

1) Verslagen vergaderingen

1.1 Verslag werkgroep samenwerking - 5 maart 2015

Aanwezigen

Margriet Goltstein (logopediste Jessa zh geriatrie), Riet Dendas (Overlegcoördinator TGZ senioren Dienst OCMW Hasselt), Hilde Vanoppen (LMN zorgtrajectpromotor LMN), Els Devillé (stafmedewerker familie hulp), Ivo Todts (Ref. pers. Psychogeriatric Wit- Gele Kruis – Menos), Evy Van Doninck (diensthoofd Thuiszorgcoach) met stagiaire ergotherapeut, Nele Van Meer (coördinator van LISTELvzw), Edgard Van den Broeck (diensthoofd DMW C.M.) Nele Maesen (psychologe referentiepersoon dementie W.Z.C. H. Catharina Zonhoven), Raf Jacobs (hoofd sociale dienst Jessa ziekenhuis ter vervanging van Miriam Gawla), Nathalie Nelles (HVP psychogeriatric Jessa ziekenhuis), Greta Mekers (consulent ECD Contact), Liesbet Mourmans (stagiaire maatschappelijk assistent)

Verontschuldigd

Marc Van den Broeck (Huisarts – voorzitter LMN Herckenrode), Lucie Raymackers (thuisverpleegster De Voorzorg), Benny Leynen (zorgmanager cluster ouderenpsych. Asster), Yolande Baens (ergotherapeute Jessa zh, geriatrie), Marleen Martens (DMW De Voorzorg) en Yves Plessers (diensthoofd DMW Liberale mut.)

Inleiding

- Documenten die te groot zijn zullen voortaan doorgestuurd worden via “we transfer”.
- In december zijn er 2 focusgroepen doorgedaan met 8 mantelzorgers en 2 toekomstige, potentiële cliënten. Zij hebben feedback op de folder, het formulier en het dementiekompas gegeven alsook hun ervaringen doorgegeven i.v.m. de diagnosestelling. De andere focusgroep met 8 zorg- en hulpverleners gaven eveneens feedback op de formulieren.
- In februari werd vorming gegeven aan thuisverpleging en twee keer aan gezinszorg en aanvullende thuiszorg ter voorbereiding van het train de trainer pakket over het niet-pluis-gevoel met de vraag om mee te werken met het onderzoek. Ook hebben 24 huisartsen vorming gehad over de stavaza van het zorgpad dementie met dezelfde vraag. Het onderzoek werd positief onthaald.

Agendapunten

- 1. Oprichting ad hoc werkgroep ‘Samenwerking met stad Hasselt en gemeente Diepenbeek en Zonhoven’ om te sensibiliseren over het niet-pluis-gevoel**
 - We willen het grote publiek bewust maken om niet te blijven zitten met een ongerust gevoel door hen de folder met het formulier aan te reiken. Om dit te bespreken wordt een oproep gedaan voor een ad hoc werkgroep
 - Samenstelling ad hoc werkgroep:
Girtje Goossens (Diepenbeek), Jelle Vandeweege en Betty Hendrickx (Zonhoven), Nele De Bock (Hasselt) en Iris Van den Bossche (Hasselt).
Donderdag 16 april om 10 u in zaal Lima
- 2. Hoe verloopt de samenwerking momenteel vanuit uw beroepsgroep/organisatie/instelling met andere beroepsgroepen/organisaties/instellingen binnen de verschillende zorgfasen?**
- 3. Welke samenwerking is haalbaar binnen het zorgpad om onze doelstellingen (kernteam VII zie bijlage) te kunnen bereiken?**

Vanaf de 2^{de} tot de 5^{de} fase wordt nagegaan hoe de samenwerking momenteel verloopt en wat haalbaar is.

 - Fase 2: detectie en signalering

Als er meerdere hulp- of zorgverleners aanwezig zijn in een gezin wordt contact met elkaar opgenomen om na te gaan of het ongerust gevoel ook bij de anderen aanwezig is. Er wordt dan overlegd wie dit bespreekt met de betrokkene(n) en wie eventueel contact opneemt met de huisarts om dit te melden. Het zou iemand moeten zijn die het vertrouwen van de betrokkene(n) heeft om dit bespreekbaar te maken. De zorgbemiddelaar kan die taak op zich nemen.

Wie neemt contact op met de huisarts? Indien er een thuisverpleger aanwezig is kan hij die taak op zich nemen omdat dit een onderdeel is van zijn takenpakket (therapeutische relatie).

Edgard geeft aan dat de indicatiestellers van de **zorgverzekering** ook signalen kunnen vaststellen. Er volgt een bespreking over de mogelijkheden om de signalen door te geven aan de huisarts zonder een formulier in te vullen. Maar we vragen ons af of dit ethisch verantwoord is.

De indicatiesteller kan wel de folder en het formulier aanreiken en bespreken met de betrokkenen om hen te motiveren naar de huisarts te gaan. Als een mantelzorger met ziekte-inzicht aanwezig is kan dit gemakkelijker besproken worden.

