maar mag van de deelnemers verwachten dat zij elk hun eigen stuk brengen.

## 3.2 Het zoeken naar een gemeenschappelijk moment

Nadat je weet wie je voor het multidisciplinair overleg moet uitnodigen en je bent op de hoogte van de voornaamste informatie, zoek je een gemeenschappelijk moment. Dit kan telefonisch, via e-mail, doodle...



**TIP:** Contacteer eerst de huisarts. Hij/zij kan aangeven welke momenten voor hem/haar het beste passen. Indien de huisarts aangeeft dat hij/zij moeilijk tijd voor een overleg kan vrijmaken, geef dan aan dat het mogelijk is om eerst de medische kant te bespreken zodat de huisarts vroeger kan vertrekken.

Een gemeenschappelijke datum prikken is in praktijk niet steeds eenvoudig. Een hulpmiddel kan het plannen van de datum zijn door middel van bv. [www.doodle.com](http://www.doodle.com). Via deze weg kan je aantal data ingeven waarop de zorg- en hulpverleners op hun beurt kunnen aanduiden of deze data voor hen passen of niet.

Indien er extra diensten uitgenodigd moeten worden, hou dan rekening met de neutraliteit van je positie en de keuzevrijheid van de persoon met een zorgnood bv. een inschakeling van de dienst gezinszorg en aanvallende thuiszorg.

Vraag aan de persoon met een zorgnood of zijn/haar mantelzorger of zij een bepaalde dienst verkiezen. Indien zij geen voorkeur aangeven, geef dan een volledige opsomming van de verschillende mogelijkheden zodat de persoon met een zorgnood en zijn/haar familie de kans krijgt om alsnog de eigen voorkeur aan te geven. Soms leidt de dringendheid van de situatie tot de keuze van de dienst die het snelst hulp kan opstarten. Indien mogelijk kan je aan deze zorg- of hulpverleners de behoeften van de persoon met een zorgnood al doorgeven mits toestemming van de persoon met een zorgnood, dit zorgt voor een vlotter en efficiënter verloop van het overleg.



**TIP:** Vergeet niet om de datum van het overleg te bevestigen bij alle betrokkenen! Het is ook aan te raden om een timing en agenda te communiceren voor het overleg.

Tijdens de contacten met de zorg- en hulpverleners is het belangrijk om:

- de situatie kort te schetsen en aan te geven wie de aanvrager van het multidisciplinair overleg is.
- de nood en het doel van de samenkomst te duiden. Het kan nodig zijn om bepaalde zorg- en hulpverleners extra te motiveren om op het multidisciplinair overleg aanwezig te zijn. Mogelijks kan er tijdens het overleg flexibel omgesprongen worden met de tijd door, zoals al eerder aangegeven werd bv. eerst de medische kant van de zaak te bespreken. Indien een zorg- of hulpverlener alsnog niet wenst deel te nemen, zoek dan een gemeenschappelijk moment met de andere betrokkenen. Achteraf kan je deze zorg- of hulpverlener opnieuw opbellen en hem/haar een laatste keer de noodzaak van het multidisciplinair overleg duiden en hem/haar motiveren om alsnog op het MDO aanwezig te zijn.
- jouw rol als overlegcoördinator TGZ te duiden aan de deelnemers. Je coördineert nl. het overleg maar hebt geen inhoudelijke inbreng. Je zorgt dat deelnemers tot gemeenschappelijke afspraken komen in het belang van de persoon met een zorgnood en zorgt voor de verslaggeving.

### 3.3 Het voorbereiden van het overleg

#### Aanwezigheid van de persoon met een zorgnood

Het is meer dan wenselijk dat de persoon met een zorgnood zelf aanwezig is op het multidisciplinair overleg. Op deze manier betrek je de persoon met een zorgnood bij het multidisciplinair overleg en kan hij/zij zelf zijn mening uiten. De aanwezigheid van de persoon met een zorgnood tijdens het maken van de taakafspraken, zorgt ervoor dat de afspraken ook door hem/haar gedragen kunnen worden en op die manier kan er mogelijks meer bereikt worden.

Ga er niet te snel van uit dat de aanwezigheid van de persoon met een zorgnood niet noodzakelijk is, zelfs als de persoon met een zorgnood zelf niet veel inbreng heeft, heeft hij/zij vaak toch een positieve invloed op het verloop van het overleg.

In sommige gevallen kan het aan te raden zijn dat de persoon met een zorgnood niet aanwezig is op een multidisciplinair overleg bv. bij een psychiatrische problematiek, misbruik... Het is belangrijk steeds in het achterhoofd te houden dat het te vermijden is om boven het hoofd van de persoon met een zorgnood en zijn/haar mantelzorger te overleggen.

#### Voorbereiden van de persoon met een zorgnood

De overlegcoördinator TGZ vraagt de aanvrager om het overleg goed voor te bereiden met de persoon met een zorgnood: wie moet aanwezig zijn, wat is het doel van het overleg....

De overlegcoördinator TGZ kan hierbij een aantal tips geven aan de aanvrager:

Hoe bereid je als aanvrager het overleg voor met de persoon met een zorgnood en zijn mantelzorgers?

1. Vraag aan de persoon met een zorgnood & de mantelzorger om na te denken over bepaalde zaken die besproken zullen worden in het overleg.
2. Verduidelijk het doel en de verwachtingen van het overleg (agenda).
3. Luister naar het persoonlijke verhaal en denk niet meteen in oplossingen. Probeer te ontdekken of er conflicten leven tussen de mantelzorgers.
4. Durf zaken expliciet te maken en vraag door: wat is de boodschap achter dat wat er gezegd wordt?
5. Breng de draaglast en -kracht goed in beeld: vraag ook wat er wel goed gaat.
6. Maak de agenda duidelijk en spreek de timing af.
7. Blijf na het gesprek de persoon met een zorgnood en/of mantelzorger betrekken in correspondentie.

Onderschat ook de impact van de aanwezigheid van de verschillende disciplines op een dergelijk overleg niet.

Bij voorkeur laten we een multidisciplinair overleg doorgaan bij de persoon met een zorgnood thuis. Op deze manier is de persoon met een zorgnood in zijn vertrouwde omgeving en is hij meer op zijn gemak. Dit toont eveneens een engagement aan van de zorg- en hulpverleners. Toch is het mogelijk dat er redenen zijn om het overleg niet bij de persoon met een zorgnood thuis te laten doorgaan bv. plaatsgebrek, een niet aangepaste woning, te confronterend, persoon met een zorgnood verblijft in het ziekenhuis, .... Het is belangrijk om af te wegen welke locatie het meest geschikt is.

#### Elektronische voorbereiding van het multidisciplinair overleg

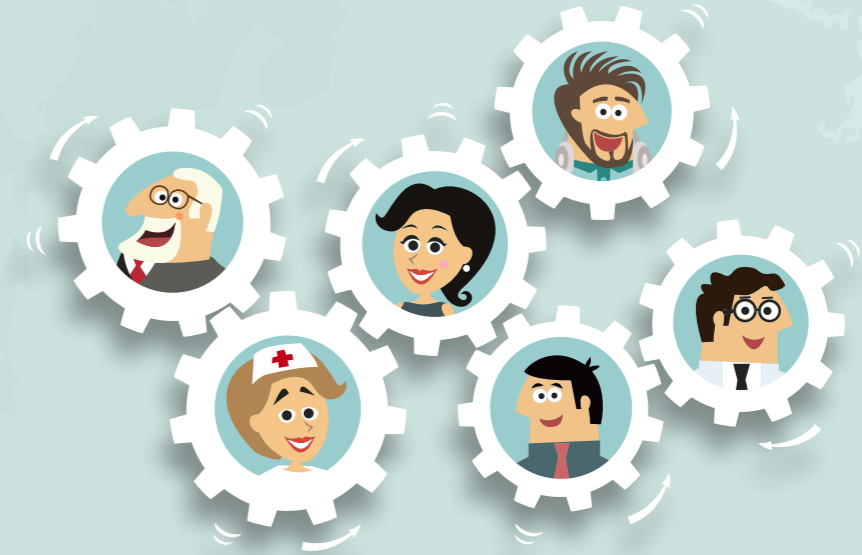
SEL Genk en SEL Hasselt bieden een e-zorgplan aan waarbij de organisator van het multidisciplinair overleg op een administratief vereenvoudigde manier een multidisciplinair overleg kan voorbereiden. Ieder multidisciplinair overleg moet via het e-zorgplan verwerkt worden.

Bij de voorbereiding van het multidisciplinair overleg geeft de overlegcoördinator TGZ de juiste teamsamenstelling in. De Katz-score en het evaluatie instrument worden best vóór het overleg (en via e-mail) bezorgd aan de juiste persoon die deze documenten moet invullen. Op die manier kunnen de zorg- en hulpverleners de Katz-score en eventueel het evaluatie-instrument tijdens het multidisciplinair overleg gebruiken als uitgangspunt.

Nadat alle gegevens zijn ingegeven in het e-zorgplan, drukt de organisator alle noodzakelijke documenten af om mee te nemen naar het multidisciplinair overleg.

Meer uitleg hierover is terug te vinden in de handleiding van het e-zorgplan.

