

Functioneel model

Kwetsbare ouderen in de Oost Achterhoek

Leidraad voor effectieve samenwerking aan goede zorg voor ouderen

OUDERENTEAM



Inhoud

Inleiding

Ouderen en sociaal systeem centraal in samenwerking

Partners van het Platform kwetsbare ouderen

Stappenplan

1. Signalering
2. Casefinding
3. Screening
4. Informatie delen en afstemmingsoverleg
5. Regievoeren
6. Vervolg diagnostiek
7. Indeling in categorieën
8. Samenstellen ouderenteam
9. Gedragen zorg leef/behandelplan

Bijlagen

Begrippenlijst

Bronnen

Basismodel

Privacy en zelfbeschikking

Sociale kaart

Inleiding

Hoe kunnen de kwetsbare ouderen op een gestructureerde manier goede zorg krijgen in de Oost Achterhoek?

De Oost Achterhoek vergrijst in een hoog tempo, de bevolking kenmerkt zich door een relatief lager inkomen en opleidingsniveau, en grotere kans op een sociaal isolement door de plattelands-omgeving. De komende jaren neemt het aantal ouderen toe en daalt het aantal beschikbare mantelzorgers. Daarbij komt dat de bestaande sociale structuren zoals het Achterhoekse drie generatiemodel uiteenvalt.

Samenwerken aan een structurele aanpak

Samen met betrokkenen van het project 'NOG Beter in de Achterhoek' heeft de Regionale Ondersteuningsstructuur Caransscoop op basis van bestaande data de dialoog gevoerd met betrokkenen om te komen tot een eenduidige structurele aanpak. Hieruit is het functioneel model ontwikkeld dat betrokkenen partijen in de regio helpt elkaar makkelijk kunnen vinden.

Functioneel model

Een functioneel model is een samenwerkingsmodel dat vanuit het perspectief van de ouderen, een vraaggericht en samenhangend zorgconcept voor kwetsbare ouderen in de regio Oost Achterhoek beschrijft. In het functioneel model staan keuzes rond de (afstemmings-)afspraken beschreven.

Het model bestaat uit:

1. Signalering
2. Casefinding
3. Screening
4. Informatie delen en afstemmingsoverleg
5. Regievoeren
6. Vervolg diagnostiek
7. Indeling in categorieën
8. Samenstellen ouderenteam
9. Gedragen zorg leef/behandelplan

Voor wie?

Het model is voor alle betrokkenen in de Oost Achterhoek die werken aan het welzijn, de zorg en ondersteuning van kwetsbare ouderen.

Meer informatie?