- *Edgard bevroegt dit nog bij de indicatiestellers zelf.*
- *Greta zal de melding van de signalen aan de huisarts door de indicatiestellers voorleggen aan de ethische commissie*

Riet geeft aan dat er tijdens een **MDO** vaak uitingen zijn van bezorgdheid die kunnen wijzen op signalen. Het is te confronterend voor de betrokkenen om een formulier in te vullen. De overlegcoördinator kan wel de folder met het formulier aanreiken en vragen aan de zorgbemiddelaar om dit te bespreken met de betrokkenen. De overlegcoördinator neemt achteraf contact op met de zorgbemiddelaar voor de opvolging en eventuele verdere bespreking op het volgende MDO.

Apothekers kunnen eveneens signalen opvangen. Ze ervaren een niet-pluisgevoel wanneer mensen vaak voorschriften en dergelijke vergeten. De apothekers kunnen hierbij ook een belangrijke rol spelen. Zij kunnen de folder en het formulier aanreiken aan de betrokkene. Kunnen zij dit ook signaleren aan de huisarts als er geen ziekte-inzicht is? Zijn de apothekers op de hoogte van de aanwezigheid van andere zorg- en hulpverleners zodat er geen dubbele boodschappen worden gegeven?

- *Greta zal dit nog bespreken met het KLAV.*

Ivo vreest dat wanneer iedereen een rol krijgt, er naast elkaar door wordt gewerkt. Dit kan vermeden worden door een overleg met de verschillende zorg- en hulpverleners om af te spreken wie wat zal opnemen.

Kinesisten kunnen ook een rol spelen bij detectie en signalering.

- Greta bespreekt dit nog met deze beroepsgroep en eventuele andere beroepsgroepen.

Politie die melding krijgt van gestolen goederen van persoon met dementie kunnen eveneens een rol spelen.

- *Greta bespreekt dit verder met haar collega's. Wat betreft het vermissingsprotocol met de W.Z.C. is er al een relatie met de politiediensten en kan er op die manier gesensibiliseerd worden en de folder met formulier worden aangereikt.*

Vermeldingen van waardevolle projecten in de thuiszorg die ook signalen kunnen detecteren en signaleren:

Protocol III project Ocura Beringen: personen die op de wachtlijst staan van het WZC worden begeleid en ondersteund om thuiszorg zo lang mogelijk haalbaar te maken

Het project 'Zorgwonen' bij het OPZC Rekem helpt mensen na opname om zich voor te bereiden op de zorg in de thuissituatie.

Een soortgelijk project is OOTT- Oriëntatie en Opvolgingstraject Thuiszorg – als thuis wonen tijdelijk niet kan.

Fase 3 ziektediagnose

Er zijn afspraken gemaakt tussen huisartsen en specialisten om met elkaar te communiceren. (zie ppt)

Bij opname (psycho)geriatrie kan de huisarts de thuiszorgfiche meegeven of O.C. TGZ vragen om een kopie te bezorgen aan de sociale dienst of het verpleegdossier van het WZC wordt meegegeven.

Het is belangrijk dat de sociale dienst op de hoogte is van de aanwezigheid van een zorgplan. Zij kunnen dit dan doorgeven aan de behandelende specialist(en) om informatie bij te voegen. Bij ontslag kunnen zij dit zorgplan terug meegeven aan de patiënt.

- *Nog verder bespreken in de ad hoc werkgroep DMW – soc dienst zh – O.C. TGZ*

Extra verslagen van paramedici worden meegegeven aan mantelzorger of verpleging van WZC.

Greta heeft dit reeds bevraagd: extra verslagen moet vervangen worden door **adviezen van paramedici**

Wordt **psycho educatie** op dit moment gegeven of niet (wegens zwangerschap Nele)?

- *Nathalie Nelles vraagt dit na.*

Is samenwerking met specialist noodzakelijk voor de andere zorg- en of hulpverleners? Welke afspraken kunnen er gemaakt worden via sociale dienst ziekenhuis na raadpleging geheugenkliniek of opname geriatrie/psychogeriatric? vb. medicatie (pillen/pleisters)

- *Nog verder te bespreken in de ad hoc werkgroep DMW – soc dienst zh – O.C. TGZ*

- Hilde geeft aan dat de huisartsen via hun nieuwsbrief en website nog verdere informatie ontvangen over het zorgpad.

- *Nele bespreekt nog met Hilde hoe er een link kan gemaakt worden van de site artsen naar de site zorgpaden.*

- Fase 4 zorgdiagnose

Rol van de huisarts

- Dementiekompas voor patiënt en/of mantelzorger verduidelijken
- Doorverwijzen naar **dienst maatschappelijk werk mutualiteiten of thuiszorgcoach**
- Nadruk op individuele begeleider
- **MDO als start van het zorgtraject**
- Bij crisissituaties doorverwijzen naar **geriatrie of psychogeriatric**

Rol dienst maatschappelijk werk mutualiteiten

Vanuit het transitieplan heeft de DMW van de mutualiteit de rol toebedeeld gekregen van individuele begeleider aan huis om psycho-sociale begeleiding te verlenen aan de persoon met dementie en de mantelzorger(s).