## 4. Tijdens het multidisciplinair overleg



Een eerste stap naar het beter samenwerken en betere onderlinge communicatie is het opstarten van een zorgplan. Bij dit zorgplan wordt een communicatieschriftje ingevoerd. Hierdoor kunnen de betrokken zorg- en hulpverleners en de familie met elkaar communiceren en verschillende gegevens bundelen in het schriftje. Een zorgplan start steeds met een multidisciplinair overleg.

### 4.1 Het verloop van het multidisciplinair overleg

Tijdens het overleg is het belangrijk om een aantal stappen te doorlopen:

1. Laat de aanwezigen zich voorstellen. Benoem ook wie verontschuldigd, afwezig is.
2. Verduidelijk je eigen rol als overlegcoördinator TGZ.
3. Verduidelijk de doelstelling(en) en de aanvraag van het multidisciplinair overleg.
4. Maak duidelijk dat iedereen open kan en mag zijn voor het inbrengen van een eerlijke mening in het overleg.
5. Indien familie/mantelzorg aanwezig is; hou in het oog of zij akkoord gaan met de gemaakte afspraken (o.a. vermijden van overbelasting van de mantelzorger).
6. Benadruk dat het overleg valt onder het gedeeld beroepsgeheim en de geheimhoudingsplicht



**TIP:** Verzamel de handtekeningen vooraleer te beginnen aan het multidisciplinair overleg, zodat er zich geen probleem voordoet als één van de betrokken zorg- of hulpverleners vroeger weg wordt geroepen.

## 4.2 Een multidisciplinair overleg leiden

Een multidisciplinair overleg leiden betekent dat je het geheel coördineert, de agenda bepaald in samspraak met de deelnemers, zonder het te sturen of inhoudelijk te bepalen. Als organisator van het multidisciplinair overleg zorg je niet voor antwoorden en oplossingen maar bestaat je taak eruit om structuur te brengen in het multidisciplinair overleg. De verantwoordelijkheid voor antwoorden en oplossingen ligt bij de zorg- en hulpverleners zelf. Om die reden is het belangrijk dat de organisator geen betrokken zorg- of hulpverlener is.

Als voorzitter van het multidisciplinair overleg heb je de taak de sfeer te bewaken tussen zorg- en hulpverleners, te zorgen dat de betrokkenen tot gemeenschappelijke afspraken komen in het belang van de persoon met een zorgnood....

Je bent als het ware een 'duizendpoot'.

Het is daarom zeer belangrijk om jouw eigen rol te verduidelijken aan alle deelnemers zodat zij duidelijk weten wat jouw taak is en geen verkeerde verwachtingen kunnen hebben.

Naast procesbeschrijver moet je ook verslag maken. Het is niet evident om nota's te nemen tijdens het overleg omdat je het proces moet bewaken.



**TIP:** Noteer de afspraken tijdens het overleg want dat zijn de gemeenschappelijke punten voor het verslag. Je bekommernissen kan je ook noteren zodat je ze tijdig kan inbrengen tijdens het overleg.

## 4.3 Het verzamelen van gegevens tijdens het multidisciplinair overleg

Het multidisciplinair overleg gaat best van start met de input van gegevens, belevingen, ... door de verschillende aanwezige zorg- of hulpverleners en de persoon met een zorgnood en/of zijn/haar mantelzorgers.

Tijdens het multidisciplinair overleg is het aan te raden om niet enkel feiten te verzamelen, maar ook aandacht te besteden aan de beleving en de normen van de verschillende betrokken partijen.

Waarden komen best pas op het einde van het gesprek aan bod omdat deze de feiten kunnen onderscheppen en sturen in een bepaalde richting.

Zorg dat er een gestructureerd overzicht gecreëerd wordt van de huidige thuiszorgsituatie. Elke zorg- of hulpverlener geeft aan welke stappen hij/zij reeds ondernomen heeft. Omdat het belangrijk is om de knelpunten in de situatie vast te stellen, geeft elke zorg- of hulpverlener aan waar moeilijkheden spelen in de thuiszorgsituatie. Iedereen komt aan het woord, met een gelijke inbreng tijdens het overleg, ook de persoon met een zorgnood en zijn/haar mantelzorgers.

Wanneer de situatie is geëxploreerd kan je overgaan tot het één voor één bespreken van de moeilijkheden.

Tijdens het multidisciplinair overleg proberen de aanwezigen door onderlinge samenwerking te komen tot een oplossing voor de moeilijkheden in de thuiszorgsituatie. Deze oplossingen (verbeteringen) kunnen zich op verschillende vlakken situeren:

- verandering van plaats en omgeving (bv. opname in woonzorgcentrum);
- verandering van perceptie;
- verandering of uitbreiding van thuiszorgaanbod (bv. inschakelen gezinszorg en poetsdienst);
- het maken van duidelijke taakafspraken.

Een multidisciplinair overleg heeft niet enkel tot doel om de knelpunten in kaart te brengen.

In het kader van een psychiatrisch zorgoverleg (PSY MDO) is het belangrijk om de levensdomeinen in kaart te brengen.

### VOLWASSENEN:

- De basisautonomie: dit domein omvat de activiteiten die onmisbaar zijn voor de bevrediging van de persoonlijke basisbehoeften: zich voeden, zich wassen, zich ontlasten en zich kleden.
- De woonautonomie: het betreft hier de noodzakelijke vaardigheden voor de dagdagelijkse organisatie op huishoudelijk vlak: koken, het huishouden doen, wassen en strijken, zorg dragen voor zijn gezondheid en zijn veiligheid.
- De autonomie binnen de gemeenschap: dit domein omvat de vaardigheden die vereist zijn om zich te verplaatsen in de samenleving, om de middelen die de samenleving biedt aan te wenden, om in-kopen te doen, geld te beheren en de wetten en de reglementen van de samenleving te respecteren.
- Taal en communicatie: dit domein betreft de communicatie in zijn receptieve en expressieve aspecten. De beoogde vaardigheden hebben hoofdzakelijk betrekking op de mogelijkheden om contact te hebben met anderen.
- Maatschappelijke aanpassing: de hier beoogde vaardigheden zijn die vaardigheden die vereist zijn om zich in te schakelen in een groep of een vereniging. Het betreft hier de houding tegenover zichzelf (zelfkennis en zelfbeeld), de houding tegenover anderen (inter-persoonlijke relaties), de deelname aan het leven van de gemeenschap.
- Werk: hier gaat het om de essentiële componenten voor een professionele integratie: motivatie, basisbekwaamheden, vaardigheden, de capaciteiten om zich in te schakelen in een ploeg;
- Schoolse kennis: dit domein omvat de intellectuele vaardigheden van het individu, zowel wat elementaire kennis betreft als wat lezen, schrijven en rekenen betreft.
- Motoriek: dit domein omvat de motorische vaardigheden van een individu, zoals: lichaamshouding, basisvaardigheden op motorisch vlak, fijne motoriek, psychomotorische vaardigheden en de mogelijkheden voor het verrichten van fysieke activiteiten.
- Aangepast persoonlijk gedrag: dit domein omvat bepaalde gedragingen, houdingen of symptomen die maatschappelijk ongewenst zijn. Waar de vorige domeinen betrekking hebben op vaardigheden die zouden moeten verworven worden of hersteld worden, legt dit domein de nadruk op houdingen of gedragingen die zouden moeten verdwijnen.

### KINDEREN EN JONGEREN:

- De basisautonomie: dit domein omvat de activiteiten die onmisbaar zijn voor de bevrediging van de persoonlijke basisbehoeften: wassen, aankleden, eten, ...
- Autonomie binnen de gemeenschap: leren omgaan met geld, (kleine) aankopen doen, zelfstandig verplaatsen (fiets, openbaar vervoer, ...).
- Taal en communicatie: dit domein betreft de communicatie in zijn receptieve en expressieve aspecten. De beoogde vaardigheden hebben hoofdzakelijk betrekking op de mogelijkheden om contact te hebben met anderen.
- Functioneren in het gezin of in de gezinsvervangende context: het gaat hier om de handhaving van



een vertrouwensrelatie met ouders of andere zorgverantwoordelijken, en van bekwaamheden in het samenleven met andere kinderen, al dan niet broers en zussen.

- Sociale aansluiting: de hier beoogde vaardigheden zijn die vaardigheden die vereist zijn om aan te sluiten bij leeftijdsgenoten. Het betreft hier de houding tegenover zichzelf (zelfkennis en zelfbeeld), de houding tegenover anderen (inter-persoonlijke relaties), de deelname aan het buurtleven.
- School: hier gaat het om de essentiële componenten voor een inschakeling in een schoolcontext: motivatie, basisbekwaamheden, sociale vaardigheden, de capaciteiten om te functioneren in een gezagsrelatie. Het gaat zowel om de cognitieve vaardigheden als om het psychisch en emotioneel functioneren die deze kunnen onderdrukken.
- Motoriek: dit domein omvat de motorische vaardigheden van een individu, zoals: lichaamshouding, basisvaardigheden op motorisch vlak, fijne motoriek, psychomotorische vaardigheden en de mogelijkheden voor het verrichten van fysieke activiteiten.
- Aangepast persoonlijk gedrag: dit domein omvat bepaalde gedragingen, houdingen of symptomen die maatschappelijk ongewenst zijn. Waar de vorige domeinen betrekking hebben op vaardigheden die zouden moeten verworven worden of hersteld worden, legt dit domein de nadruk op houdingen of gedragingen die zouden moeten verdwijnen.

