

2) Voorbereiding interviews a.d.h.v. verkregen informatie

Wat is de ideale situatie om de persoon met dementie zo lang mogelijk thuis te verzorgen en hoe ziet de persoon dat?

- ➔ Welke diensten?
- ➔ Hoe moet dat werken?
- ➔ Wat kan beter?

Diensten die aan huis kunnen komen bij mantelzorgers en personen met dementie

- Diensten gezinszorg (de grote mutualiteiten hebben binnen hun organisatie een dienst). Indien nodig wordt er gezinszorg ingeschakeld en dan kijken we via welke mutualiteit de mensen zijn aangesloten.
- Opkomst van diensten gezinszorg buiten de gekende organisatie, Flexpoint, Gezinszorg van het WGK (wit gele kruis)
- Oppasdiensten georganiseerd vanuit de mutualiteit, deze diensten worden meestal bemand door vrijwilligers
- Oppasdienst van de gezinsbond ...
- De huisarts behoort ook tot de samenwerking, specialisten, verpleegkundigen, OCMW, ziekenhuis, woon- en zorgcentra, apothekers, familiehelp ...

Samenwerking met diensten (spreken ze u aan? Wat laten ze u weten?)

- Wanneer we een aanvraag ontvangen voor een zorgoverleg te organiseren, gaan we na welke diensten er reeds komen en of er nog andere diensten moeten ingeschakeld worden. We vertrekken altijd vanuit de keuze van de patiënt, hij beslist wie of welke instantie hulp gaat bieden. In het geval dat er nog geen hulp is, gaan we altijd na wat de wens van de patiënt is en welke diensten er nodig zijn opdat de patiënt zo lang mogelijk op een veilige manier kan thuis blijven wonen.
- Op het einde van het zorgoverleg worden de afspraken meestal genoteerd in het communicatieschriftje. Aan de partners van het zorgoverleg (ook patiënt en familie) leggen we de bedoeling uit en raden we hen aan het communicatieschriftje te gebruiken om de interne communicatie tussen de verschillende partners te bevorderen. Tijdens het zorgoverleg wordt er afgesproken op welke plaats het schriftje wordt gelegd.

Zorgproces vanaf het niet-pluis-gevoel

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.

Rol van de huisarts

- Doorverwijzen naar dienst maatschappelijk werk mutualiteiten of thuiszorgcoach
- 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). Ook door referentiepersoon dementie van senioren dienst?

- Iedereen een rol = gevaar dat 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.

MDO (multidisciplinair overleg) 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. (selfempowerment 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

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

Overleg met sociale dienst ziekenhuis is noodzakelijk om afspraken te maken over het invullen en terug meegeven vanuit het ziekenhuis. 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.

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 het ziekenhuis.

- *Nathalie geeft de afspraken met woon- en zorgcentra na ontslag nog door*
- *Zorg- en hulpverleners kunnen de huisarts raadplegen bij crisissituaties om eventueel een opname te regelen op geriatrie via spoedopname of psychogeriatric (tijdens weekdays) meestal bij moeilijk hanteerbaar gedrag*