Riet stelde de vraag of dit ook kan uitgevoerd worden door de referentiepersoon dementie van de senioren dienst. Er is alleen een specifieke opleiding voorzien voor de dienst maatschappelijk werk van de mutualiteiten om deze rol op te nemen.

Is de maatschappelijk werker een trajectbegeleider? Wat is de definitie van een trajectbegeleider?

- *Greta bevraagt dit bij ECD Vlaanderen bij de lesgever van de specifieke opleiding*

Samenwerking tussen huisarts en DMW mut. en Thuiszorgcoach

- Contactpunt dementie permanent bereikbaar vanuit Mutas voor alle hulpverleners om de DMW in te schakelen (nog op site huisartsen plaatsen)
- Folders bezorgd aan huisartsen (24) van beide diensten tijdens vorming
- Herhalen voor afwezige huisartsen
- *Hilde maakt nog informatiebundels voor de afwezige huisartsen*
- *Edgard bezorgt Greta het protocol van het contactpunt dementie*

MDO als opstart van het zorgproces

De huisarts zal voorstellen om een overleg te houden na het bezoek van de DWM of de thuiszorgcoach om de mogelijke ondersteuning en hulp met alle zorgpartners en betrokkenen af te stemmen.

Er wordt gesteld dat een MDO niet altijd toepasbaar is en dat we er van uit moeten gaan dat als betrokkenen hun plan zelf kunnen trekken er geen MDO nodig is. (self-empowerment van persoon met dementie en mantelzorger). Een MDO is wel noodzakelijk als er geen onderlinge afstemming van de hulp is of om te motiveren tot aanvaarding van hulp en ondersteuning. Hier kunnen afspraken gemaakt worden i.v.m. onderlinge communicatie en samenwerking via het zorgplan.

Zorgplan en thuiszorgfiche

Het gebruik van deze documenten verloopt niet altijd zoals zou moeten.

Riet geeft aan dat de O.C. TGZ de thuiszorgfiche in het ziekenboekje steekt zodat het meegenomen wordt naar het ziekenhuis.

Overleg met sociale dienst zh is noodzakelijk om afspraken te maken over het invullen en terug meegeven vanuit het zh. Het zorgplan wordt in het ziekteboekje gestoken en meegenomen naar het ziekenhuis.

Nele geeft aan dat het zorgplan vrij uitgebreid is zodat het ook bruikbaar is bij pat./cl. met dementie. Er kan altijd een apart verslag aan toegevoegd worden.

Via het elektronische zorgplan is bilaterale uitwisseling van informatie mogelijk. Via het communicatieschriftje aan huis kan ook gecommuniceerd worden.

Riet vermeldt dat zij in het schriftje de gemaakte afspraken en de telefoonnummers van de diverse hulpverleners noteert.

In sommige POP's wordt het ook gebruikt waar geen MDO is opgestart. Dit kan voorgesteld worden aan de POP van Hasselt, Zonhoven en Diepenbeek.

Bij crisissituaties doorverwijzen naar geriatrie of psychogeriatric

Samenwerking tussen huisarts en geriatrie/psychogeriatric

Samenwerking tussen WZC en geriatrie/psychogeriatric

Momenteel zijn er al afspraken tussen WZC en psychogeriatric die goed verlopen.

Kan er een ontslagoverleg georganiseerd worden voor de thuiszorg?

Ivo geeft aan dat het noodzakelijk is om afspraken te maken voor de thuisverpleging na het ontslag. (ontslagdocument of via de sociale dienst en via het zorgplan) Wit-Gele Kruis heeft via het ziekenhuisproject ook afspraken rond samenwerking met zh.

- *Nathalie geeft de afspraken met WZC na ontslag nog door*

- *Ivo en Nathalie gaan met elkaar afstemmen om informatie te bundelen rond samenwerking met ziekenhuis*
- *Zorg- en hulpverleners kunnen de huisarts raadplegen bij crisissituaties om eventueel een opname te regelen op geriatrie via spoedopname of psychogeriatric (tijdens wekdagen) meestal bij moeilijk hanteerbaar gedrag*
- *Greta bevraagt Katleen Eyckelberg i.v.m. project overeenkomst TZ en WZC*

Ad hoc werkgroep DMW mut TZC soc dienst zh en OCTGZ

Bespreking van afspraken rond:

- hanteren leidraad zorgdiagnose en verwijsgids dementie
- concrete samenwerking met de huisarts (info-uitwisseling)
- de samenwerking tussen de diensten onderling ter voorbereiding van het zorgproces voor de persoon met dementie en de mantelzorger
- MDO
- gebruik van zorgplan en thuiszorgfiche
- de rol van de huisarts bij weigering ondersteuning/hulp
- samenwerkingsovereenkomst ziekenhuis-eerstelijnsgezondheidszorg
- *(Ondertussen met toekomstige referentiepersoon dementie van DMW mut datum afgesproken en doorgegeven aan soc dienst zh en OCTGZ)*

Vergadering maandag 20 april van 14 u tot 16u

Deelnemers: Tania Mestrom OC TGZ (collega Riet), Miriam Gawla of Raf Jacobs (sociale dienst zh), Lies? (DMW CM), Marleen Martens (DMW DV) en Yves Plessers (DMW LM)

Vermits Riet en Nele niet aanwezig kunnen zijn zal Greta de bespreking terugkoppelen met hen.