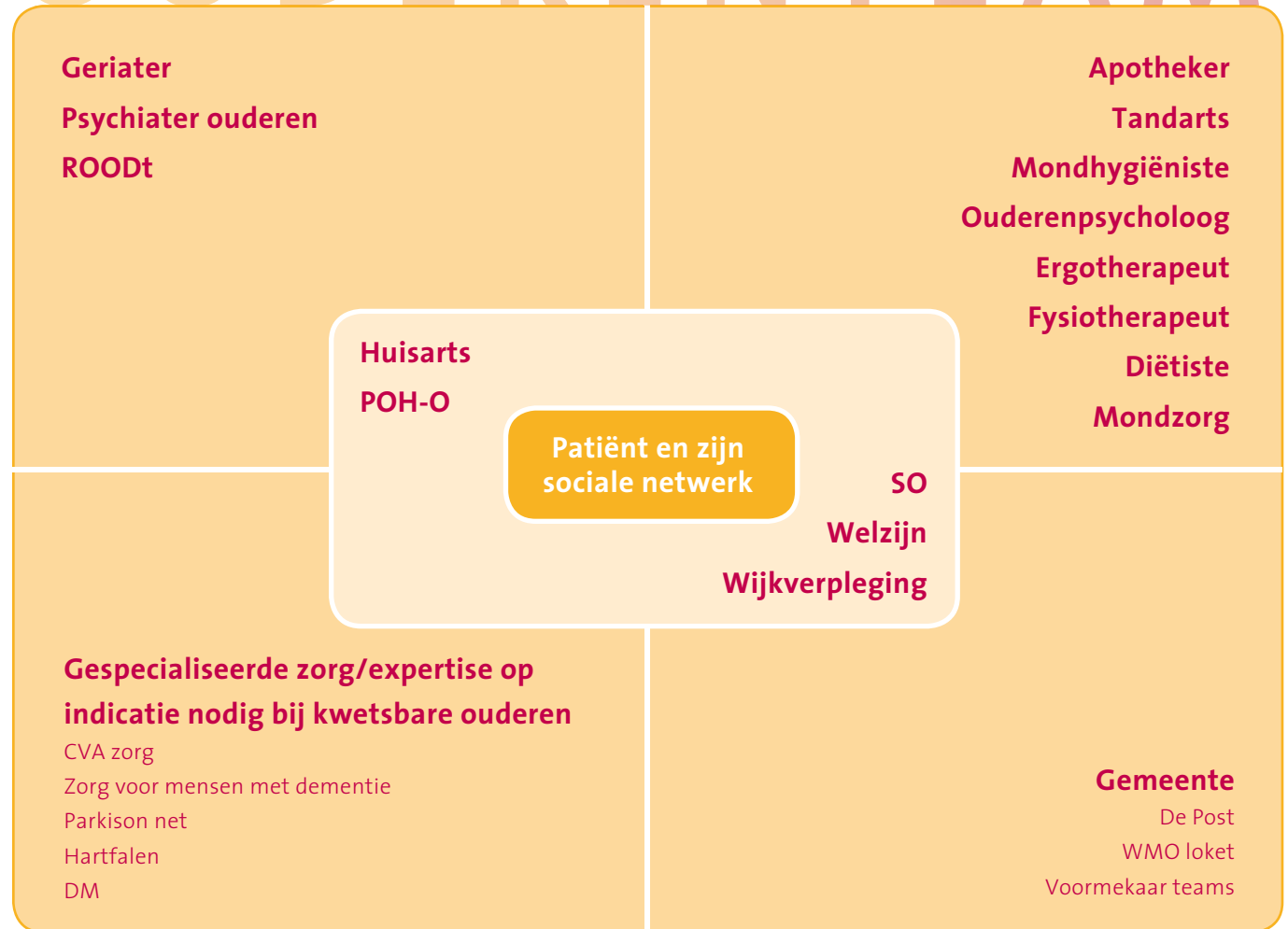
De informatie is met de betrokken partijen met grote zorgvuldigheid samengesteld. Wilma Nijenhuis, adviseur Caransscoop, vertelt u graag meer over de werkwijze en inhoud van dit model. Zij is bereikbaar via wnijenhuis@caransscoop of 055-5058610.

Arie Jongejan

Bestuurder Caransscoop

Ouderen en sociaal systeem in de samenwerking

OUDERENTTEAM



Partners van Platform kwetsbare ouderen

Buurtzorg

Careaz

Caransscoop

Gemeente Aalten

Gemeente Berkelland

Gemeente Oost Gelre

Gemeente Winterswijk

Gezondheidscentrum Zieuwent

GGNet

Huisartsenpraktijk Kwee Eibergen

Huisartsenpraktijk Berendsen Eibergen

Huisartsenpraktijk Boer Balink Winterswijk

Huisartsenpraktijk de Weef

Huisartsenzorggroep HOOG

Livio

Menzis

Netwerk Dementie Oost Achterhoek

Privazorg

Sensire

SZMK

SKB

VIT mantelzorg

Zorgbelang Gelderland

1. Signalering

Signalering is het opmerken van de aanwezigheid van tekenen van kwetsbaarheid of een niet plus gevoel en vervolgens het signaal door te geven of anderen te waarschuwen.

Het signaleren van kwetsbaarheid/ niet plus gevoel vindt plaats door:

- Mantelzorger/sociaal netwerk (bijvoorbeeld van zorgmijders)
- Huishoudelijke hulp
- Ouderenbonden en vrijwilligers/mantelzorgondersteuning
- Ouderenadviseur
- Fysiotherapeut/ergotherapeut

Werkwijze

De signalen van kwetsbaarheid kunnen worden gemeld bij:

- Wmo-loket:
 - Gemeente Aalten; Wmo-loket
 - Gemeente Berkelland; Voormekaar teams
 - Gemeente Oost Gelre; Wmo-loket
 - Gemeente Winterswijk: De Post als Wmo-loket
 - Wijkverpleegkundige in de wijk (S1)
- Huisarts door sociaal netwerk
- Geheugen spreekuur/helpdesk Dementie
- Zie ook routing praatplaat Netwerk Dementie Oost-Achterhoek

2. Casefinding

Casefinding is een opsporingsmethode bij ouderen in het kader van vroege diagnostiek om te zoeken naar risicofactoren of beginnende kwetsbaarheid in de eigen cliënten/patiënten populatie of bij eigen burgers.

