

Au cœur de votre pratique
professionnelle . . .

dac 2020
coordonner
simplifier
soutenir

appuisanté
nord finistère




 appuisanté
nord finistère · association




Rapports entre partenaires




QUI FAIT QUOI ?





Q.Q.O.Q.C.C.P.
Comment? Où?
Qui? Pourquoi?
Quand? Pourquoi?
Combien? Pourquoi?

Structure	Pour Qui ?	Quoi ?
 <p>Dispositif d'appui à la coordination</p> <p>Appui Santé Nord Finistère</p>	<p>Personnes malades ressenties en situation complexe par les professionnels de santé, médico-sociaux, du domicile ou en établissement dans le cadre d'un projet de maintien à domicile,</p> <p>quel que soit l'âge, la pathologie ou le handicap.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires (ROR). • Appui aux professionnels et accompagnement dans la durée selon les besoins de la situation avec évaluation multidimensionnelle partagée et aide à la coordination autour du patient : soutien (appui aux pratiques-pompe, plaie, insuline, ...), préconisations thérapeutiques, social, diététique, psychologique), aide à la décision éthique, fiches de liaison SAMU, et ouverture de droit ou relais vers les aides sociales ... • Possibilité d'accompagnement et suivi intensif, dans la durée nécessitant une coordination renforcée sanitaire, sociale, humaine et/ou environnementale du fait d'un isolement complet ou d'une déficience majeure de l'entourage. (ancienne « gestion de cas MAIA)
 <p>Centre Départemental d'Action Sociale</p>	<p>Toute personne rencontrant une difficulté personnelle, familiale ou désirant bénéficier d'une information ou d'un suivi médico-social</p> <p>quel que soit l'âge</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Information et instruction des demandes d'accès aux droits (Allocation Personnalisée d'Autonomie-APA, ...) • Evaluation sociale des situations et du caractère d'urgence • Accompagnement social ou médico-social (Gestion conflit familial, aide au budget, mesure de protection, ...) • Mission de protection de l'enfance. Mission d'éducation et de planification familiale. Mission d'insertion et de lutte contre les exclusions. Orientation vers les partenaires • Evaluation des situations de maltraitance (Recueil d'informations préoccupantes) et de vulnérabilité.
 <p>Centre Local d'Information et de Coordination Gériatrique</p>	<p>Personnes de 60 ans et plus, leurs entourage et les professionnels intervenants autour d'eux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Information sur l'offre du territoire et sur les droits des personnes : par téléphone ou en permanence • Évaluation des besoins, par visite à domicile • Aide dans les démarches • Orientation vers les services appropriés

Structure	Pour Qui ?	Quoi ?
 <p>Dispositif d'appui à la coordination</p> <p>Appui Santé Nord Finistère</p>	<p>Personnes malades ressenties en situation complexe par les professionnels de santé, médico-sociaux du domicile ou en établissement dans le cadre d'un maintien à domicile, quel que soit l'âge, la pathologie ou le handicap.</p> <p>Situation clinique anticipée ou stabilisée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires (ROR). • Appui aux professionnels et accompagnement avec évaluation, multidimensionnelle partagée et aide à la coordination autour du patient : soutien (technique et préconisations thérapeutiques, social, diététique, psychologique, aide à la décision éthique, fiches de liaison SAMU, ...) • Permet ou facilite une prise en charge globale. Elle est formalisée dans un Plan Personnalisé de Coordination en Santé PPCS, comprenant un volet Soins, Aides, Accompagnement et Education thérapeutique + une fiche SAMUPALLIA • Le médecin traitant est le pivot de l'intervention (prescripteur) qu'il valide obligatoirement. • Anticipation : RC avec l'équipe soignante du domicile / cabinet médical
  <p>EMSP</p> <p>Equipe mobile de Soins Palliatifs</p>	<p>Patients porteur d'une maladie grave, évolutive et dont la majorité des soins sont portés plus sur la qualité de vie que la quantité de vie</p> <p>Peut en milieu , médico-social ou à domicile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervient à la demande de l'équipe soignante • Elle nécessite l'accord formel du médecin traitant (hospitalier ou du domicile) qui reste le référent de la prise en charge et des prescriptions • L'évaluation des besoins du patient et l'intervention est multi-dimensionnelle et comprend l'entourage. • Expertise et élaboration d'une fiche SAMUPALLIA • "Les SP doivent être délivrés à tout malade dont le pronostic vitale est en jeu, quelle que soit l'issue de la maladie, qu'elle se solde par la mort, par une rémission ou par la guérison." = Ne pas réduire les SP à la fin de vie ou à la séquence succédant à la dernière chimiothérapie. Les SP visent à limiter les symptômes, la perte d'autonomie et la détresse psycho-sociale. La prise en charge précoce est gage d'amélioration de la qualité de vie des patients. Elle permet le continuum entre le curatif et le palliatif, entre la ville et l'hôpital (rapport avec les ESP, les aidants l'HAD..). Elle permet d'éviter les ruptures dans le parcours de soins, assure la fluidité des soins, l'efficacité. Elle facilite la prise en compte de l'attente des patients et de leurs décisions. Elle suppose des formes d'organisations adaptées (repérage des patients éligibles, culture palliative entre acteurs du Cure et du Care..).