Opmaak hulpmiddel voor persoons- en belevingsgerichte zorg a.d.h.v. levensverhaal

Ad hoc werkgroep is reeds opgericht met FH, TH en TZC. Ivo Todts en Nele Maesen zullen hierbij nog aansluiten.

- *Vergadering 10 april van 9u tot 11u*
- Deelnemers: Els Devillé, Lieve Kavs, Evy Van Doninck, Ivo Todts en Nele Maesen*
- *Greta zoekt nog informatie op over de SAMPC die in het WZC wordt gebruikt*

Zorg- en hulpverlening tijdens het zorgproces dementie

Dit onderdeel wordt verschoven naar de volgende vergadering van deze werkgroep.

4. Goedkeuring definitieve versie van folder, affiche en formulieren niet-pluis-gevoel om te laten drukken

Degenen die deze documenten nog niet hebben ontvangen kunnen begin volgende week nog feedback bezorgen. De anderen hadden geen opmerkingen.

5. Goedkeuring artikel stand van zaken zorgpad dementie

Degenen die dit document nog niet ontvangen hebben kunnen hun opmerkingen nog doorgeven. De anderen hadden geen opmerkingen.

6. Uitgebreide versie van het dementiekompas = verwijsgids dementie

Mededeling om feedback in te dienen voor 17 maart.

Nathalie Nelles geeft aan dat het dementiekompas een fijn hulpmiddel is om mee te geven.

Nele Maesen geeft door dat de sociale dienst van het WZC de kompassen ook stelselmatig meegeeft.

7. Data vergaderingen

- Ad hoc werkgroep levensverhaal: 10 april 9u – 11u

- Ad hoc werkgroep Samenwerking met stad, gemeente en OCMW: 16 april
10u – 12u
- Ad hoc werkgroep DMW mut – soc dienst zh – OC TGZ: 20 april 14 - 16u

- Werkgroep samenwerking: 23 april van 13 u – 16 u
Voorlopige agenda:
 - o Zorg- en hulpverlening tijdens het dementieproces
 - o Terugkoppeling ad hoc werkgroepen

- Werkgroep samenwerking: 28 mei van 13u tot 16u
Voorlopige agenda:
 - o Informatie-uitwisseling tussen de diverse disciplines

- Kernteam: 25 juni
Voorlopige agenda:
 - o Voorbereiding uittestfase zorgpad van september 2015 – februari 2016

1.2 Verslag ad hoc werkgroep 'Levensverhaal' – 10 april 2015

Aanwezigen

Els Devillé (stafmedewerker familiehelp), Nele Maesen (psychologe referentiepersoon dementie W.Z.C. H. Catharina Zonhoven), Greta Mekeers (consulent ECD Contact), Liesbet Mourmans (stagiaire maatschappelijk assistent)

Verontschuldigd

Ivo Todts (referentiepersoon Psychogeriatric Wit- Gele Kruis – Menos), Evy Van Doninck (diensthoofd Thuiszorgcoach)

Inleiding

Tot nu toe hebben we ons gebaseerd op de volgende documenten i.v.m. het levensverhaal: Familiehelp, OCMW Sint-Truiden, Thuishulp, eindwerk Ilse Coemans en Thuiszorgcoach om een hulpmiddel op te maken voor de zorg- en hulpverleners om belevingsgericht en persoonsgericht om te gaan met de persoon met dementie.

De medische aspecten, ADL en IADL van al deze documenten behoren in eerste instantie tot het zorgplan. Gewoontes/rituelen, voor- en afkeuren beleving over medische aspecten, ADL en IADL passen wel in het hulpmiddel vanuit het levensverhaal voor belevings- en persoonsgerichte zorg.

Het sneuveldocument is opgesteld in de ik-persoon zodat de persoon met dementie dit eventueel zelf kan opmaken al of niet samen met een familielid. De dienst thuiszorgcoach of dienst maatschappelijk werk van de mutualiteit introduceert dit document op het eerste gesprek indien zij hiervoor openstaan. Hoeveel te eerder het wordt opgemaakt hoe veel te meer waardevolle informatie er rechtstreeks komt van de betrokken persoon. Het hulpmiddel is aanwezig in het gezin zodat zorg- en hulpverleners dit kunnen raadplegen.

Bespreking van volgende documenten:

1. SAMPC

De SAMPC werd overlopen om te bekijken welke elementen bruikbaar zijn voor het hulpmiddel. Deze feedback werd gedeeltelijk genoteerd/aangepast in het document SAMPC zelf (in groen gearceerd wat we opnemen in het document hulpmiddel) en vindt u hieronder terug:

- *Somatiek*
Deze items behoren tot het zorgplan en zullen besproken worden in de ad hoc werkgroep samenwerking.
- *ADL/Mobiliteit/ Aanpassingen*
Aan Ivo is gevraagd wat wordt bedoeld met 'middelen en maatregelen': het gaat hier over risicogedrag van de betrokken persoon voor zichzelf of voor anderen
Dit wordt genoteerd in een ander document en zal besproken worden op de ad hoc werkgroep samenwerking.
- *Psychisch functioneren:*
 - *Fasen van beleving: Dit gaan we niet toepassen omdat het gevaar bestaat dat de zorg- of hulpverlener bepaalt in welke fase de persoon met dementie verkeert. De kenmerken van de diverse fasen lopen door elkaar. Het is belangrijk dat de zorg en hulpverlener aandacht blijft hebben voor de belevingen van alle fasen omdat die sterk door elkaar kunnen voorkomen. Deze fasen van beleving kunnen wel opgenomen worden in de informatiebundel voor de zorg- en hulpverlener.*
 - *Ziekte-inzicht verder uitwerken. (Cliënt mag zich niet bedreigd voelen!)*
 - *Lijst gevoelens gebruiken (zie intervisie en reflectietool)*
 - *Cognitief functioneren past onder ervaringen van het geheugen in het formulier hulpmiddel*

- *Communicatie:*
 - *De eerste twee items staan vermeld op het zorgplan (meenemen naar ad hoc werkgroep samenwerking)*
 - *Formulier hulpmiddel aanvullen met: in gesprekken ervaar ik dat (aanvullen met voorbeelden van moeite met taalgebruik en –begrip, één op één contacten, gesprekken in groep, bepaalde onderwerpen, ...)*

2. Hulpmiddel vanuit het levensverhaal voor belevings- en persoonsgerichte zorg

Het hulpmiddel werd overlopen tot en met 'ik krijg graag bezoek van'. De feedback werd genoteerd/aangepast in het document zelf (in het geel gearceerd wat nog moet worden aangevuld of wat verbeterd is op de vergadering).

Er wordt afgesproken dat de leden van de ad hoc werkgroep het document zelf overlopen en hun bemerkingen doorsturen naar Greta, die het zal bundelen voor de volgende vergadering.

- *Nele stuurt nog figuur van stamboom met legende door naar Greta.*
- *In de ad hoc werkgroep samenwerking zal het gebruik van het hulpmiddel vanuit levensverhaal naast het zorgplan besproken worden om aanvullend te kunnen werken.*
- *Kan dit document ook toegepast worden bij jonge personen met dementie? We leggen dit nog voor aan mantelzorgers in de focusgroep en beslissen achteraf of aanvullingen noodzakelijk zijn of een ander document nodig is.*
- *In het zorgplan moet vermeld worden in volgorde wie de contactpersonen zijn*

To do: het document hulpmiddel overlopen (voor de aanwezigen vanaf 'ik krijg graag bezoek' voor de anderen volledige document) en de bemerkingen doorsturen naar Greta voor 8 mei

Volgende vergadering: 28 mei van 9 – 11 uur in zaal Lima, Welzijns-campus, A. Rodenbachstraat 29 in Hasselt

1.3 Verslag werkgroep samenwerking met stad/gemeente en OCMW – 16 april 2015

Aanwezigen

Betty Hendriks (verantwoordelijke TZD Zonhoven), Jelle Van de Weeghe (verantw TZD Zonhoven), Girtje Goossens (verantw TZD Diepenbeek), Nele de Bock (coördinator dienstencentrum Hasselt), Greta Meekers (consulent ECD Contact), Liesbet Mourmans (stagiaire maatschappelijk assistent)

Verontschuldigd

Iris Van den Bossche (dienst diversiteit stad Hasselt)

Inleiding

We willen graag samenwerken met de stad, gemeente en OCMW om het grote publiek (de mensen die niet in de hulpverlening zitten) te sensibiliseren over het niet-pluis-gevoel vanaf september omdat het eerste luik van het zorgpad vanaf dan wordt uitgetest.

Voor deze doelgroep werd een folder met formulier en affiche opgemaakt waarin wordt uitgelegd wat het verschil is tussen normale vergeetachtigheid en dementie, waarom een tijdige diagnose van belang is, hoe je het ongerust gevoel kunt in kaart brengen op het formulier en bij wie je terecht kan met een niet-pluis-gevoel.

Aan de hand van een ppt die jullie al ontvangen hebt werd uitgelegd wat het belang is van een tijdige diagnose voor de persoon met dementie, de mantelzorger en de samenleving. Ook wordt uitgelegd wat het belang is van het formulier niet-pluis-gevoel voor de zorg- en hulpverleners.

Deze PowerPoint kunnen jullie gebruiken om diensten/verenigingen binnen OCMW/stad/gemeente te motiveren om samen te werken.

Hoe kunnen we sensibiliseren?

- Waar kunnen we de affiches en folders verspreiden? (zie voorstel reeds uitgewerkt in het zorgpad in bijlage)
- Hoe kunnen we dit aanpakken binnen de stad, gemeente en OCMW?
- Kan een vorming een meerwaarde betekenen?
- Voor welke doelgroepen?
- Hoe kan dit georganiseerd worden?

We gaan de folder en affiche niet massaal uitdelen maar aanbieden op bereikbare plaatsen in gemeente of stad.