Binnen het functioneel model wordt dit gedaan:

- Met actieve opsporing
- Naar aanleiding van opvolging van signalen van anderen



Casefinding is een meersporenroute. Na casefinding vindt er door de professional screening en verdere verkenning van de behoefte/ondersteuningsmogelijkheid plaats in deze meersporenroute.

2. Casefinding

Werkwijze

Mogelijke risicogroepen; waar verwachten we de meeste kwetsbare ouderen?

Casefinding in de huisartsenpraktijk

- Frequent aanvragen sociale visites
- Verweduwen
- Pas ontslagen ziekenhuis
- Patiënten met polyfarmacie (vijf of meer verschillende medicijnen)
- Andere hoog risicogroepen zoals geheugenstoornissen, frequent vallen, etcetera

Casefinding in het Wmo-domein

- Op basis signalering bij de Voormekaar teams, de Post of Wmo-loket
- Bij aanvraag van Wmo-ondersteuning door kwetsbare oudere of mantelzorger
- Naar aanleiding van signalering ouderenadviseurs (of wijkteams), vrijwillige ouderenadviseurs, vrijwillige belastingadviseurs en vrijwillige woonconsulenten. De beroepsouderenadviseur is de coördinator van deze vrijwilligers
- Na preventief aanschrijven van ouderen door de gemeente, zoals bijvoorbeeld boven 75+ door gemeente Oost Gelre

Casefinding in de thuiszorg

- Bij aanmelding kwetsbare met zorgvraag
- Bij patiënt in de transmurale zorgbrug (VMS criteria's in ziekenhuis)
- Op basis van vraag door huisarts
- Huishoudelijke hulp 'niet pluis gevoel' volgens signalering praatplaat netwerk Dementie
- Her-indiceren

Casefinding in het ziekenhuis

- Bij patiënten 70+ en opname in ziekenhuis

3. Screening

Na het opsporen van ouderen met risicofactoren voor kwetsbaarheid (casefinding) screent een functionaris op HBO-niveau de (kwetsbare) ouderen. Screening is het onderzoeken van een groep ouderen op basis van specifieke items zoals:

- Tekenen van kwetsbaarheid
- Vroegtijdig signaleren van factoren die van invloed zijn op de gezondheid en het functioneren van de klant
- Zelfredzaamheid en eigen regie
- De ondersteuning van patiënt/netwerk bij zelfmanagement
- Persoonlijke doelen

Door screening kan de kwetsbaarheid in kaart gebracht worden net zoals de eigen mogelijkheden en sociaal netwerk en ondersteuningsbehoeften van de cliënt/patiënt.

Wijkverpleegkundigen ondersteunen de huisarts/POH ondersteunen bij het inzichtelijk maken van de groep kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk.

Werkwijze

Screening in de huisartsenpraktijk

- Door POH-Ouderen; door middel van huisbezoek en afname van de Trazag screeningslijst en invoer in ouderenmodule in het HIS (Care sharing)
- Diagnostiek nodig dan:
 - verwijzen naar geriater, ouderenpsychiater
 - verwijzen via diagnostiek en behandeling dementie (zie verwijsschema)
- Mogelijk door thuiszorg

Screening in het Wmo-domein

- Door medewerker uit Wmo-domein; door middel van huisbezoek of brede intake

Screening in de thuiszorg

- Door wijkverpleegkundige niveau 5; door middel van eigen geïntegreerd in intake systeem, Omaha systeem.

Screening in het ziekenhuis

- Door verpleegkundig consultant Geriatrie; VMS criteria

4. Informatie delen en afstemmingsoverleg

Informatie delen

Informatie delen van onderdelen van de intakegegevens is van belang om te komen tot een goede afstemming en het voorkomen van dubbele uitvraag. Dit kan alleen als het startpunt de cliënt/patiënt is. Het informatie delen bij 'gezamenlijke' patiënten wordt gedaan nadat toestemming gevraagd aan de cliënt/patiënt en de betrokken mantelzorger.

Afstemmingsoverleg

Het afstemmingsoverleg is een bilateraal overleg tussen twee (zorg) professionals op basis van de gegevens uit de screening.

