

Bijeenkomst 20 juni Project Ouderenzorg

Van Jaarsveld & Tersmette (+Mariëlle)

Van Mil & van Osch (+Janet)



Agenda

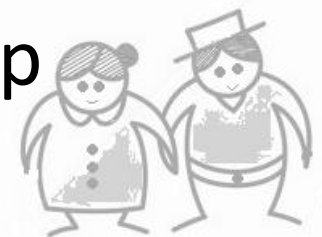
- Inleiding Maurice
- Doel bijeenkomst Janet/ Mariëlle
- Kennismaking allen
- Doelen ouderenzorg Kasper
- Uitleg project Janet/ Mariëlle
- Vragen / Opmerkingen



Inleiding



- We vergrijzen
- We blijven thuis : minder geld, minder zorgcentra
- Deel chronische zorg reeds binnen ketenzorg gerealiseerd: samenwerking J/T & M/O voor DM, COPD, CVRM (via Synchronon)
- Ouderenzorg is logische volgende stap



Inleiding (vervolg)

- Huisartsenpraktijk (HA/PO) speelt centrale rol in ouderenzorg, omdat:
 - Volledige voorgeschiedenis bekend
 - De context duidelijk bij HA
 - HA beheert totaal dossier
 - Elke “eerste-hulp”-vraag komt meestal bij de huisarts terecht



Inleiding (vervolg)

- Zorgverzekeraars bieden een ouderenzorgmodel voor de huisarts; het CZ-model (volgt)
- “multidisciplinair zorgaanbod voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie om zelfredzaamheid te bevorderen”.
- Kerndisciplines (HA/POH, SOG, wijkvpk) werken samen, vaak met anderen (dementieconsulent, ft, ergoth, diëtist, apotheker, welzijnswerk)
- MDO-structuur, behandelplan, functionele- en zorgdiagnostiek, aanstellen casemanager (volgt).



Inleiding (slot)

- Welke ouders vallen binnen het project?
 - Screening TRAZAG
 - Aanbod vanaf de werkvloer (wij allen)

NB:het is een GROEI-model!



Doel van deze bijeenkomst.

- Kennis nemen van ons plan
- Kennismaken met elkaar: wie zijn we en wat doen we al?
- Starten van een netwerk: bereikbaarheid
- Uitleg over de inhoud van het projectplan ouderenzorg
- Eventueel vervolgspraken



Kennismakingsronde

- Wie ben je
- Waar werk je
- Functie / aandachtsgebieden

- Formulier invullen gegevens





Sint-Oedenrode

gemeente

Wat gaan wij voor de helft van
Sint Oedenrode betekenen?



Doelen ouderenprogramma

Hoofddoel:

patiënt/cliënt, in tevredenheid, zo lang mogelijk
laten wonen in eigen omgeving,
met zo volledig mogelijke zelfstandigheid



Doelen ouderenprogramma

- Vroegtijdig herkennen van kwetsbare patiënt/cliënt door middel van screening
 - Preventieve mogelijkheden
 - Mogelijkheid om kwetsbaarheid te verminderen
- Proactieve zorg i.p.v. vraaggestuurde zorg
 - Vroegtijdig signaleren
 - inspelen op veranderingen
- Verbinding benadrukken tussen zorg en welzijn



Doelen ouderenprogramma

- Eén zorg(behandel)plan
 - Integrale zorg
 - Samenhang, afstemming en coördinatie van zorg
 - Iedereen werkt met gelijke doelen
 - Ieders deskundigheid wordt benut
 - Toetsing en bijstelling door MDO
- Versterken van de eigen regie over de geboden zorg
 - Bevordering van zelfmanagement
 - Versterken/ondersteunen van mantelzorg



Methode om te screenen: TRAZAG

- Vragenlijst voor de patiënt op 10 domeinen:
 - *hulp nodig bij huishouden*
 - *ADL*
 - *afvallen*
 - *problemen eten/drinken*
 - *> 2 keer vallen in 6 maanden*
 - *moeite met gaan staan/bewegen*
 - *bezoek huisarts / ziekenhuis*
 - *urineverlies*
 - *> 4 verschillende medicatie*
 - *visusproblemen*
 - *gehoorproblemen*
 - *problemen met geheugen*
 - *sombere gedachten / depressie*



TRAZAG

- Positief antwoord bij 3 vragen of meer
-> “kwetsbare oudere”
- Positief bij 2 vragen: wordt vervolgd
- Positief bij 0-1 vraag: follow up na
3 jaar



“Kwetsbare oudere” en dan.....

- Verder in kaart brengen
- Zorgplan maken
- 2x per jaar MDO organiseren
- Polyfarmacie
- Coördinatie van zorg



Kernteam:

- De **huisarts** met **praktijkondersteuner** zo nodig aangevuld met:
 - *S.O.G. (m.n. in de aanloopfase frequent)*
 - *thuiszorg/wijkverpleegkundige.*
 - *casemanager dementie*
 - *welzijn de Meijerij,*
 - *apotheek,*
 - *fysiotherapeut,*
 - *ergotherapeut,*
 - *gemeente*
 - *dietiste*
 - *familie/mantelzorger*



Follow-up

- Afspraken maken omtrent MDO's?
- Wie is waar te bereiken.
- Overdracht van zorg

