

Persoonlijk plan en Zorgcoördinatie

Doel: Het bieden van proactieve, persoonsgerichte en samenhangende zorg.

Door de POH-Ouderenzorg wordt met de huisarts de volgende onderwerpen besproken:

- De probleeminventarisatie
- Betrokken hulpverleners
- Vroegtijdige zorgplanning

Opstellen zorgplan

Na het overleg en aan de hand van de besproken onderwerpen, wordt een beknopt zorgplan opgesteld, conform het SFMPC sjabloon zie bijlage 2.4

Probleem	: wat is het probleem
Doel	: wat is een haalbaar en is het doel passend bij de situatie en de wensen van de oudere
Actie	: welke actie moet ondernomen worden om het doel te bereiken
Wie	: wie is of zijn de uitvoerende partijen betreffende dit actiepunt

De zorg rondom kwetsbare ouderen is niet te standaardiseren. Wel zijn een aantal veel voorkomende problemen met (mogelijke) interventies te benoemen. