

## Stap 4 Bespreking bevindingen brede domeinanalyse met direct betrokken professionals

Discipline	Omschrijving	Tools
<p><b>Direct betrokken professionals</b></p>	<p>Bespreken van de bevindingen met direct betrokken professionals in een MDO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse problemen</li> <li>• Aanvullende expertise nodig?</li> <li>• Aanvullende assessments nodig?</li> <li>• Diagnose dementie voorliggend? Ga naar zorgstandaard Dementie</li> </ul> <p>Afspraken over <b>samenwerking en verantwoordelijkheidsverdeling</b> worden gemaakt over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de verdeling van taken en zorgverlening bij de oudere</li> <li>• <b>wie de regiebehandelaar is</b></li> <li>• in een multidisciplinair plan (MDP) worden afspraken en taakverdeling tussen zorgprofessionals vastgelegd</li> </ul> <p>Aandachtspunten voor de coördinatie zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening en ondersteuning aan de oudere/mantelzorger</li> <li>• initiëren van aanpassing in de zorg en ondersteuning als dat nodig is</li> <li>• initiëren van adequate informatie-uitwisseling, acties, evaluaties en bijstellingen worden besproken en vastgelegd in een IZP</li> <li>• bewaken van afstemming tussen betrokken hulpverleners in zorg en welzijn</li> <li>• één aanspreekpunt voor de oudere/mantelzorger</li> <li>• multidisciplinaire afstemming en overleg met andere professionals nodig? Zo ja: ga naar <b>stap 5</b></li> <li>• interpretatie van de bevindingen en voorstellen voor vervolg maken</li> <li>• de uitkomsten van het MDO worden vastgesteld in het MDP. Het MDP bespreken met oudere en mantelzorger (proactieve zorgplanning, samen beslissen) om mee te nemen in het individueel zorgplan (IZP)</li> <li>• algemeen doel(en) formuleren in het IZP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Zorgstandaard dementie</li> <li>&gt; Multidisciplinair plan</li> <li>&gt; MDP</li> <li>&gt; Proactieve zorgplanning</li> <li>&gt; IZP</li> </ul>

## Goed voorbeeld van verzamelen en vastleggen

### Zorgprogramma ouderen Dokter Drenthe

Hierin wordt zowel gewerkt met het **SFMPC-model** als met het **Spinnenweb van positieve gezondheid**.

De bevindingen uit de brede domeinanalyse worden middels een MDO in eerste instantie besproken met de direct betrokken professionals. Hierin kunnen de huisarts, de praktijkondersteuner, de specialist ouderengeneeskunde, de verpleegkundig specialist, de betrokken wijkverpleegkundige, de apotheker, de betrokken representant van het sociaal domein (wijkteam/sociaal werk/WMO-adviseur) aanwezig zijn. In dit overleg worden de uitkomsten van de probleeminventarisatie besproken en wordt vastgesteld of er aanvullend onderzoek nodig is, of er aanvullende expertise nodig is en of er een breder multidisciplinair overleg nodig is. Als er aanvullend onderzoek en assessment nodig is, wordt dit uitgezet.

In het MDO worden ook de taken, rollen en verantwoordelijkheden verdeeld op basis van de bevindingen uit de brede domeinanalyse, op basis van **Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2022)**. Dat houdt in dat er afspraken worden gemaakt over:

- De eigen taken en verantwoordelijkheid van elke betrokken discipline.
- Wie de regie voert over de multidisciplinaire zorg en ondersteuning.
- De **regiebehandelaar** bewaakt de continuïteit en samenhang, zorgt voor voldoende afstemming tussen betrokken zorgverleners en ziet erop toe dat er een vast aanspreekpunt is.<sup>3</sup>
- Verder wordt afgesproken wie medisch inhoudelijk verantwoordelijk is.

Blijkt in de brede domeinanalyse dat dementie de voorliggende diagnose is, dan wordt verwezen naar de Zorgstandaard Dementie. De casemanager dementie wordt dan aanspreekpunt voor oudere en mantelzorgers.