Als neutrale gesprekleider moet je zowel confronterend als leidinggevend kunnen zijn. Het is belangrijk dat je ook de sterktes van de persoon met een zorgnood opmerkt en kunt benoemen.

Het is belangrijk te beseffen dat informatie een veranderend gegeven is en dat de informatie die verkregen wordt op het overleg slechts een momentopname is.

## 4.4 Afspraken maken

### Thuiszorg goed plannen

Een tip om goed op elkaar afgestemde thuiszorg te plannen, is het gebruik van een weekplanning. Op die manier kunnen alle dagen en uren bekeken worden en kan er hulp ingeschakeld worden op verschillende momenten. Probeer daarbij te vermijden dat 2 zorg- of hulpverleners op hetzelfde moment komen.

Deze weekplanning kan aan het zorgplan toegevoegd worden en wordt dus bewaard bij de persoon met een zorgnood thuis.

Naast het opstellen van een weekplanning worden duidelijke taakafspraken gemaakt: wie doet wat en



Belangrijk is dat je als organisator van het multidisciplinair overleg de structuur van het overleg voor ogen blijft houden. Een checklist met levensdomeinen kan een hulpmiddel zijn om geen belangrijke levensdomeinen te vergeten (bv. evaluatie- instrument):

- fysieke situatie
- psychische situatie
- persoonlijke verzorging
- woonsituatie (huishouden + woonaanpassing/hulpmiddelen)
- maaltijden
- sociaal netwerk
- financiële situatie

### Aanduiden van een zorgbemiddelaar/referentiepersoon

Tijdens het multidisciplinair overleg wordt een zorgbemiddelaar aangeduid. De zorgbemiddelaar is de meest betrokken zorg- of hulpverlener bij een persoon met een zorgnood en wordt aangewezen door de persoon met een zorgnood of indien de persoon met een zorgnood dit zelf niet meer kan, de mantelzorger.

De zorgbemiddelaar staat in samenspraak met de overlegcoördinator TGZ in voor regelmatige evaluatie van het zorgplan. Deze zorg- of hulpverlener heeft een belangrijke signaalfunctie, ook in functie van verdere bijstelling van het zorgplan en de eventuele nood aan een nieuw multidisciplinair overleg. De zorgbemiddelaar kan een professionele zorg- of hulpverlener zijn of een mantelzorger.

Tijdens een psy MDO wordt in de plaats van een zorgbemiddelaar een referentiepersoon aangeduid. Dit is eveneens een betrokken zorg- of hulpverlener die een directe zorg- of hulpverleningsrelatie heeft met de persoon met een zorgnood. Het kan gaan om een huisarts, thuisverpleegkundige, kinesitherapeut, logopedist, vroedvrouw, ergotherapeut, apotheker, klinisch psycholoog, orthopedagoog of maatschappelijk werker werkzaam in de gezondheidszorg.

Voor de doelgroep kinderen en jongeren kan de referentiepersoon ook een personeelslid zijn van erkende diensten en instellingen die professioneel hulp verlenen (bv. CLB, jeugdrechtbank). De referentiepersoon maakt (met ondersteuning van de organisator) het begeleidingsplan op, volgt het op en stuurt het waar nodig bij en signaleert de nood aan een nieuw zorgoverleg.

Hij heeft een vertrouwensrelatie met de persoon met een zorgnood. Daarnaast is de referentiepersoon de spilfiguur tussen zorg- en hulpverleners onderling maar ook tussen de zorg- en hulpverleners en de persoon met een zorgnood en zijn directe omgeving.

Van de overlegcoördinator TGZ wordt verwacht dat hij/zij de zorgbemiddelaar of referentiepersoon duidelijk maakt wat zijn/haar functie is en welke taken aan de functie verbonden zijn. Ook in het e-zorgplan wordt aangeduid wie de functie van zorgbemiddelaar of referentiepersoon op zich neemt.





## 4.5 Afronden van het multidisciplinair overleg

Indien het overleg meer tijd vraagt dan gepland, vraag je aan alle betrokken partners of het nog past om even verder te doen en je kan dan bij een aantal zaken prioriteit leggen.

Wanneer alle zaken besproken zijn, kan je de gemaakte afspraken voor een laatste maal overlopen. Tijdens het multidisciplinair overleg wordt het communicatieschriftje geïntroduceerd. Het is belangrijk om af te spreken wie dit zal introduceren en aan de persoon met een zorgnood zal bezorgen wanneer de persoon met een zorgnood niet aanwezig is. Het is belangrijk om de persoon met een zorgnood en zijn/haar familie uit te leggen dat het schriftje gebruikt wordt om met elkaar te communiceren, zodat de hulp beter op elkaar kan afgestemd worden en eventuele problemen sneller gesignaleerd kunnen worden. Wanneer de persoon met een zorgnood niet aanwezig is, is het belangrijk om op het einde van het overleg af te spreken wie het overleg terugkoppelt met de persoon met een zorgnood. Het zorgplan geeft een overzicht van alle betrokken zorg- en hulpverleners en bevat de gemaakte afspraken tussen de partijen.

Denk er bovendien aan om ook te vragen of de persoon met een zorgnood toestemming geeft aan het ziekenhuis om bij eventuele opname op te vragen of hij een zorgplan heeft. Als de persoon met een zorgnood hiervoor toestemming geeft, kan de sociale dienst van het ziekenhuis bij opname aan de hand van het rijksregisternummer van de persoon met een zorgnood opzoeken of hij een zorgplan heeft. Zo ja, dan krijgt de sociale dienst de gegevens van de zorgbemiddelaar en de overlegcoördinator TGZ ter beschikking en de thuiszorgfiche. Zij hebben geen inzicht in het zorgplan.

## 4.6 Aandachtspunten

Het is niet evident om een multidisciplinair overleg te leiden. Daarom is het belangrijk om een aantal punten te bewaken:

- de voortgang van het gesprek;
- iedereen aan het woord laten komen;
- verslaggeving;
- de keuzevrijheid van de persoon met een zorgnood.

### Iedereen aan het woord

Spreekangst kan bij verschillende partijen de reden zijn om geen inbreng te hebben tijdens het overleg. Het is niet evident om openlijk over een situatie te praten in aanwezigheid van de persoon met een zorgnood en zijn/haar familie, maar toch is het belangrijk dat iedereen openlijk voor zijn mening uitkomt. De manier waarop bepaalde zaken geformuleerd worden, kan hierbij een groot verschil maken.

Daarnaast kan het zijn dat bepaalde zorg- en hulpverleners een afwachtende houding aannemen en de beslissing in de handen van andere aanwezige zorg- en hulpverleners of organisaties leggen.

Als gespreksleider moet je hier aandacht voor hebben en iedereen evenveel betrekken tijdens het gesprek. In sommige gevallen kan het nodig zijn om het rondje van de tafel te doen om iedereen aan het woord te laten. Hierbij moet de zorgsituatie wel steeds centraal blijven staan.

### Welke informatie kan met wie besproken worden?

Het feit dat je met alle betrokken zorg- en hulpverleners en de persoon met een zorgnood aan tafel zit, betekent niet dat alle zaken met iedereen besproken mogen worden. In principe kunnen verschillende gegevens besproken worden met de betrokken zorg- en hulpverleners door hun gedeeld beroepsgeheim.

Aan het gedeelde beroepsgeheim zijn echter een aantal voorwaarden verbonden:

1. Is de samenstelling van de leden van het netwerk van zorgoverleg over de individuele persoon met een zorgnood schriftelijk opgenomen in het dossier van de persoon met een zorgnood? Is die samenstelling voor alle betrokkenen bekend?
2. Zijn alle leden van het netwerk die de informatie ontvangen, effectief betrokken in de zorgopdracht voor die individuele persoon met een zorgnood? Indien er hulpverleners rond een overlegtafel zouden zitten die slechts bij enkele personen met een zorgnood betrokken zijn, mogen ze geen informatie ontvangen over de personen met een zorgnood voor wie ze geen zorgopdracht hebben.
3. Zijn de leden van het netwerk gebonden aan het beroepsgeheim? Werden niet-professionele mantelzorgers, die geen beroepsgeheim hebben, duidelijk gewezen op hun geheimhoudingsplicht? Of werden die mantelzorgers door de persoon met een zorgnood aangewezen als vertrouwenspersoon en/of vertegenwoordiger, conform de wet patiëntenrechten?
4. Werd de persoon met een zorgnood voldoende ingelicht over het belang en de gevolgen van het uitwisselen van informatie onder de leden van het netwerk? Heeft de persoon met een zorgnood daartoe zijn toestemming gegeven?
5. Passen de zorgverleners bij de besprekingen en het opstellen van verslagen de relevantiefilter toe? Beperken ze de verslagen tot de relevante informatie zonder de plezante informatie?

Als zorg- of hulpverlener is het niet evident om in te schatten welke gegevens wel of niet besproken worden tijdens een multidisciplinair overleg. Om hieraan richting te geven kan men de relevantiefilter toepassen. Deze filter is ontstaan vanuit de geestelijke gezondheidszorg maar is ook toepasbaar in thuiszorgsituaties.