Werkwijze informatie delen

Screening	Vastgesteld door	Bij score	Actie/initiatief tot overleg
Trazag; startdocument	Huisarts/POH	Professioneel wegen: - Welk probleem is van belang - Hoe wordt ermee om gegaan - Hoe wordt het probleem ervaren	POH
Brede intake, deel zelfredzaamheidsmatrix	Wmo-domein		WMO/welzijn
intake systeem (Omaha systeem)	Thuiszorg		Wijkverpleegkundige

Screening	Vastgesteld door	Soort overleg
Zelfredzaamheid/ADL	Wmo-domein, Huisarts/POH	Bilateraal overleg Wmo en huisartsenzorg
Zelfredzaamheid/ADL	Thuiszorg, Huisarts/POH	Bilateraal overleg thuiszorg en huisartsenzorg, Wmo
Kwaliteit van leven/ sociaal functioneren	Wmo-domein Huisarts/POH	Bilateraal overleg Wmo en huisartsenzorg Bij beginnende dementie
Verweduwd/wegvallen sociaal systeem/wegvallen mantelzorg	Huisarts/ POH Wmo-domein	Overleg met Wmo-domein Inzet vrijwilligers
Medische problemen bij schulden	Wmo-domein (wel uitgevraagd?) Huisarts/ POH	Overleg Wmo met huisarts
Polyfarmacie	Huisarts/POH Thuiszorg Apotheker	Overleg met apotheker en huisarts

4. Informatie delen en afstemmingsoverleg

Werkwijze

Casefinding in de huisartsenpraktijk

- Op indicatie rond cliënt/patiënt en met betrekken van sociaal systeem/
mantelzorger
- Contact zoeken met andere domein na toestemming van patiënt
- Bilateraal
- (Vaak) telefonisch overleg
- Vaststellen van (tijdelijke) regievoerder
 - Mogelijk wisseling van regievoerder naar een MDO
- Afspraken worden per (beveiligde) mail naar partijen bevestigd

5. Regievoeren

Het regievoeren op het proces is belegd bij één persoon. Dit is wenselijk en noodzakelijk in een proces met meerdere disciplines/betrokkenen. De regievoerder kan ook de cliënt/patiënt of mantelzorg zijn.

De regievoerder fungeert als intermediair tussen de disciplines en is een vast aanspreekpunt voor cliënt/patiënt en andere disciplines.

Werkwijze

Op basis van de problematiek wordt één van de deelnemende functionarissen van het afstemmingsoverleg benoemd tot regievoerder. In eerste instantie is dat één van de deelnemers van het afstemmingsoverleg.

- Huisartsenzorg
 - Elke week bespreken de huisarts en POH de oudere patiënten die bezocht zijn tijdens het wekelijks overleg
- Thuiszorg
- Wmo-domein; generalist in het Wmo-loket

De regievoerder heeft de volgende taken;

- Uitzetten vervolgacties op screening; zo nodig vervolg diagnostiek
- Indeling in categorieën
- Samenstellen MDO
- Opzetten en regie over het zorg(leef)plan
- Dialoog aangaan met cliënt/patiënt en sociaal netwerk/mantelzorg om te komen tot gedragen zorg (leef)plan

Dossievorming en voering blijft een verantwoordelijkheid van de eigen discipline. Het streven is om in de toekomst te komen tot maximale uitwisseling van relevante gegevens tussen de verschillende disciplines.

6. Vervolgdiagnostiek

Indien er vervolg diagnostiek nodig is dan is de huisartsenzorg de regievoerder. Deze regievoerder zet vervolgacties uit.

Deze vervolgacties zijn:

- A. Aanvullende medische diagnostiek door specialist (geriater, psychiater, team ROODt; zie kader)
- B. Aanvullende informatie verzamelen van gespecialiseerde zorg (CVA-, Parkinson – hartfalen-, DM- zorg of zorg voor mensen met dementie)

Aanvullende medische diagnose door:

De specialist ouderengeneeskunde/team ROODt

Algemeen: Kwetsbare ouderen met complexe problematiek waarbij de zorgvraag op de voorgrond staat, waarbij ziekenhuisbezoek niet gewenst is of niet haalbaar is.

- Probleemanalyse bij multimorbiditeit
- Palliatieve/terminale zorg
- Mobiliteitsproblemen en verminderde zelfredzaamheid
- Vallen en valgevolgen
- Dementie, geheugenproblemen, wanen, hallucinaties en verwardheid*
- Advies over medisch beleid en over intentie van behandeling en medicatiebeleid
- Apathie en depressie, stemmingsstoornissen
- Vragen over medische beslissingen bij wilsonbekwaamheid of verminderd ziekte-inzicht
- Agitatie, achterdocht of afwerend gedrag
- Advies over zorg of opname
- Late gevolgen van het CVA (waaronder de onzichtbare gevolgen)
- Advies over somatische of psychogeriatrische indicatie
- Chronische progressieve neurologische aandoeningen (MS, M. Parkinson)
- Polyfarmacie

6. Vervolgdiagnostiek

De klinisch geriater

Algemeen: Kwetsbare ouderen met complexe problematiek waarbij poliklinisch *¹ diagnostiek en/of behandeling noodzakelijk is.