- Girtje (Diepenbeek): via de WZC's, sociaal huis (OCMW), gemeentelijk infoblad, bezoekersteam (vrijwilligers die bij 80-plussers langsgaan) of aan de ingang van kerken folders leggen en een affiche ophangen
- Betty en Jelle (Zonhoven): nog bezig met de uitwerking van een bezoekersteam
- Nele (Hasselt): bezoekersteam, belgezel, dienstencentrum
- Gemeentelijke gebouwen en dorpsrestaurant (Zonhoven)

Persbericht om mensen te prikkelen in de info-magazines van stad of gemeente:

- Nieuwe Hasselaar – *Greta vraagt aan Bart Derison wanneer de volgende uitgave is en deadline*
- Zonhovenaar – *Betty of Jelle vragen wanneer de volgende uitgave is en deadline*
- Teng (Diepenbeek) – *Girtje vraagt wanneer de volgende uitgave is en deadline*

TV Limburg kunnen we contacteren (*Greta heeft contacten door docu-reeks*) voor bekendmaking sensibilisering - TV publiek waarop de gemeente activiteiten kan doorgeven

Via seniorenraad (Zonhoven en Hasselt) of welzijnsraad (Diepenbeek) kunnen we de seniorenverenigingen betrekken en vragen of ze een vorming (basisinfo over dementie

met duiding niet-pluis-gevoel en folder en formulier) willen organiseren of nog andere voorstellen hebben om te sensibiliseren.

Nele be vraagt dit maandag a.s. op de seniorenraad

Girtje be vraagt dit aan de welzijnsraad

Jelle en Betty be vragen dit aan de seniorenraad

Om de logo's en de dienst preventie te betrekken is het volgende afgesproken:

- *Voor Hasselt: Iris Van den Bossche - Greta be vraagt haar hoe we kunnen samenwerken met de Logo's en dienst preventie*
- *Voor Diepenbeek: Girtje be vraagt dit nog*
- *Voor Zonhoven: Jelle en Betty be vragen dit nog*

Greta vraagt de aanwezigen als contactpersonen om de affiche en folder met formulier te verspreiden in stad/gemeente:

→ Hasselt = Riet en Nele

→ Diepenbeek = Girtje

→ Zonhoven = Betty en Jelle

To do's: in italic

Volgende vergadering: 1 juni om 10 uur in zaal Lima, Welzijns-campus, A. Rodenbachstraat 29 in Hasselt.

1.4 Vergadering Ad Hoc Werkgroep Concrete Samenwerking: DMW mut, OC TGZ, soc dienst zh - 20/04/2015

Aanwezigen

Ann Croes (sociale dienst Jessa, campus Salvator), Raf Jacobs (hoofd sociale dienst Jessa ziekenhuis), Tania Mestrom (O.C.TGZ OCMW Hasselt), Nele Van Meer (coörd. LISTELvzw), Lies Swerts (DMW C.M.), Yves Plessers (diensthoofd DMW Liberale mut.), Marleen Martens (DMW De Voorzorg), Ivo Todts (referentiepersoon Psychogeriatric Wit-Gele Kruis – Menos), Hilde Vanoppen (zorgtrajectpromotor LMN), Greta Mekers (consulent ECD Contact), Liesbet Mourmans (stagiaire maatschappelijk assistent)

Verontschuldigd

Nathalie Nelles (HVP psychogeriatric Jessa ziekenhuis)

Inleiding

Binnen het zorgpad zijn we bezig met de vierde fase, samenwerking binnen de zorg- en hulpverlening uit te werken. Hiervoor zijn er 3 ad hoc werkgroepen opgericht:

- Ad hoc werkgroep Levensverhaal om een hulpmiddel op te maken voor belevingsgerichte en persoonsgerichte zorg
- Ad hoc werkgroep Samenwerking binnen stad, gemeente en OCMW: om het grote publiek te sensibiliseren over het niet-pluis-gevoel
- Ad hoc werkgroep Concrete Samenwerking

Fiche zorgpad dementie voor huisartsen (dringend te bespreken)

We hebben enkel deze fiche kunnen bespreken tijdens de vergadering. In bijlage vindt u de fiche met de aanpassingen.

Hilde Vanoppen legt uit dat deze fiche die past in het voorschriftenboekje en dergelijke fiches voor andere aandoeningen reeds zijn opgemaakt.

Op 7 mei zal dit overhandigd worden aan de huisartsen.

Wat betreft de thuiszorgfiche is er afgesproken dat indien deze aanwezig is bij de patiënt ze wordt meegegeven op consultatie of bij opname. Het gebruik is momenteel minimaal en kan op die manier gestimuleerd worden. De thuiszorgfiche zal in de toekomst ook digitaal kunnen gebruikt worden.

Menos wordt ook toegevoegd achter nadruk op individuele begeleiding vermits zij overal in Limburg kunnen hulp bieden. Ook op de folder niet-pluis-gevoel zal Greta Menos nog bijvoegen.

Ivo Todts geeft het telefoonnummer van Menos zo snel mogelijk door aan Hilde en Greta.