Op een multidisciplinair overleg kan delicate informatie besproken worden. Het is daarom niet altijd aan te raden om alle informatie in het verslag neer te schrijven.



### Relevantiefilter principe van zorgvuldigheid

#### Waarom?

Met welk doel wordt de informatie meegedeeld?

#### Wie?

Is de informatieontvanger voldoende betrokken?

Kan de informatieontvanger de informatie verwerken?

Wie is de meest geschikte informatieverstrekker?

#### Wat?

Is de informatie relevant?

Is de hoeveelheid informatie gepast?

Is de informatie gegrond en betrouwbaar? Nice to know ≠ Need to know

#### Hoe?

Wordt de informatie vertrouwelijk meegedeeld?

Wat zijn de gunstigste omstandigheden om informatie mee te delen?

Kan de gebruiker betrokken worden bij het meedelen van de informatie?

Indien er andere dan de betrokken zorg- en hulpverleners aanwezig zullen zijn op het multidisciplinair overleg, wordt eerst toestemming gevraagd aan de persoon met een zorgnood of aan zijn/haar vertegenwoordiger bv. wanneer een maatschappelijk werker van het ziekenfonds bijkomend wordt ingeschakeld voor het onderzoeken van de rechten op tegemoetkomingen.

De organisator van het multidisciplinair overleg is geen betrokken zorg- of hulpverlener. Daarom moet deze aan de persoon met een zorgnood en/of zijn/haar vertegenwoordiger toestemming vragen om aanwezig te zijn op het multidisciplinair overleg om het overleg te kunnen organiseren en leiden.

## 4.7 Overbelasting van de mantelzorg

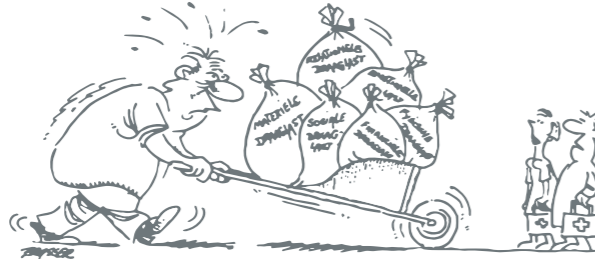
Indien er een mantelzorg is, is het net zoals bij de persoon met een zorgnood aan te raden om de mantelzorg/familie voldoende te betrekken bij het multidisciplinair overleg.

De mantelzorg neemt vaak een groot deel van de zorg op zich en dit kan leiden tot overbelasting. Het multidisciplinair overleg is de uitgelezen kans om over moeilijkheden te ventileren en deze indien nodig aan te pakken.

Overbelasting van de mantelzorg is een aandachtspunt binnen de zorg- en hulpverlening.

De draaglasten van de mantelzorg:

- Relationale draaglasten: De relatie met de zorgbehoevende in combinatie met andere gezinsleden.
- Materiële draaglasten: Onaangepaste woning, te kort aan hulpmiddelen,..
- Emotionele draaglasten: Schuldgevoelens, onzekerheid en angst voor toekomst, ...
- Financiële draaglasten: Directe kosten en indirecte kosten.
- Fysieke draaglasten: Heffen, tillen, vermoeidheid door nachtwaken,..
- Sociale draaglasten: Verwateren van sociale contacten



Draaglast en draagkracht moeten zoveel mogelijk in evenwicht zijn. Om dit te kunnen behouden moet soms de draagkracht versterkt worden en de draaglast verminderd. Indien de draagkracht versterkt wordt, wordt de beleving van de mantelzorg aangepast. De draaglast kan verminderd worden door de situatie te veranderen en het probleem aan te pakken. De mantelzorg geeft vaak zelf niet aan dat de belasting te zwaar is. De objectieve belasting is vaak zwaarder dan de subjectieve belasting van de mantelzorg.

Een signaal van overbelasting is vermijdingsgedrag. De mantelzorg trekt zich minder aan van de situatie, maar dit leidt enkel tot meer stress omdat de situatie niet aangepakt wordt.

Het is zeer belangrijk dat er tijdig extra hulp ingeschakeld wordt zodat de zorg draagbaar blijft. Een mantelzorg kan bang zijn om zijn privacy te verliezen en kan hierdoor geen of onvoldoende stappen naar zorg- en hulpverlening zetten. Toon hiervoor als zorg- of hulpverlener begrip en duid de voordelen van het inschakelen van professionele hulp. Het stapsgewijs duiden van deze mogelijkheden kan tot een mogelijke oplossing leiden.

**Pas op** want vaak is de belasting van de mantelzorg hoger wanneer er veel zorg- en hulpverleners betrokken worden in de situatie omdat er dan weinig aandacht naar de omgeving gaat.

**Gouden regels voor mantelzorgers:**

- draag goed zorg voor je eigen fysieke toestand;
- zorg voor genoeg ontspanning;
- vraag tijdig informatie en ondersteuning;
- (h)erken tijdig dat je stress hebt.

## CASUS

*“De gebruiker weet goed wat hij wil, maar kan zich door de gevolgen van een beroerte niet goed meer uitdrukken. Hij probeert zich verstaanbaar te maken via gebaren, maar dit lukt moeilijk en vraagt veel tijd. Enkele hulpverleners hebben tijdens het overleg niet het geduld om te wachten en doen suggesties in zijn plaats, wat frustrerend is voor de gebruiker.”*

**Aandachtspunten:**

- Hou het aantal deelnemers, indien mogelijk, zo beperkt mogelijk. Indien de gebruiker bijvoorbeeld meerdere kinderen heeft, bevraag de gebruiker wie hij op het overleg wil.
- Bereid het overleg goed voor met de gebruiker. Vraag hem duidelijk zijn mening en zorg er tijdens het overleg voor dat iemand die mening ook verkondigt, eventueel een andere hulpverlener. In deze casus is de logopedist de meest aangewezen persoon.
- Treed krachtig op als hulpverleners door elkaar praten, zodat slechts één persoon per keer zijn mening geeft. Dit houdt het overzichtelijk voor iedereen, ook voor de gebruiker zelf.
- De plaats van de hulpverleners is ook belangrijk. Zorg dat naast de gebruiker een hulpverlener zit die mandaat, een vertrouwensrelatie, heeft.

## 4.8 Ontspoorde zorg

Ontspoorde zorg wordt omschreven als niet-intentionele verwaarlozing. Hierbij schiet de zorgverlener of mantelzorg tekort in het voorzien in de basisbehoeften van de oudere. Dit tekortschieten is vaak te wijten aan onvoldoende besef van de behoeften van de oudere of door de beperkingen van de zorgverlener/mantelzorg zelf. Vaak hangt ontspoorde zorg samen met overbelasting van de mantelzorg. Deze gaat over zijn/haar eigen grenzen (start met goede bedoelingen, maar zorg blijkt zwaarder dan aanvaardbaar gedacht); mensen hebben soms foutieve opvattingen: “als goede dochter ben ik verplicht voor mijn moeder te zorgen/ moeder wil niemand anders dan ik ...”

#### Handvaten bij de aanpak van ontspoorde zorg:

- Bij de aanpak van ontspoorde zorg is het belangrijk om aandacht te besteden aan alle personen binnen het systeem. Zowel pleger, slachtoffer en context zijn heel belangrijk.
- Geef voldoende erkenning aan de mantelzorger of zorg- of hulpverlener.
- Besteedt aandacht aan de dingen die wel goed lopen. Vertrek vanuit de aanwezige sterktes in de situatie en bij de mantelzorger. Dit is heel belangrijk voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de mantelzorger.
- Breng duidelijk in kaart welke hulpverlening gewenst is en haalbaar is. Belangrijk hierbij is dat het tempo van het systeem wordt gerespecteerd. Kleine stapjes voor zorg- en hulpverleners zijn vaak enorme sprongen voor de context.
- Vermijd ten allen tijde een aanvallende en veroordelende houding t.o.v. mantelzorger.

De strategie bij uitstek is de mantelzorger actief betrekken bij het hulpverleningsproces. VLOCO kan altijd gecontacteerd worden voor verder advies of ondersteuning (078/15.15.70).

## 4.9 Meer dan enkel organiseren van multidisciplinair overleg

De organisatie van een multidisciplinair overleg is een overlegmethodiek die ingezet wordt bij zorgsituaties van zwaar zorgbehoevende personen met een zorgnood en wanneer er meerdere zorg- en hulpverleners betrokken zijn of worden bij de situatie. De rol van een overlegcoördinator beperkt zich niet tot de louter administratieve aspecten. Daarom vereist deze rol bepaalde competenties. Hierna volgen een aantal van de belangrijkste competenties die een overlegcoördinator thuisgezondheidszorg nodig heeft. Het functieprofiel (zie verder in dit draaiboek) geeft een volledig overzicht.

#### Competenties

De overlegmethodiek vraagt van de overlegcoördinator thuisgezondheidszorg **casemanagement**. De overlegcoördinator thuisgezondheidszorg organiseert een samenhangend hulppakket afhankelijk van de hulpvraag van de persoon met een zorgnood. Het coördineren, afstemmen, timen van de zorg dat de continuïteit van de zorg/hulp garandeert.

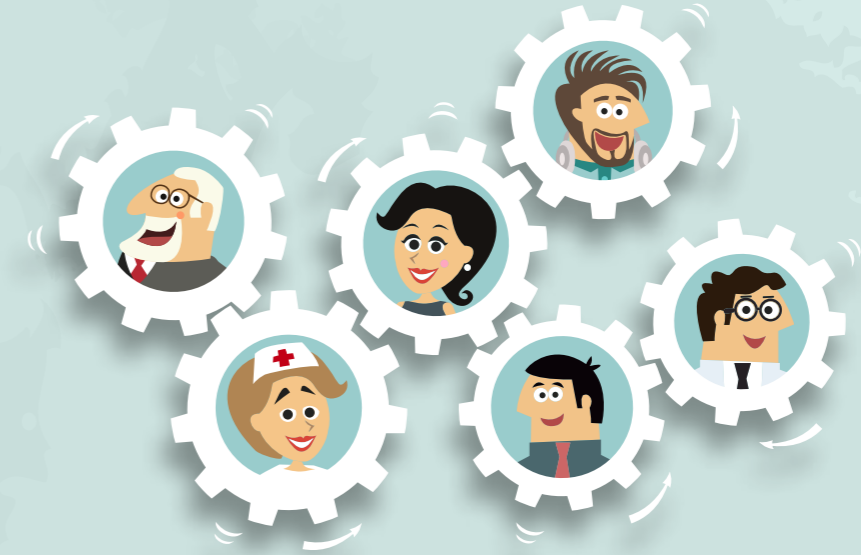
Als overlegcoördinator thuisgezondheidszorg dien je in sommige situaties te bemiddelen. Soms is het nodig om **probleemoplossend** op te treden. Als overlegcoördinator thuisgezondheidszorg heb je geen beslissingsbevoegdheid maar je ondersteunt de betrokken partijen om te komen tot een compromis. Maar pas op, het is niet de bedoeling om eindeloos te discussiëren en te onderhandelen over een bepaalde moeilijkheid. Het is belangrijk om duidelijk en kort te zijn in je boodschappen zodat ze niet voor interpretatie vatbaar zijn en zodat de confrontatie wordt aangegaan.

De overlegcoördinator thuisgezondheidszorg heeft een **neutrale** positie en die positie mag tijdens het multidisciplinair overleg benadrukt worden. Je informeert de persoon met een zorgnood over het volledige thuiszorgaanbod in de regio. Hiervoor kan ook verwezen worden naar de sociale kaart. De betrokken zorg- en hulpverleners hebben de verantwoordelijkheid om oog te hebben voor de best aangepaste zorg voor de persoon met een zorgnood en zijn/haar mantelzorger.





## 5. Na een multidisciplinair overleg



### 5.1 Verwerken en administratieve afronding van het multidisciplinair overleg

#### Inhoudelijke verwerking en afronding

Tijdens het multidisciplinair overleg worden notities gemaakt, op basis waarvan zo snel mogelijk na het multidisciplinair overleg een verslag wordt gemaakt. Het verslag wordt gemaakt op basis van het need-to-know principe met andere woorden het verslag bevat enkel de informatie die noodzakelijk is om te weten in het kader van de zorg.

Het verslag bevat:

- overzicht aanwezigen;
- beschrijving van het doel;
- gemaakte afspraken: wie doet wat.

Dit verslag wordt aan de verschillende betrokken zorg- en hulpverleners bezorgd en ook aan de persoon met een zorgnood en zijn/haar familie. De essentiële afspraken die gemaakt werden tijdens het multidisciplinair overleg maken deel uit van het verslag en/of de taakafspraken.

Het overzicht van de taakafspraken of de taken beschreven in het verslag worden toegevoegd aan het papieren zorgplan, samen met de lijst van de betrokken zorg- en hulpverlener en het communicatieschriftje. Op die manier kunnen de afspraken ook bij de persoon met een zorgnood thuis nagelezen worden. Het papieren zorgplan wordt aan de persoon met een zorgnood bezorgd. De manier waarop dit aan de persoon met een zorgnood bezorgd wordt, wordt afgesproken tijdens het multidisciplinair overleg. Ook in het e-zorgplan is het toevoegen van de taakafspraken of het verslag verplicht.

Tijdens het verwerken van het overleg bepaalt de overlegcoördinator thuisgezondheidszorg de toegang tot de communicatietool voor de betrokken zorg- en hulpverleners. De werkwijze wordt verder uitgelegd in de handleiding voor het e-zorgplan.

Bij voorkeur wordt voor het bezorgen van het verslag gewerkt via het e-zorgplan en de communicatietool omdat dit een beschermde omgeving is. Indien het verslag toch via mail verstuurd wordt gelden volgende richtlijnen:

- enkel in BCC naar een gepersonaliseerd mailadres;
- met vermelding:
  - 'Opgelet: druk deze email niet af. De email bevat vertrouwelijke informatie die enkel voor de geadresseerde is bedoeld'. Of
  - 'Dit e-mail bericht en alle documenten die ermee verzonden worden, zijn vertrouwelijk en uitsluitend bestemd voor gebruik door de persoon of de onderneming waaraan ze geadresseerd zijn. Indien deze e-mail verkeerdelijk bij u terechtkomt, gelieve de afzender te verwittigen en deze bestanden van uw computer te verwijderen'.

Voor een overleg voor personen met een psychiatrische problematiek (PSY MDO) worden een aantal bijkomende items gevraagd voor de verslaggeving (**begeleidingsplan**). Het overzicht van de taakafspraken maakt hier o.a. deel van uit. (meer uitleg zie hoofdstuk 7: Het overleg voor psychiatrische patiënten)

#### Administratieve afronding

De overlegcoördinator thuisgezondheidszorg heeft de taak om het multidisciplinair overleg binnen drie weken na het overleg administratief af te ronden via het e-zorgplan. De nodige documenten voor vergoedbaar overleg worden binnen één week na het afronden van het overleg aan het bevoegde SEL bezorgd voor het verkrijgen van de vergoeding voor de deelnemers. Hierover meer in het volgende hoofdstuk.

Op die manier kan het vergoedbaar overleg uitbetaald worden op de laatste dag van de maand erna. Let wel: niet elk multidisciplinair overleg geeft recht op een GDT-vergoeding voor de deelnemers. Slechts 1 keer per jaar kunnen de deelnemers aan een multidisciplinair overleg vergoed worden.

## 5.2 Het opvolgen van een zorgsituatie

De afspraken die tijdens het multidisciplinair overleg gemaakt zijn, zouden ook moeten nageleefd worden. De zorgbemiddelaar/referentiepersoon volgt in samenspraak met de overlegcoördinator TGZ op of de afspraken nagekomen worden. Als er bepaalde afspraken niet nageleefd worden, moet onderzocht worden waarom dit niet gebeurde, bv. door contact op te nemen met één of meerdere van de betrokken zorg- en hulpverleners. Hierbij kan worden nagegaan of de verleende diensten aansluiten bij de behoeften van de persoon met een zorgnood en of de continuïteit gegarandeerd wordt.

Een andere mogelijkheid is dat de zorg- en hulpverleners zelf een signaal geven dat de zorg/hulp niet loopt zoals afgesproken.

Indien na contact met de zorg- en hulpverleners de gemaakte afspraken nog altijd niet opgevolgd worden of hun doel niet bereiken, kan het nodig zijn om een opvolgoverleg te plannen. Ook kan er tijdens het multidisciplinair overleg al afgesproken worden wanneer een opvolgoverleg plaatsvindt bv. na een maand. Op dit opvolgoverleg wordt de periode tussen het vorige en het huidig overleg overlopen.

Dit kan aan de hand van volgende vragen:

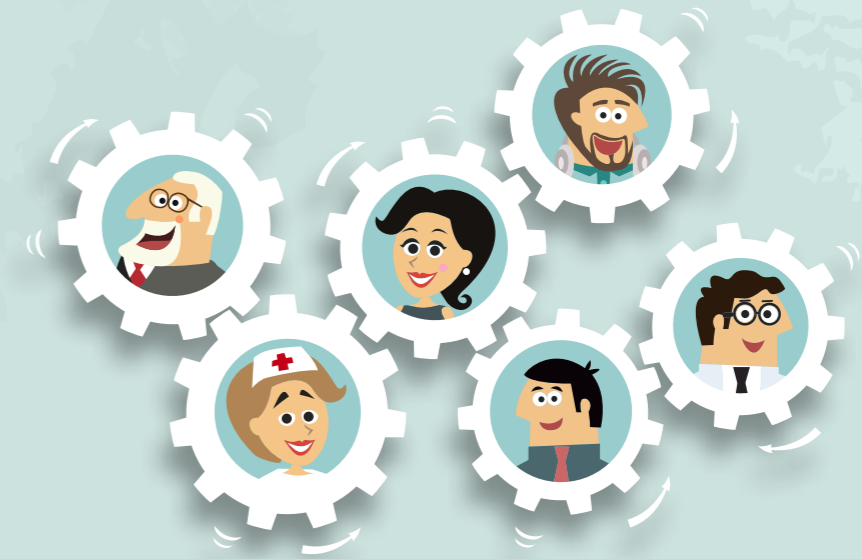
- Hoe verliep de periode?
- Welke afspraken werden wel en welke werden niet gerealiseerd?
- Zijn de gemaakte afspraken haalbaar voor iedereen? Waarom wel of niet?

Op basis van de aangebrachte informatie worden bestaande afspraken aangepast of nieuwe afspraken gemaakt.

Een evaluatie van de thuiszorgsituatie (telefonisch, bureelbezoek...) of het plannen van een opvolgoverleg moeten ook in het e-zorgplan ingegeven worden.

Alle betrokken zorg- en hulpverleners die toegang hebben gekregen tot het e-zorgplan van een persoon met een zorgnood, kunnen net als de overlegcoördinator TGZ een evaluatie ingeven. Een (opvolg-)overleg daarentegen kan enkel door de overlegcoördinator TGZ ingegeven worden in het e-zorgplan.

## 6. Zorgplannen en vergoedbaarheid



Bij het opstellen van een zorgplan worden de gegevens van de persoon met een zorgnood door de zorg- en hulpverleners, de zorgbemiddelaar en de overlegcoördinator TGZ met de nodige discretie behandeld, met inachtneming van het beroepsgeheim, de wet op de patiëntenrechten en de wet op de privacy.

- Beroepsgeheim: <http://www.belgium.be/nl/justitie/privacy/beroepsgeheim/>

- Wet op patiëntenrechten: <http://www.health.belgium.be/nl?fodnlang=nl>

- Wet op privacy: <http://www.privacycommission.be/nl/de-privacywet>

### 6.1 Het zorgplan

Een zorgplan bestaat uit een papieren versie van het zorgplan en het communicatieschriftje.



LISTEL vzw voorziet voor SEL Genk en SEL Hasselt een e-zorgplan waarin alle vereiste documenten kunnen gevonden worden. Het e-zorgplan laat een administratieve vereenvoudiging toe. De betrokken zorg- en hulpverleners bij een persoon met een zorgnood kunnen ook onderling communiceren binnen een zorgplan d.m.v. de elektronische brievenbus. Meer informatie hierover kan teruggevonden worden in de handleiding in verband met het e-zorgplan.

Ieder zorgplan en het eraan verbonden multidisciplinair overleg moeten in het e-zorgplan ingegeven worden.

#### Het papieren zorgplan

Het papieren zorgplan wordt via het e-zorgplan afgedrukt en bij de persoon met een zorgnood thuis bewaard. Het papieren zorgplan bevat het voorblad van het zorgplan waarop de gegevens van de betrokken zorg- en hulpverleners staan. Dit document moet door de betrokken zorg- en hulpverleners ondertekend worden. Ook de taakafspraken worden in het zorgplan bewaard samen met het overzicht van de betrokken zorg- en hulpverleners met alle contactgegevens.

Daarenboven kunnen ook andere documenten hierin bewaard worden:

- Medicatiefiche
- Thuiszorgfiche
- ...



### Het communicatieschriftje

Het communicatieschriftje is een instrument dat gebruikt wordt bij een complexe zorgsituatie of bij een zorgsituatie waar geen mantelzorg aanwezig is. Het is een communicatiemiddel voor de betrokken zorg- en hulpverleners. Zij kunnen boodschappen nalaten in dit schriftje zodat andere betrokkenen in de situatie ook op de hoogte blijven.

Dit communicatieschriftje wordt samen met een papieren versie van het zorgplan bij de persoon met een zorgnood thuis bewaard.

## 6.2 Vergoedbaarheid multidisciplinair overleg

### Vergoeding deelnemers multidisciplinair overleg

- **Zorgplan voor patiënten met verminderde fysieke zelfredzaamheid**

De deelnemers aan het multidisciplinair overleg kunnen vergoed worden door het RIZIV onder bepaalde voorwaarden. De vergoeding bedraagt €49,09 als het overleg bij de persoon met een zorgnood thuis plaatsvindt of €36,82 wanneer het overleg elders plaatsvindt. Het multidisciplinair overleg kan slechts éénmaal per jaar vergoed worden.

Het multidisciplinair overleg moet aan volgende voorwaarden voldoen:

- Er zijn minstens 3 verschillende disciplines aanwezig waaronder minstens:
  - de huisarts;
  - de verpleegkundige, als de patiënt thuisverpleging ontvangt;
  - een andere zorg- of hulpverlener.
- De persoon met een zorgnood of mantelzorger is aanwezig tenzij de persoon met een zorgnood verklaart dat zijn aanwezigheid of de aanwezigheid van zijn vertegenwoordiger niet vereist is.
- De persoon met een zorgnood verblijft thuis of is opgenomen in een instelling waarbij de terugkeer naar het thuismilieu gepland is binnen de acht dagen. Er wordt hierbij verondersteld dat de persoon met een zorgnood nog ten minste 1 maand zal thuis blijven met verminderde fysieke zelfredzaamheid. Dit wordt aangetoond door de verklaring van de huisarts.
- De persoon met een zorgnood of zijn vertegenwoordiger stemt in met de evaluatie tijdens het overleg en met de betrokken deelnemers aan het overleg.
- De zelfredzaamheid van de persoon met een zorgnood wordt geëvalueerd met de KATZ- score + evaluatie-instrument.

Volgende documenten zijn elektronisch beschikbaar via het e-zorgplan:

- zorgplan;
- katz- score;
- evaluatie- instrument;
- thuiszorgfiche.

Volgende documenten moeten aan LISTEL<sup>2</sup> opgestuurd worden binnen 4 weken (3 weken om af te ronden + 1 week om op te sturen) nadat het multidisciplinair overleg heeft plaatsgevonden:

- vergoedbaar overleg – bijlage 64;
- verklaring huisarts;
- verklaring bankrekeningnummers;
- verklaring organisator.

- **Zorgplan voor patiënten met verminderde psychische zelfredzaamheid**

Dit soort overleg is enkel vergoedbaar voor de organisator onder bepaalde voorwaarden (zie vergoeding organisator p24). Enkel de verklaring organisator moet opgestuurd worden t.a.v. LISTEL.

- **Zorgplan voor PVS- patiënten**

Een PVS-patiënt is de persoon die ten gevolge van een acute hersenbeschadiging (bv. ernstige schedeltrauma, hartstilstand, aderbloeding, ...) gevolgd door een coma, waarbij de ontwaaktechnieken de situatie niet hebben kunnen verbeteren, een volgende status behoudt:

- een persisterende neurovegetatieve status ofwel
- een minimaal responsieve status (MRS), die verschilt van de neurovegetatieve status, omdat de patiënt zich in een bepaald opzicht van zichzelf en de omgeving bewust is.

De vergoeding voor de deelnemers van het overleg is dezelfde als bij een patiënt met fysieke verminderde zelfredzaamheid. Per patiënt kan dit overleg 4 keer per jaar vergoed worden.

Ook hier moet het multidisciplinair overleg voldoen aan bepaalde voorwaarden. Deze voorwaarden komen grotendeels overeen met de voorwaarden van een zorgplan voor patiënten met een fysieke verminderde zelfredzaamheid.

Volgende voorwaarden verschillen:

- Er moeten ten minste 3 disciplines deelnemen aan het overleg en een zorgverlener van het deskundige ziekenhuiscentrum:
  - de huisarts;
  - de verpleegkundige;
  - een andere zorg- of hulpverlener;
  - een mantelzorger van de persoon met een zorgnood (krijgt geen vergoeding);
  - een zorgverlener van het ziekenhuiscentrum (krijgt geen vergoeding).
- Het zorgplan betreft de terugkeer en/of handhaving van de PVS- patiënten in de thuisomgeving.

Volgende documenten moeten opgestuurd worden aan LISTEL:

- vergoedbaar overleg – bijlage 69;
- verklaring huisarts;
- verklaring bankrekeningnummers;
- medische kennisgeving opgemaakt door de verantwoordelijke arts van het deskundig ziekenhuiscentrum;
- verklaring organisator.

### Vergoeding voor de organisator van het multidisciplinair overleg

Voor het organiseren en coördineren van het multidisciplinair overleg dat voldoet aan bepaalde kwaliteitscriteria zal het bevoegde SEL een vergoeding aan de overlegcoördinator thuisgezondheidszorg uitbetalen. De vergoeding bedraagt €98,18 per overleg bij de opstart van een zorgplan. Bij een opvolgoverleg binnen een bestaand zorgplan wordt een vergoeding van €49,09<sup>2</sup> voorzien.

Deze vergoedingen worden betaald met SEL-middelen. Daarom kunnen de voorwaarden per SEL verschillen.

Het multidisciplinair overleg moet voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Aanwezigheid en handtekening van de huisarts is verplicht.
- De verpleegkundige moet aanwezig zijn (indien er thuisverpleging is).
- In totaal zijn er minimum 3 zorgverleners met RIZIV-nummer aanwezig. (Alle hulpverleners vallen onder het RIZIV-nummer van het bevoegde SEL)
- De persoon met een zorgnood verblijft thuis of in een instelling en de terugkeer wordt binnen 8 dagen gepland. Er wordt verondersteld dat de persoon met een zorgnood nog minstens één maand thuis zal blijven met een verminderde fysieke of psychische zelfredzaamheid.
- De persoon met een zorgnood of zijn vertegenwoordiger stemmen in met de evaluatie tijdens het overleg en met de betrokken deelnemers aan het overleg.
- De persoon met een zorgnood of de door hem/haar aangeduide mantelzorger is aanwezig op het overleg, tenzij de persoon met een zorgnood verklaart dat zijn aanwezigheid of die van zijn mantelzorger niet vereist is.
- De zelfredzaamheid van de persoon met een zorgnood wordt geëvalueerd met KATZ-score + evaluatie-instrument.