- Onbegrepen mobiliteitsafname en/of val(neiging), meer dan tweemaal per jaar gevallen
- Continentieproblemen
- Weigering van eten en afvallen
- Geriatrisch assessment in kader van inschatten haalbaarheid/belastbaarheid van grote diagnostiek of ingrepen zoals nierdialyse, hartklepchirurgie, chemotherapie, etcetera
- Onbegrepen algehele achteruitgang
- Cognitieve achteruitgang bij bijvoorbeeld Parkinson of bij infectie
- (Onbegrepen) cognitieve achteruitgang *²
- Complexe psychogeriatrische/psychiatrische problematiek waarvoor diagnostiek
- Multimorbiditeit en polyfarmacie
- Palliatieve zorg
- Patiënten met een delier met indicatie ziekenhuisopname
- Instelling op medicatie, waarvoor observatie gewenst is
- Patiënten met gedragsproblemen die geopereerd moeten worden.
- Patiënten in de palliatieve fase met onbehandelbare of moeilijk te diagnosticeren klachten in de thuissituatie
- Inschatting haalbaarheid/belastbaarheid: nieuwe heup of knie *³

De ouderenpsychiater

Algemeen: ouderen waarbij psychiatrische stoornissen, klachten dan wel vermoeden op een van beide een rol spelen.

- Dementie, geheugenproblemen, wanen, hallucinaties en verwardheid*
- Advies over medisch beleid en over intentie van behandeling en medicatiebeleid
- Apathie en depressie, stemmingsstoornissen
- Vragen over medische beslissingen bij wilsonbekwaamheid of verminderd ziekte-inzicht
- Agitatie, achterdocht of afwerend gedrag
- Polyfarmacie met name psychofarmaca
- Middelenmisbruik
- Probleemanalyse bij multi morbiditeit
- Advies over zorg of opname
- Late gevolgen van het CVA (waaronder de onzichtbare gevolgen)
- Chronische progressieve neurologische aandoeningen (MS, M. Parkinson)

*¹ Specifieke onderzoeksmogelijkheden zijn op een dag gepland.

*² Voor afspraken rondom verwijzing voor diagnostiek bij dementie wordt verwezen naar de praatplaat netwerk Dementie.

*³ Actieve medebehandeling bij patiënt opgenomen bij andere specialist.

7. Indeling in groepen op basis van diagnose

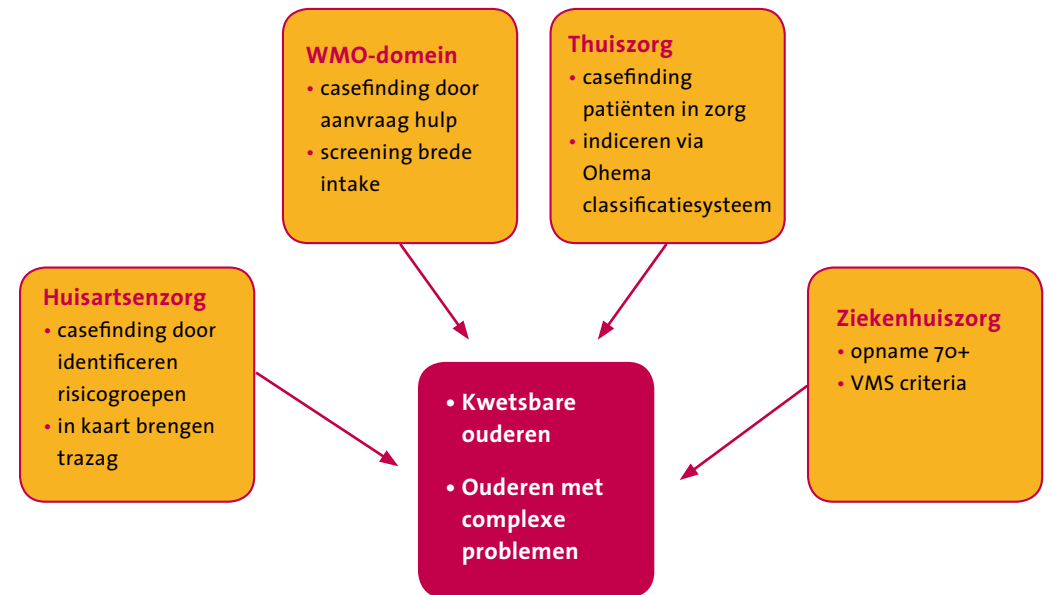
Indeling in groepen/categorieën is een ordeningssysteem op basis van overeenkomstige kenmerken. Dit helpt de (zorg)professionals een interventie te kiezen en biedt een mogelijke structuur.

