



Best Practice Goede verantwoordelijkheidstoedeling bij multidisciplinaire samenwerking

Versie april 2022

1. Uitgangspunten

- Persoonsgerichte zorg
- Procedureafspraken ook in de keten te gebruiken
- Uiteindelijk gaat het om de **outcome**: een SMART zorgplan duidelijk leesbaar voor uitvoerders en cliënt/patient en/of zijn vertegenwoordiger
- Brede ACP vastlegging mogelijk in de keten vanuit breed gezondheidsbegrip volgens Huber: positieve gezondheid in 6 domeinen.
- Pragmatisch, efficiënt en compact (dynamisch/na overleg aanpasbaar) eindproduct van dit proces; vastgelegd in een zorgplan (inclusief -non- behandeling, begeleiding, leef/plezierplan).
- Goede verantwoordelijkheidstoedeling wie over wat beslist, rapporteert en uitvoert (teamwork in de CSLM zorg of de complexe zorgpaden); maar waarbij de cliënt/patient wel voldoende (vaak) wordt gehoord en zelf kan beslissen.
- Gebruikmakend van de verschillende dossiers die gehanteerd worden; maar dan wel met bovenstaande eenduidigheid samenkomend/samengevat in 1 plan.

2. Procesbeschrijving en multidisciplinaire verantwoordelijkheidstoedeling tbv goede multidisciplinaire samenwerking

- Stap 1: door VS/SO GeriCare wordt middels anamnese en/of heteroanamnese belangrijke behoeften geïnventariseerd waar iemand afspraken over wil maken tav zijn of haar gezondheid:
waar moet door ons als team (zorg, begeleiding en behandeling) aandacht aan worden besteed cq een plan van aanpak over worden gemaakt om dit aandachtspunt/doelsymptoom te verbeteren of te stabiliseren
- Stap 2: Door andere behandel- en begeleidingsdisciplines wordt input geleverd voor dit plan op hoofdlijnen. Zij hebben dit uiteindelijk ook zoveel mogelijk in afstemming en overleg met de cliënt of zijn/haar vertegenwoordiger gedaan.
- Stap 3: na vastlegging en initiële uitvoering (zie onder) wordt het plan op gezette tijden (afhankelijk van afspraken binnen organisaties, maar wel gepersonaliseerd) **geëvalueerd** met de cliënt/patiënt en/of zijn vertegenwoordiger:
 - MDO met meerdere disciplines, indien nodig, om hun inbreng toe te lichten
 - VS/SO (evt met eerste verantwoordelijke verzorgende daarbij) met cliënt/patiënt en/of vertegenwoordiger.
 - Evaluatie is 3^e stap in PDCA cyclus van cyclisch methodisch proces.
- Multidisciplinaire samenwerking verloopt iha via het dossier dmv verwijzing en terugrapportage, de meeste disciplines treffen we niet in het mdo (de psycholoog uitgezonderd, zie onderstaand)
- De psycholoog treffen we ook in het zap aan (zie hiervoor de best practice ZAP)

3. Verantwoordelijkheden bij uitvoering; borging individueel plan

- 4e stap in PDCA cyclus
- Iedere discipline is zelf verantwoordelijk voor de uitvoering van de door hem of haar uitgewerkte planonderdelen.



- Wanneer door cliënt/patiënt en/of vertegenwoordiger wordt gevraagd moet **uitvoerder** hierover verantwoordelijkheid afleggen (schriftelijk en/of mondeling toegelicht).
- In ieder geval zal het totale plan worden besproken (evaluatie en aanpassing) in het MDO op maat.
- En dan gaat de volgende PDCA cirkel van start.

4. Procesbeschrijving en verantwoordelijkheden bij dossiervoering

- VS/SO maken in hun dossier episodes* (1-6 domeinen) aan, waar met de cliënt/patiënt een plan van aanpak over gemaakt moet worden; omdat hij/zij dat verlangt/nodig vindt.
- Dit kunnen verdere analyse, monitoring of (non) behandel-, begeleidings- of zorg/welzijnsafspraken/wensen zijn.
- Deze (non) behandel- en/of begeleidingsafspraken worden **overgenomen** door de eerste zorgverantwoordelijke in hun dossier, onder hun zorgplan (leef/plezier)
- Waarbij de begeleiding/zorg/welzijnsafspraken worden aangevuld en uitgewerkt door andere (psycholoog, AB, zorg etc.) disciplines die dan ook voor die uitwerking verantwoordelijk zijn.
- Uiteindelijk moet de VS/SO toezien (toetsen) of de uitgewerkte (non) behandel- en beleidsepisodes goed terecht zijn gekomen in de outcome: het zorgplan (leef/plezier).
- Een hulpmiddel bij dit punt is de best practice werkwijze ysis

*) episodes die in het behandelplan/ zorgplan moeten komen worden als afzonderlijk episode benoemt

5. Aanbevelingen voor efficiëntie en betere leesbaarheid/continuïteit van zorg

- De lichamelijke aandachtsgebieden/somatische risico's, monitoring comorbiditeit en preventie van complicaties /intercurrente aandoeningen dienen zoveel mogelijk onder 1 kopje in het plan worden gezet. Naast uiteraard de geriatric giant die apart als **hoofddiagnose wordt benoemd**; met name vanwege de impact op de andere domeinen: zoals Dementie, Parkinson, CVA/NAH, MS etc.
- Voor het psychisch aandachtsgebied is het voor de leesbaarheid juist aan te raden om onderscheid te maken tussen cognitie, gedrag en emotionele aandachtsgebieden, als ze alle 3 aanwezig zijn.
- Het plan zo compact mogelijk houden; waardoor evalueren en actualiseren zo goed, SMART en efficiënt mogelijk is.
- Goede verantwoordelijkheidstoedeling in dossier terug te vinden: dus expliciet vermelden wie voor welk onderdeel van het zorgplan verantwoordelijk is. Afspraak is afspraak (zie boven verbeterplan 1.3)