

Geriatrisch netwerk

Iedere huisartsenpraktijk zet een geriatrisch netwerk op en onderhoudt deze contacten. Dit netwerk bestaat minimaal uit de huisarts/POH-O en wijkverpleegkundige.

Betrokken zorg- en hulpverleners

Het advies is om bij het lokaal geriatrisch netwerk de volgende professionals te betrekken:

- Huisarts / POH-O
- Wijkverpleegkundige
- Casemanager Dementie
- Apotheker
- Specialist Ouderengeneeskunde
- Ouderenadviseur en/of maatschappelijk werker

Doel

Het netwerk maakt ontmoeting en kennisuitwisseling mogelijk tussen professionals vanuit patiënten perspectief. Het bevordert de samenhang en continuïteit in zorg en begeleiding tussen zowel eerste- en tweedelijnszorg als de sectoren zorg en welzijn ('nulde lijn').

Zorgcoördinatie

Het geriatrisch netwerk gaat over zorgcoördinatie en monitoring van het ziektebeloop in gecompliceerde situaties. Mantelzorgers benadrukken dat zij het fijn vinden als een buitenstaander meedenkt bij moeilijke beslissingen en als deze kan bemiddelen bij problemen binnen het netwerk. Ze kunnen bij vragen en problemen laagdrempelig terecht bij de zorgcoördinator.

De zorg coördinatie kan worden overgedragen aan een andere zorgverlener, als de problematiek van de oudere zich zodanig ontwikkelt dat er sprake is van verschuiving van de zorgvraag.

Casemanager dementie

Mensen met dementie vragen om een specifieke ondersteuning die kan gegeven worden door de casemanager dementie. De afgelopen jaren is er veel discussie geweest over de deskundigheid die daarvoor nodig is. In het [nieuwe expertiseprofiel](#) wordt uitgegaan van een sociale benadering van dementie, waarbij integrale en persoonsgerichte zorg voorop staan. Uitgangspunt van het profiel is dat casemanagement bij moet dragen aan de best mogelijke zorg, ondersteuning en begeleiding voor mensen met dementie en hun naasten. De aangescherpte competentieprofielen en opleidingseisen moeten bijdragen aan de verdere professionalisering en positionering van casemanagement dementie.

Aanvragen van een casemanager dementie gebeurd via www.ndao.nl daarbij klik je op de tegel van de gemeente waarin de inzet gewenst is.

Wijkverpleegkundige

Waar wijkverpleging wordt ingezet, is bij voorkeur de wijkverpleegkundige de zorgcoördinator. Wijkverpleging vraag je aan via www.samenindewijkzorg.nl

Specialist Ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde kan in consult gevraagd worden bij een complexe zorgvraag waarbij meerdere hulpverleners betrokken zijn. Meer praktische informatie is te vinden in [deze folder](#).

Samenwerkingsafspraken tussen de huisartsen en de Specialist Ouderengeneeskunde kunnen vastgelegd worden in een [samenwerkingsovereenkomst](#).

Zorg coördinator

De zorgcoördinator zorgt voor overzicht en ondersteuning. Deze taak wordt op de volgende manier uitgevoerd:

- Regelmatig contact onderhouden met de oudere en/of mantelzorger. Om zicht te houden op de situatie van de oudere, eventuele andere wensen/behoefte en tevens het effect van de reeds uitgevoerde interventies.
- Bezoek aan huis, zodat er goed zicht is op de situatie en er passend advies gegeven kan worden.
- Er op toe zien dat hulpverleners het persoonlijk plan uitvoeren en hen aanspreken op het moment dat hier niet aan voldaan wordt.

De zorgcoördinator moet goed op de hoogte zijn van de sociale kaart zodat snel en efficiënt de juiste zorg ingezet wordt.