In het functioneel model is binnen de categorieën aandacht voor alle aspecten op het gebied van wonen, welzijn en zorg waar iemand mee te maken krijgt bij het ouder worden.

Ouderen worden ingedeeld in één van de drie categorieën (risicoprofielen, SamenOud[®]):

1. Ouderen met complexe zorgbehoeften
2. Ouderen die kwetsbaar zijn voor ziektes en aandoeningen
3. Andere ouderen

In het functioneel model wordt gesproken van:



Na screening indeling in groepen; een grove indeling in drie subgroepen:

- Ouderen met complexe zorgbehoefte - intensieve begeleiding thuis
- Kwetsbare ouderen - jaarlijkse controle spreekuur
- Robuuste ouderen - geen controle noodzakelijk

7. Indeling in groepen op basis van diagnose

Werkwijze

Criteria	Regie	Monitoring en interventie
Medisch kwetsbaar	Huisarts/ POH	Per jaar
Ouderen met complexe zorgbehoeften	Huisarts/POH of thuiszorg	Per kwartaal
Robuuste ouderen	Wmo	Preventieve cursus

8. Samenstellen ouderenteam

Per huisartsenpraktijk of Hagro wordt er een ouderenteam vastgesteld. Hierbij moet gedacht worden aan een huisarts, een specialist ouderengeneeskunde, een wijkverpleegkundige en een Wmo-consulent (GZIO en SamenOud[®]).

Dit ouderenteam is *generiek* en er vindt informatie uitwisseling plaats vanuit en tussen drie domeinen; welzijn, care en cure. Iedereen heeft eigen inbreng en eigen expertise. In het ouderenteam bespreken de deelnemers de patiënten uit de categorie medisch kwetsbaar.

Werkwijze

Categorie medisch kwetsbaar

- Eenmaal per maand
 - Met het basis ouderenteam.
 - Frequentie en samenstelling is afhankelijk van 'agenda'.
 - Specifieke dingen gaan bilateraal.
 - Niet alle nieuwe patiënten, afhankelijk van eerste melding en screening. Waar de melding binnenkomt, wordt initiatief genomen.
 - Als onduidelijk is wat te doen; zorgbehandelplan niet duidelijk, maar is niet direct een complexe situatie.
- Vindt plaats in huisartsenpraktijk
- POH maakt agenda en nodigt uit
 - Wie moet voor welke patiënten (verschillende thuiszorgorganisatie) aan tafel zitten. Dit kan het beste per huisartsenpraktijk geregeld worden.
 - Trajectbegeleider dementie wordt op indicatie uitgenodigd indien begeleiding van cliënten met dementie en mantelzorgers noodzakelijk is. Vooral bij behoefte aan psycho-educatie van mantelzorg is inzet van trajectbegeleiding erg zinvol.
 - De analyses uit het screeningsinstrument wordt verwerkt. De deelnemers bereiden zich op het overleg voor door verhelderende vragen te formuleren.
 - De apotheker voert een medicatiebeoordeling uit, die vóór het overleg schriftelijk wordt aangeleverd aan de huisarts.
- Duur 1-1,5 uur
 - Voor een 'nieuwe' patiënt wordt 15 minuten gepland, voor een evaluatie 10 minuten.
 - Patiënten worden in principe jaarlijks besproken en indien nodig vaker.

8. Samenstellen ouderenteam

Werkwijze

Voor ouderen met complexe zorgbehoeften is er een uitgebreid MDO. Aan dit overleg nemen de leden van het ouderenteam deel uitgebreid met (zorg)professionals met specifieke expertise.

Dit overleg is meer *specialistisch*.