Concrete samenwerking binnen het zorgpad dementie

Deze bespreking zal gehouden worden op **donderdag 23/04 van 13 tot 16 uur in zaal Lima tijdens de Werkgroep Samenwerking binnen de zorg- en hulpverlening**

1.5 Vergadering Werkgroep Samenwerking zorg- en hulpverlening – 23/04/2015

Aanwezigen

Riet Dendas (Overlegcoördinator TGZ senioren dienst OCMW Hasselt), Edgard Van den Broeck (diensthoofd DMW C.M.), Miriam Gawla (sociale dienst psycho-geriatrie Jessa ziekenhuis campus Salvator), Ivo Todts (Ref. pers. Psychogeriatric Wit- Gele Kruis – Menos), Els Devillé (stafmedewerker familiehulp), Nele Maesen (psychologe referentiepersoon dementie W.Z.C. H. Catharina Zonhoven), Greta Meekers (consulent ECD Contact), Liesbet Mourmans (stagiaire maatschappelijk assistent)

Verontschuldigd

Hilde Vanoppen (zorgtrajectpromotor LMN), Dr. Marc Van Den Broeck (huisarts, voorzitter LMN), Benny Leynen (zorgmanager cluster ouderenpsych. Asster), Margriet Holsteyn (logopedist geriatrie Jessa), Lucie Raymackers (thuisverpleegkundige – TV De Voorzorg), Nathalie Nelles (hoofdvp. Afd. psychogeriatric Jessa), Evy Van Doninck (diensthoofd Thuiszorgcoach), Girtje Goossens (overlegcoördinator TGZ)

Inleiding

Er zijn 3 ad hoc werkgroepen van de Werkgroep Samenwerking binnen de zorg- en hulpverlening:

1. Ad hoc werkgroep 'Concrete Samenwerking': uitwerken van de informatiestromen tussen de diverse zorg- en hulpverleners
2. Ad hoc werkgroep 'Samenwerking tussen stad, gemeente en OCMW': om te sensibiliseren over het niet-pluis-gevoel bij het ruime publiek aan de hand van de folder met het formulier NPG
3. Ad hoc werkgroep 'Levensverhaal':

De ethische commissie van Jessa ziekenhuis heeft het concept dat wij hebben voorgelegd om het onderzoek NPG uit te voeren goedgekeurd. Greta zal een mail versturen met de periode in juni wanneer de formulieren NPG kunnen ingevuld worden voor het onderzoek.

Agendapunten

1. **Goedkeuring verslag 5 maart 2015.**
Dit verslag werd goedgekeurd.
2. **Stavaza ad hoc Werkgroep Concrete Samenwerking: terugkoppeling bespreking fiche zorgpad dementie voor huisartsen**
Voor bepaalde aandoeningen werden al fiches opgemaakt voor de huisartsen door LMN die passen in het voorschriftenboekje. Nu komt er ook een fiche voor het zorgpad dementie. Op die manier heeft de huisarts een checklist. Deze fiche wordt besproken en aangevuld.
In bijlage vindt u de inhoud van de gewijzigde fiche.
Er werd ook stilgestaan bij het verschil tussen een zorgoverleg en thuisgezondheidszorgoverleg (tussen WGK en FH). Bij een zorgoverleg wordt de patiënt/cliënt en/of mantelzorger steeds betrokken. Een thuisgezondheidszorgoverleg verloopt enkel tussen zorg- en hulpverleners.
3. **Stavaza ad hoc Werkgroep Samenwerking met stad, gemeente en OCMW om te sensibiliseren over het niet-pluis-gevoel bij het grote publiek**
Diverse voorstellen zijn aan bod gekomen om het grote publiek te sensibiliseren. Dit kan o.a. via dorpsrestaurants, belgezel, sociale huizen, woon- en zorgcentra, welzijns- en seniorenraad, seniorenorganisaties ...

Op de welzijns- en seniorenraad zal gevraagd worden om samen te werken om een vorming te organiseren voor het grote publiek.

De contactpersonen zijn Girtje Goossens in Diepenbeek, Betty Hendrickx en Jelle Van de Weeghe in Zonhoven en Riet Dendas en Nele De Bock in Hasselt.

Riet heeft al een oproep gedaan bij de seniorenraad. Nele De Bock volgt dit verder op.

Greta zal Iris Van den Bossche voor de dienst preventie en Rita de Boeck, hoofd Zorg van de provincie voor de LOGO's nog contacteren.

4. Stavaza ad hoc Werkgroep Levensverhaal om een hulpmiddel op te maken voor belevingsgerichte en persoonsgerichte zorg voor de persoon met dementie

Voor dit hulpmiddel hebben we ons gebaseerd op de documenten van Familiehulp, WZC Meiland Sint-Truiden, WZC H. Catharina Zonhoven, Thuishulp, eindwerk Ilse Coemans, Thuiszorgcoach en de SAMPC-schaal.

Dit document is geschreven in de ik-vorm en kan aangereikt worden door de DMW mutualiteit, TZ-coach en Menos zodat de betrokkene en/of mantelzorgers het zelf kan invullen. Het is een leuk hulpmiddel voor de betrokkene en mantelzorgers(s) om samen te reminisceren.

De betrokkene vult ook in of de zorg- en hulpverleners dit document mogen inkijken als hij/zij niet meer zelf kan benoemen wat zijn of haar voorkeuren en wensen zijn zodat de zorg- en hulpverlener persoonsgerichte en belevingsgerichte zorg kan bieden. Met deze toestemming kan het ook doorgegeven worden naar Dagverzorging, Kortverblijf en WZC.