Structure	Pour Qui ?	Quoi ?
 <p>Dispositif d'appui à la coordination</p> <p>Appui Santé Nord Finistère</p>	<p>Personnes malades ressenties en situation complexe par les professionnels de santé, médico-sociaux du domicile ou en établissement dans le cadre d'un maintien à domicile, quel que soit l'âge, la pathologie ou le handicap.</p> <p>Situation clinique anticipée ou stabilisée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires (ROR). • Appui aux professionnels et accompagnement prolongé avec évaluation, multidimensionnelle partagée et aide à la coordination autour du patient : soutien (technique et préconisations thérapeutiques, social, diététique, psychologique), aide à la décision éthique, fiches de liaison SAMU, ... • Permet ou facilite une prise en charge globale. Elle est formalisée dans un Plan Personnalisé de Santé PPS, comprenant un volet Soins, Aides, Accompagnement et Education thérapeutique. • Le médecin traitant est le pivot de l'intervention (prescripteur) qu'il valide obligatoirement. <i>Collaboration avec l'ensemble des partenaires habituels du domicile et sans s'y substituer ou réaliser pas directement des actes de soins.</i>
  <p>HAD Hospitalisation A Domicile</p>	<p>Personnes malades dont la situation clinique et dont les conditions du domicile le permettent</p> <p>Elles peuvent être atteintes de pathologies graves, aiguës ou chroniques, qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé.</p> <p>Situation clinique médicale justifiant une réévaluation régulière des soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Soins médicaux et paramédicaux continus (permanence) et coordonnés, qui se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité technique et la fréquence des actes. • L'évaluation de la situation est globale et la prise en charge adaptée selon les besoins. Elle est formalisée dans un projet thérapeutique clinique et psychosocial. Elle se traduit aussi par la fourniture de matériels, dispositifs et médicaments nécessaires à la prise en charge. • Elle nécessite l'accord formel du médecin traitant qui reste le référent de la prise en charge et des prescriptions. • La notion de domicile est très large, puisqu'elle recouvre le domicile personnel mais également les établissements d'hébergement collectif pour personnes âgées, personnes handicapées, personnes en situation de précarité sociale. <i>Lorsque l'HAD intervient dans un établissement d'hébergement, elle fixe les conditions de coopération avec l'équipe de la structure d'accueil.</i>

Structure	Pour Qui ?	Quoi ?
 <p>Dispositif d'appui à la coordination</p> <p>Appui Santé Nord Finistère</p>	<p>Personnes malades ressenties en situation complexe par les professionnels de santé, médico-sociaux du domicile ou en établissement dans le cadre d'un maintien à domicile, quel que soit l'âge, la pathologie ou le handicap.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires (ROR). • Appui aux professionnels et accompagnement prolongé avec évaluation, multidimensionnelle partagée et aide à la coordination autour du patient : soutien (technique et préconisations thérapeutiques, social, diététique, psychologique), aide à la décision éthique, fiches de liaison SAMU, ... • Permet ou facilite une prise en charge globale. Elle est formalisée dans un Plan Personnalisé de Santé PPS, comprenant un volet Soins, Aides, Accompagnement et Education thérapeutique. • Le médecin traitant est le pivot de l'intervention (prescripteur) qu'il valide obligatoirement.
 <p>Prestataire de service</p>	<p>Patients en situation de dépendance, de handicap ou de maladie, avec besoin de services nécessaires à leur prise en charge médicale ou paramédicale à domicile. Ces services ou prestations accompagnent la mise à disposition de technologies qui facilitent la mise en œuvre de traitements ambulatoires et des équipement destinés au maintien à domicile des patients ou dans des établissements médico-sociaux.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Technologies et prestations associées avec dans la quasi-totalité des cas, remboursement par l'Assurance maladie sur la base des tarifs de responsabilité définis par la Liste des produits et prestations remboursables (LPPR). • Elle nécessite l'accord formel du médecin traitant qui reste le référent de la prise en charge et des prescriptions et comprend <ul style="list-style-type: none"> ➤ La prise en charge à domicile des pathologies chroniques, dont mise à disposition : <ul style="list-style-type: none"> • Système de perfusion par pompe externe (PCA, Diabète, Parkinson, ...) • Oxygénothérapie (en poste fixe ou permettant la déambulation), VNI, Apnée du sommeil ... ➤ La mise en œuvre de traitements ambulatoires spécifiques, notamment : prestations et matériels par perfusion pour l'administration de chimiothérapies anticancéreuses, d'antibiothérapies, nutrition (voie entérale également possible), ... ➤ La mise à disposition d'aides techniques dont : <ul style="list-style-type: none"> • Matériels destinés à l'équipement du domicile : lits médicaux, appareils de verticalisation... • Aides à la mobilité : fauteuils roulants (électriques /manuels), cannes, béquilles, déambulateurs. • Dispositifs pour la prévention des escarres : coussins et matelas, compresseurs...et/ou les pansements • Dispositifs pour la prise en charge de l'incontinence : alèses, couches, sondes...