Categorie ouderen met complexe zorgbehoeften

Globaal wordt de werkwijze van reguliere MDO gevolgd. Afwijkend zijn:

- Eenmaal per kwartaal
- Afhankelijk van de problemen, doelen en acties bepaalt regievoerder welke deelnemers worden uitgenodigd. Op indicatie kan uitgenodigd worden:
 - Trajectbegeleider dementie
 - Geriatrie fysiotherapeut
 - Geriater
 - Ergotherapeut
 - Apotheker
 - Diëtiste
 - Andere disciplines; psycholoog, logopediste, oefentherapeut of pastoraal medewerker
- Het concept zorg(leef)plan wordt verstuurd naar de deelnemers van het overleg.
- Het uitgebreide MDO geeft nadere adviezen om de geconstateerde problemen en hulpvragen te verbeteren.

9. Opzetten en regie over zorg(leef)plan

Beoogd wordt om iedere medische kwetsbare oudere en oudere met complexe zorgproblemen proactief, samenhangende zorg/begeleiding te bieden. De (risico's op) problemen, de wensen en behoeften van de ouderen worden, nadat ze zijn besproken, opgenomen in een zorg(leef)plan.

In dit zorg(leef)plan is aandacht voor:

- Medische problematiek
- Zorgproblemen
- Welzijnsaspecten
- Aandacht voor contactpersoon/mantelzorg
- Stimuleren zelfmanagement
- Toekomstgericht
 - Wilsverklaringen zijn gereed
 - Wat te doen bij specifieke (life) events (toegenomen kwetsbaarheid en acute ziekten)

Werkwijze

In het zorg(leef)plan staan specifieke doelen en acties, die worden vastgesteld door de cliënt/mantelzorg

- Het vaststellen gebeurt nadat de dialoog is aangegaan met de cliënt/patiënt om te komen tot gedragen zorg(leef)plan.

Hierbij zijn de volgende vragen van belang:

- a. Wat betekent dit voor u?
 - b. Wat is de kwaliteit van leven?
 - c. Wat is voor u belangrijk?
- Het zorg(leef)plan vormt de leidraad voor het proces van zorg, behandeling en begeleiding voor de komende 6 tot 18 maanden.

De regiehouder zorgt voor:

- Uitwerken en bespreken van zorg(leef) behandelplan met cliënt/vertegenwoordiger
- Fungeert als eerste aanspreekpunt
- Houdt deelnemers van het MDO op de hoogte van tussentijdse veranderingen
- Stuurt het definitieve zorg(leef)plan naar alle betrokken hulpverleners.

Tussentijdse wijzigingen:

- De regievoerder houdt de betrokken hulpverleners op de hoogte van tussentijdse wijzigingen, zoals ziekte, opname of overlijden.

Bij evaluatie worden de eerder gestelde doelen en acties geëvalueerd en bijgesteld in het zorg(leef)plan.

Bijlagen

Begrippenlijst

ROODt	Regionale Ouderen Onderzoek en Diagnose Team. Huisartsen, verzorgingshuizen en de geriater kunnen hiervan gebruik maken. ROODT wordt ingezet in de thuissituatie als diagnose noodzakelijk is, maar de oudere niet kan of niet wenst om naar ziekenhuis te komen. Dan kan het team ROODT worden gevraagd om specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, fysiotherapeut, etc. langs te laten gaan voor diagnosestelling, maar ook zorgvraagverheldering. Het is een eenmalig consult.	De Post	In de gemeente Winterswijk zit het Wmo-loket in het oude postkantoor en heet 'de Pos'. Naast het Wmo-loket zitten hier meerdere zorg- en ondersteuningsorganisaties.
		Proactief	Uitgaande van de wensen, problemen en mogelijkheden van de cliënt/patiënt en zijn mantelzorger, gericht op het voorkomen van verdere problemen in functioneren en welzijn.
		Samenhangende zorg/begeleiding	Indien er meerdere disciplines bij de zorg betrokken zijn en er goede onderlinge afstemming plaatsvindt.
Oudere team	bestaande uit huisarts, een specialist ouderengeneeskunde, een wijkverpleegkundige en een Wmo-consulent		
Wmo-loket	Iedere gemeente organiseert de toegang tot ondersteuning op zijn eigen manier. Sommige gemeenten kiezen voor het Wmo-loket.		
Voormekeer teams	In de gemeente Berkelland is het Wmo-loket via een speciaal team geregeld waar mensen terecht kunnen met hun hulpvraag.		