Vanuit alle documenten werd relevante informatie gehaald om één hanteerbaar document te maken. Er werd voorgesteld om met losse bladen te werken zodat de invuller zelf kan kiezen wat hij niet wil opnemen in zijn levensverhaal.

Edgard stelt voor om het document op te maken op 2 niveaus:

- Mijn memoires
- Wat geef ik mee aan de hulpverlening om de zorg voor mij zo goed mogelijk te laten verlopen

Miriam Gawla bezorgt document anamnese (geriatrie) aan Greta om eventueel nog aanvullingen te doen.

5. Resultaten interviews met mantelzorgers over samenwerking

De bevindingen van de mantelzorgers aangaande samenwerking werden voorgelegd door Liesbet. (zie bijlage) De informatie moeten we relativeren omdat het slechts 6 mantelzorgers zijn waarvan één persoon zeer tevreden was en de andere 5 veel minder tevreden zijn over de samenwerking.

De opmerkingen zullen meegenomen worden bij de uitwerking van de concrete samenwerking.

6. Verdere uitwerking ad hoc Werkgroep Concrete Samenwerking

Aan de hand van een tekst 'Samenwerking binnen het zorgpad dementie' (zie bijlage) verloopt een bespreking.

Fase 2: detectie en signalering

- Niet-pluis-gevoel van meerdere zorg- en hulpverleners aan huis: geen opmerkingen
- Indicietellers van de zorgverzekering reiken de folder en het formulier aan en motiveren om naar hun huisarts te gaan. Zij signaleren niet rechtstreeks aan de huisarts.
- Op een MDO zal de OCTGZ het niet-pluis-gevoel met de nodige documenten

- voorzichtig bespreekbaar stellen en inschatten of het kan aangereikt worden..
- Het niet-pluis-gevoel bij apothekers
 - *Nog bevragen bij het KLAV*
- Het niet-pluis-gevoel bij kinesitherapeuten, ergotherapeuten, lopedisten ...
 - *Nog bevragen*
- Het niet-pluis-gevoel bij politie
 - *Nog bespreken met Katrien*
- Het niet-pluis-gevoel in een WZC wordt nu ook al snel benoemd en gesignaleerd zonder formulier
 - *Greta bezorgt het formulier aan Nele Maesen.*

Fase 3: ziektediagnose

- Samenwerking tussen specialisten en huisartsen (zie hulpverleningsfiche huisartsen)
- Samenwerking tussen specialisten en andere zorg- en hulpverleners (VP, kine, ergo, logo, psychologen, maatschappelijk werkers)

via sociale dienst van het ziekenhuis na raadpleging GHK of opname geriatrie/psychogeriatric

- o Samenwerkingsovereenkomst ziekenhuis – eerstelijnsgezondheidszorg

Sommige onderdelen van deze overeenkomst worden niet toegepast, andere wel.

- *Aanpassing van de samenwerkingsovereenkomst nodig*

Hoe worden hulpverleners verwittigd van opname in het ziekenhuis? Communicatie tussen thuisverpleging thuis en ziekehuis? Wordt er gebruik gemaakt van de thuiszorgfiche om informatie door te geven? Hoe wordt informatie doorgegeven zonder thuiszorgfiche?

Het zorgplan (opgemaakt bij een MDO) is een onderdeel dat in orde moet zijn voor het dossier. Bij een MDO zitten alle partijen rond de tafel. Er wordt nagegaan wat de problemen zijn en afspraken worden in het zorgplan vermeld in het communicatieschriftje. Iedere betrokkene mag een overleg aanvragen met medeweten van de mantelzorger/patiënt.

Het is belangrijk om na te gaan wie wat op zich neemt en wat realistisch is in de situatie.

Welk netwerk heeft de persoon met dementie? De aanwezige hulpverlening en de omgeving kunnen door goede afspraken de juiste hulp aanbieden.

- *Greta stelt voor om samen te komen met Ivo Todts, Nathalie Nelles en Nele Maesen om de nota te bespreken die Nathalie heeft doorgestuurd. Greta vraagt ook nog iemand van de zelfstandige verpleegkundigen en het diensthoofd van geriatrie. ???*

Vanuit de werkgroep wordt aangegeven dat deze manier van bespreken niet concreet genoeg is om afspraken te maken die transparant en gemakkelijk op te volgen zijn.

Greta overlegt na de vergadering nog met Edgard over een andere aanpak en zal ook nog een overleg hebben met Nele van LISTEL om de volgende vergadering voor te bereiden.

To do's

in italic

Volgende vergaderingen: (in zaal Lima, Welzijns-campus tegenover ECD)

Ad hoc werkgroep 'Levensverhaal'

28 mei van 9 u tot 11 u

Ad hoc werkgroep 'Concrete samenwerking'

28 mei van 13 u tot 16 u

Ad hoc werkgroep 'Samenwerking met stad, gemeente en OCMW'

1 juni

Werkgroep 'Samenwerking'

25 juni van 13u tot 16u