Met de direct betrokken professionals wordt een voorstel voor verder beleid besproken, gebaseerd op de geïnventariseerde problemen en de eerder geïnventariseerde doelen van de oudere zelf, waarbij de problemen geanalyseerd worden: waar hangen ze mee samen en wat betekent dit voor het beleid? De analyse wordt door de regiebehandelaar samengevat in een overzicht van alle geconstateerde problemen en daaruit voortvloeiende acties en interventies. Dit is het multidisciplinair plan. Ook staat duidelijk vermeld welke discipline welke actie voor zijn rekening neemt en wanneer het verloop ervan geëvalueerd en teruggekoppeld wordt. De uitkomsten van dit overleg (MDP) worden besproken met de oudere en mantelzorgers door de regiebehandelaar of aanspreekpunt. Samen komen zij tot afspraken in het **individueel zorgplan (IZP)**. (stap 6).

Tevens wordt vastgelegd wie **het aanspreekpunt voor deze oudere** wordt. De regiebehandelaar ziet erop toe dat er één aanspreekpunt is voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling van de cliënt of diens naaste betrekking(en).

Het IZP bestaat uit begrijpelijke zelfmanagementacties zodat het voor hen ook duidelijk is wat zij kunnen

doen om een goed verloop te bevorderen (bijvoorbeeld dagelijks wandelen, drinkadviezen, letten op eiwitrijke voeding, etc.). Ook is hierin opgenomen wie gebeld moet worden buiten ‘kantooruren’ (ANW-zorg). Het individueel zorgplan is aanwezig bij de oudere thuis.

Als er een **breder MDO (stap 5)** plaatsvindt, kunnen ook de oudere en/of diens mantelzorgers worden uitgenodigd. Afhankelijk van de functie van het MDO.

<sup>3</sup> In de uitwerking van de visie eerstelijnszorg is afgesproken om de definitie van ‘regiebehandelaarschap’ uniform te definiëren zodat deze eenduidig kan worden toegepast binnen de eerste lijn.

## Verwijzen door en naar sociaal werk organisaties

### Wat werkt goed bij het verwijzen en samenwerken?

- Elkaar kennen

De basis voor een goede samenwerkingsrelatie is dat professionals elkaar kennen en weten naar wie zij hun cliënten doorsturen.

- Mensen zeggen vaak: 'Je moet een sociale kaart hebben.' Maar zodra je die op papier hebt, is hij alweer achterhaald. Dus wat wij zeggen: 'Je hebt een levende sociale kaart nodig. Organiseer een Meet & Greet, loop eens met elkaar mee of organiseer een 'sociaal café'.

- Eenvoudige werkwijze hanteren

Als de manier van verwijzen overzichtelijk is en snel kan plaatsvinden, bevordert dat het aantal verwijzingen. Maar hoe zorg je ervoor dat de verwijzingsprocedure eenvoudig is en niet te veel tijd kost?

- Duidelijke afspraken maken over de werkwijze en ieders taken.
- Eén aanspreekpunt om naar te verwijzen werkt het prettigst.
- Kernachtige registratie, waarbij weinig (medische) achtergrondinformatie over de patiënt wordt gegeven.

- Aantrekkelijk aanbod sociaal werk bieden

Het adequaat oppakken van verwijzingen en helderheid over wat het sociaal werk voor mensen kan betekenen, maken het aantrekkelijk om ernaar te verwijzen.

Hoe zorg je hiervoor?

- Verwijzingen direct oppakken.
- Voldoende tijd om de vraag te verkennen.
- Het aanbod is direct toegankelijk.
- Algemeen aanbod sluit aan op veelvoorkomende gezondheidsvraagstukken.

- Meerwaarde sociaal werk duidelijk maken

- Regelmatig terugkoppelen en afstemmen

Zeker bij ouderen met zwaardere problematiek zijn terugkoppeling en afstemming over de voortgang van belang. Afspraken hierover kunnen opgenomen worden in een eventueel ondersteuningsplan.