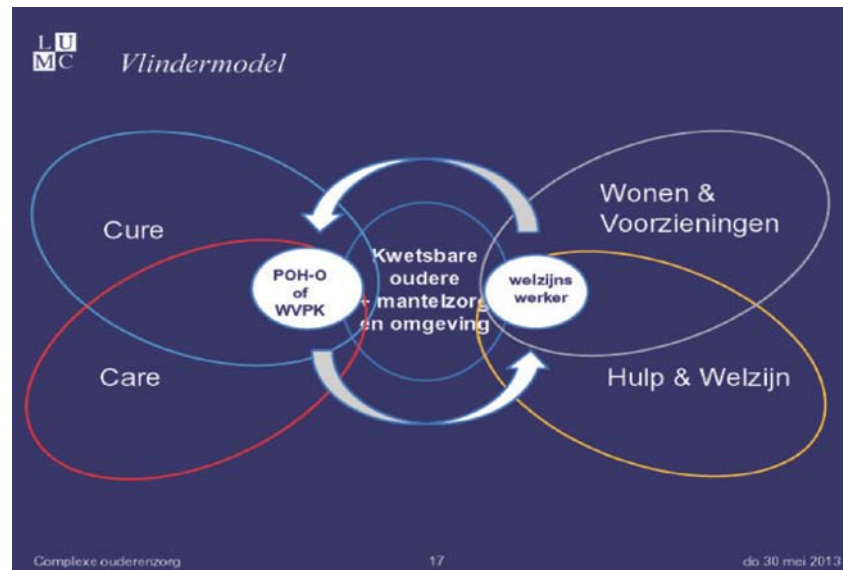
Bijlagen

Bronnen

- Plan van aanpak voor Geïntegreerde Zorg voor Ouderen 2020 (GZO 2020) eerstelijns deel
- Werkmodel: Geïntegreerde Zorg voor Ouderen vanuit de eerstelijnspraktijk West Achterhoek
- Model SamenOud: www.samenoud.nl
- Plan ouderenzorg voor de huisartsenpraktijk Kwee, Eibergen.
- Wonen, zorg en welzijn voor thuiswonende 80 plussers in Zieuwent, e.o
- Samenwerking bij diagnostiek en behandeling van dementie (Praatplaat 2013)
- Model Brede intake gemeente Oost Gelre
- Model Voormekaar teams gemeente Berkelland
- Model Omaha: www.omahasystem.org

Bijlagen

Basismodel



Bijlagen

Privacy en zelfbeschikking

(uit West Achterhoek, check huidige privacy en nieuwe structuur in Wmo)

1. Aan cliënt of diens vertegenwoordiger wordt gemeld dat er een overleg plaats vindt en wie erbij aanwezig zullen zijn.
2. Verwacht mag worden dat cliënten het multidisciplinair overleg, dat wordt gehouden met hulpverleners om het functioneren en de kwaliteit van leven te verbeteren, ondersteunen.
3. Bij voorkeur wordt mondelinge goedkeuring vermeld in het HIS.
4. Voorafgaand aan het multidisciplinair overleg wordt door de voorzitter gemeld dat het gaat om privacy gevoelige informatie en dat geheimhouding en discretie wordt verwacht van alle deelnemers, expliciet van de niet BIG-geregistreerden.
5. In het geval van patiënten, die op voorhand iedere vorm van hulpverlening weigeren (zorgmijders) is het de plicht van betrokken hulpverleners om in te schatten of het gezondheids- en welzijnsbelang van de patiënt door dit gedrag in het geding komt.
6. Het weigeren van hulpverlening is mogelijk geen weloverwogen keuze, maar een gevolg van onmacht, onvermogen en/of wilsonbekwaamheid. In dat geval is bemoeizorg gerechtvaardigd. Hierbij zijn vaak meerdere instanties betrokken.
7. Zonder afstemming en overleg is goede hulpverlening niet mogelijk. Uitwisselen van (bepaalde) persoonsgegevens is daarbij onvermijdelijk.
8. In principe wordt hiervoor toestemming gevraagd aan de patiënt.
9. Verstrekken van persoonsgegevens zonder toestemming vindt plaats in een zo klein mogelijk team, waarbij geheimhouding formeel is geregeld. Dit vindt slechts plaats na zorgvuldige afweging en wordt goed gedocumenteerd door de huisarts.

Bijlagen

Sociale kaart

In het veld van ouderenzorg is van belang dat een goede en juiste sociale kaart aanwezig is bij de diverse partners.

Partners in de ouderenzorg zijn:

- Specialist ouderengeneeskunde
- Geriatrisch fysiotherapeut
- Ergotherapeut
- Geriater
- Psychiater ouderenzorg
- Thuiszorg
- Woonvormen
- Dagopvang
- Ouderen en bewegen
- Logopedist
- Diëtist
- Coördinator/klantenadviseur verzorgingshuis