Om de vergoeding te ontvangen bezorgt de overlegcoördinator thuisgezondheidszorg binnen 4 weken (3 weken om af te ronden en 1 week om op te sturen) na het multidisciplinair overleg de verklaring organisator overleg aan het bevoegde SEL, samen met alle andere gevraagde documenten in verband met het multidisciplinair overleg, volledig ingevuld en ondertekend.

## 7. Het zorgoverleg voor psychiatrische patiënten (PSY MDO)



Bij het opstellen van een begeleidingsplan worden de patiëntgegevens door de zorg- en hulpverleners, de referentiepersoon en de organisator met de nodige discretie behandeld, met inachtneming van het beroepsgeheim, de wet op de patiëntenrechten en de wet op de privacy.

### 7.1 Het begeleidingsplan

Het begeleidingsplan bevat:

- de identificatiegegevens van de patiënt;
- de contactgegevens van de betrokken zorg- en hulpverleners en de mantelzorgers;
- datum overlegmoment;
- aanwezigen tijdens het overleg;
- locatie overleg (bij persoon met een zorgnood thuis of elders);
- datum volgende overleg;
- identificatiegegevens referentiepersoon;
- identificatiegegevens organisator;
- doelgroep patiënt waarmee aangetoond wordt dat de patiënt aan de voorwaarden voldoet;
- een crisisplan (wat te doen in geval van een crisis?).

Het begeleidingsplan beschrijft:

- in algemene termen gegevens die van belang kunnen zijn voor de verdere zorg- en hulpverlening;
- de algemene doelstellingen en de taakafspraken om deze doelstellingen te bereiken;
- per episode van zorg de taakafspraken, de zorgactiviteiten en de verantwoordelijkheden van de betrokken zorg- en hulpverleners, de patiënt en zijn omgeving.

De patiënt en zijn familie beschikken over een lijst met contactgegevens van de zorg- en hulpverleners, de bereikbaarheid van deze personen en wie gecontacteerd moet worden bij dringende opname in een ziekenhuis (= deel van het crisisplan).

## 7.1 Vergoedbaarheid multidisciplinair overleg voor een psychiatrische persoon met een zorgnood

Voor de vergoeding van deelnemers, de referentiepersoon en de organisator van het overleg moet aan een aantal voorwaarden voldaan worden.

### Vergoeding deelnemers multidisciplinair overleg

#### Voorwaarden doelgroep

Patiënten met een psychiatrische problematiek waarvoor een hoofddiagnose is gesteld op basis van de groepen van pathologieën uit DSM IV TR of DSM V of ICD 10 CM, die van herhalende of potentieel herhalende aard is en die als ernstig wordt beschouwd gezien de intensiteit en/of frequentie van de symptomen of/en de aanwezigheid van comorbiditeit.

Voor de hoofddiagnose worden volgende pathologieën uitgesloten:

- dementie;
- andere cognitieve stoornissen van medische vasculaire of traumatische oorsprong;
- epilepsie;
- mentale retardatie;
- neurologische stoornis.

Indien er sprake is van comorbiditeit (een bijkomende psychiatrische stoornis), worden voor de bijkomende diagnose geen pathologieën uitgesloten.

Er moeten minstens drie zorg- of hulpverleners beslissen dat er een begeleidingsplan wordt opgesteld, waarvoor de duurtijd minstens 12 maanden bedraagt.

Er is voorafgaand contact met de geestelijke gezondheidszorg nl.:

- Opname gedurende minstens 14 dagen in een psychiatrisch ziekenhuis, PAAZ of K-dienst, uiterlijk één jaar geleden.
- Opname gedurende minstens 14 dagen in een andere ziekenhuisdienst waar een psychiater in consult is bijgeroepen, uiterlijk één jaar geleden. Eén van de volgende nomenclatuurnummers werd hier voor aangerekend: 599443, 599465, 596562, 596584.
- Tenlasteneming gedurende minstens 14 dagen door een mobiele equipe in het kader van 'Artikel 107', uiterlijk één jaar geleden.
- Tenlasteneming van minstens 14 dagen door een team PZT vanuit een initiatief beschut wonen.
- Tenlasteneming van minstens 1 jaar door psychiater of CGG.
- Tenlasteneming op een andere ziekenhuisdienst dan hierboven vermeld, waarbij een psychiater in consult werd bijgeroepen.

Specifieke mogelijkheden voor kinderen en jongeren:

- Tenlasteneming gedurende minstens 14 dagen door een project Outreach voor kinderen en jongeren, gefinancierd door de FOD Volksgezondheid, uiterlijk één jaar geleden.
- Een begeleiding van minstens 6 maanden in een centrum voor geestelijke gezondheidszorg of door een kinderpsychiater, uiterlijk één jaar geleden of aanmelding door politie, parket of jeugdrechter uiterlijk één maand geleden.
- Aanmelding door politie, parket of jeugdrechter uiterlijk één maand geleden.

Voor **volwassenen en of ouderen** heeft de patiënt een verlies van bepaalde vaardigheden of beschikt slechts over beperkte vaardigheden in minstens drie van volgende domeinen:

- de basisautonomie;
- de woonautonomie;
- de autonomie binnen de gemeenschap;
- taal en communicatie;
- maatschappelijke aanpassing;
- werk;
- schoolse kennis;
- motoriek;
- aangepast persoonlijk gedrag.

Voor **kinderen en jongeren** is er een verlies van of beperkte vaardigheden in minstens drie van volgende domeinen:

- basisautonomie;
- autonomie binnen de gemeenschap;
- taal en communicatie;
- functioneren in het gezin of gezinsvervangende contact;
- sociale aansluiting;
- school;
- motoriek;
- aangepast persoonlijk gedrag.

#### Voorwaarden waaraan het overleg moet voldoen

- Een tweede overleg dient gepland te zijn binnen de 12 maanden na het eerste overleg.
- Er zijn minstens drie verschillende types (organisaties) van zorg- en hulpverleners aanwezig
  - waarvan minstens één uit de eerstelijnsgezondheidszorg (een huisarts, een thuisverpleegkundige, een kinesitherapeut, een logopedist, een vroedvrouw, een ergotherapeut, klinisch psycholoog, een orthopedagoog, een apotheker of een maatschappelijk werker) en
  - één uit de geestelijke gezondheidszorg (psychiatrische ziekenhuis, PAAZ, PVT, BW, CGG, psychiatrische thuiszorg, mobiele equipe art.107, zelfst. psychiater of kinderpsychiater)
- De huisarts moet uitgenodigd zijn voor het overleg.

### Voorwaarden vergoeding deelnemers

Het overleg wordt vergoed als:

- de voorwaarden voor doelgroep voldaan zijn;
- het begeleidingsplan wordt opgemaakt en opgevolgd;
- er drie verschillende types zorg- en hulpverleners aanwezig zijn waarvan één uit eerstelijns en één uit GGZ;
- in het begeleidingsplan worden minstens drie taakafspraken beschreven;
- een tweede overleg dient gepland te zijn binnen 12 maanden na het eerste overleg.

Indien het overleg bij de persoon met een zorgnood aan huis plaatsvindt: €49,09. Indien het overleg elders plaatsvindt krijgen zorg- en hulpverleners €36,82. Maximum 3 overleggen per jaar worden vergoed. Voor kinderen en jongeren kunnen maximum 5 overleggen per jaar vergoed worden.

### **Vergoeding referentiepersoon**

De rol van referentiepersoon kan opgenomen worden door gezondheidszorgbeoefenaars, door klinisch psychologen, maatschappelijk werkers of orthopedagogen. Voor kinderen en jongeren kan de referentiepersoon ook een personeelslid zijn van erkende diensten en instellingen die professioneel hulp verlenen (bv. CLB, jeugdrechtbank).

De referentiepersoon kan wijzigen doorheen het zorgproces.

De tegemoetkoming voor de referentiepersoon bedraagt €102,82 per overleg (met een maximum van drie overlegmomenten per jaar of bij kinderen en jongeren vijf overlegmomenten per jaar).

De referentiepersoon is belast met volgende taken:

- Het opstellen van het begeleidingsplan met ondersteuning van de organisator.
- Het bezorgen van een exemplaar van het begeleidingsplan aan de patiënt, om thuis te bewaren.
- Verzekeren van coördinatie omtrent uitvoering en bijsturing van het begeleidingsplan.
- Aanspreekpersoon zijn voor de patiënt en zijn familie enerzijds maar ook voor de betrokken zorg- en hulpverleners.
- Optreden als partners zich niet aan de afspraken houden.
- Initiatief nemen tot tussentijds overleg.
- Regelen van continuïteit tijdens avond, weekend en verlof.

Indien de referentiepersoon werkzaam is in een ziekenhuis dat actief betrokken is in een project in het kader van artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen, kan deze vergoeding niet aangerekend worden en krijgt deze persoon enkel de vergoeding voor deelname aan het overleg (via de pot).

### **Vergoeding voor de organisator van het multidisciplinair overleg**

Voor het organiseren en coördineren van het multidisciplinair overleg voor psychiatrische patiënten krijgt de organisator een vergoeding indien aan de voorwaarden van het overleg is voldaan. De vergoeding voor de organisatie van het overleg bedraagt €223,2 voor een opstartoverleg en €150,62 voor een opvolgoverleg. Max. 3 overlegmomenten per jaar voor volwassenen en 5 voor kinderen en jongeren zijn vergoedbaar.

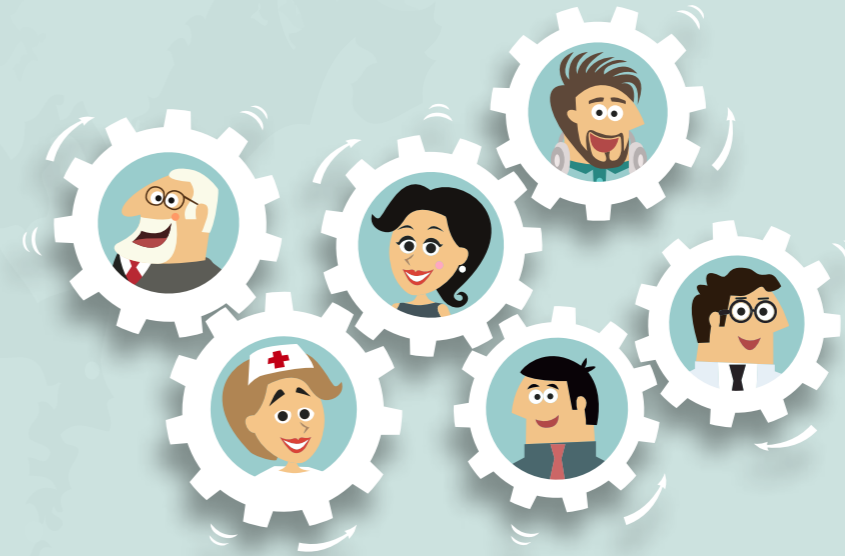
De organisator is belast met volgende taken:

- uitklaren van de zorgvraag;
- kennis hebben (en delen) van de sociale kaart van de eerstelijnsgezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg;

- inventariseren van alle bij de zorg voor de patiënt betrokken zorg- en hulpverleners;
- plannen van multidisciplinair overleg en maken van afspraken;
- coördineren van het gesprek;
- formuleren van conclusies in concrete afspraken;
- opmaak begeleidingsplan met ondersteuning van de referentiepersoon;
- ontvangen van begeleidingsplan van referentiepersoon en overmaken aan de huisarts.

Administratieve opvolging t.a.v. LISTEL.

## 8. Werkinstrumenten



WI 1: Checklist vergoedbaar MDO

WI 2: Checklist PSY MDO

WI 3: Aanvraagformulier multidisciplinair overleg

WI 4: Verslag zorgoverleg



# WI 1: Checklist vergoedbaar MDO

CONTROLE documenten:

- 1. Deelnemers**
  - Deelnemers papieren dossier = aanwezig e-zorgplan?
  - Bij NIEUWE deelnemer 'Voorpagina zorgplan' getekend, gekopieerd, en het origineel in het kftje aan huis bij patiënt gestoken?
- 2. Bijlage 64**
  - Correct ingevuld? (met juiste organisaties van de deelnemers en toewijzing aan afdeling in plaats van de hoofdzetel?)
  - Correct getekend in puntje 2. en puntje 3. door patiënt of vertegenwoordiger?
- 3. Verklaring huisarts** getekend en ingevuld door de huisarts?
- 4. Verklaring organisator** getekend en datum aanvraag overleg ingevuld?
- 5. Verklaring bankrekeningnummers** getekend en gecontroleerd (indien van toepassing)?
- 6. Login-aanvragen** correct en met een persoonlijk emailadres ingevuld? Weigeringen in de deelnemersdatabase aangepast?

JA op alles?

7. Is het overleg afgerond?
8. Heb ik van alles een kopie voor mezelf gemaakt?

**DAN ENKEL** *onderlijnde en cursieve documenten* OPSTUREN naar

LISTEL vzw tav Anick Noben  
A. Rodenbachstraat 29/1  
3500 Hasselt

# WI 2: Checklist vergoedbaar PSY MDO

CONTROLE documenten:

- 1. Verklaring arts** (bijlage 2) getekend en ingevuld door de arts? (enkel bij opstartoverleg)
- 2. Bijlage 1 (deel1) Verklaring organisator** (enkel bij opstartoverleg)
- 3. Bijlage 1 (deel2) Verklaring organisator** getekend en goed ingevuld?
- 4. Login-aanvragen** correct en met een persoonlijk emailadres ingevuld? Weigeringen in de deelnemersdatabase aangepast?

JA op alles?

5. Is het overleg afgerond?
6. Heb ik van alles een kopie voor mezelf gemaakt?

**DAN ENKEL** *de onderlijnde en cursieve documenten* OPSTUREN naar

LISTEL vzw tav Anick Noben  
A. Rodenbachstraat 29/1  
3500 Hasselt

# WI 3: Aanvraagformulier multidisciplinair overleg



logo eigen organisatie

## Aanvraagformulier multidisciplinair overleg

Aanvraagdatum:

Aanvrager:

Patiëntgegevens

Rijksregisternr:

Type patiënt

- gewoon
- PVS
- psychiatrisch (zie voorwaarden in bijlage)

Naam

Voornaam

Adres

Postcode

Mutualiteit

Geslacht: M/V

Geboortedatum: ...../...../.....

Burgerlijke staat:

naam partner:

Zorgtraject  diabetes  nierinsufficiëntie  geen zorgtraject

Toestemming ziekenhuis? JA / NEE

Patiënt op de hoogte van de aanvraag? JA / NEE (indien nee: REDEN: )

Patiënt stemt in met het overleg? JA / NEE

Patiënt aanwezig op het overleg? JA / NEE zo ja, wie nodigt de patiënt uit en bereidt hem voor?

Huisarts op de hoogte van het overleg? JA / NEE

Plaats overleg:  bij patiënt  elders: .....

Doel van het overleg:

Situatieschets

*Bv. Welke punten wil patiënt bespreken op overleg? Welk resultaat wordt beoogd? Zijn er punten die de patiënt niet wil bespreken?*

Betrokkenen in de thuiszorg (enkel de ontbrekende gegevens voor e-zorgdlen)

Uitnodigen?	Geschikt vergabermoment	Emailadres	Telefoonnr.	RIZIV-nr	Bankreknr	Functie/organisatie	Voornaam	Naam
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								

- Statuut patiënt: ambulante / opgenomen
- Hoofddiagnose en/of bijkomende diagnose (ICD 10 of DSM IV)
- Minstens 12 maanden nood aan begeleidingsplan = meerdere overleggen nodig
- Toename van de symptomen?
- Sprake van contact met GGZ voordien? In welke zin?
  - Opname in PZ, PAAZ?
  - Mobiel team (ikv art. 107)?
  - Psychiater in consult bij geroepen in ziekenhuis?
  - Begeleiding psychiater of CGG?
  - Ki en Jo: project outreach? Begeleiding CGG? Aanmelding politie of parket? K-dienst?
- Verlies van vaardigheden? Op welke domeinen?

Volwassenen	Kinderen en jongeren
Basisautonomie	Basisautonomie
Woonautonomie	Autonomie binnen gemeenschap
Autonomie binnen gemeenschap	Taal en communicatie
Taal en communicatie	Functioneren in het gezin of in de gezinsvervangende context
Maatschappelijke aanpassing	Sociale aansluiting
Werk	School
Schoolse kennis	Motoriek
Motoriek	Aangepast persoonlijk gedrag
Aangepast persoonlijk gedrag	

## WI 4: Verslag zorgoverleg

### Disclaimer

Dit verslag is een werkdokument dat valt onder het beroepsgeheim. Het kan niet doorgegeven worden aan anderen zonder de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt en de overlegcoördinator thuisgezondheidszorg. Dit document bevat vertrouwelijke informatie die enkel mag gebruikt worden in het kader van de hulpverlening en niet voor juridische doeleinden.



logo eigen organisatie

Vergoedbaar overleg: ja/nee

### Verslag zorgoverleg dag maand jaar

Datum:

Plaats:

Aanwezig:

Verontschuldigd:

Afwezig:

Patiëntgegevens

Zorgteam

Bv. Anja Swinnen, thuisverpleegkundige, 011 81 94 70, anja.swinnen@tel.be

Zorgbemiddelaar

Contactgegevens overlegcoördinator TGZ

Overzicht gemaakte afspraken

Bv. werken met levensdomeinen, opsomming taakafspraken per persoon, ....

Volgende overleg

evaluatie gepland: ja op..... / nee



A.Rodenbachstraat 29 bus 1 - 3500 Hasselt  
Tel. 011/81.94.70  
[www.listel.be](http://www.listel.be)  
[info@listel.be](mailto:info@listel.be)

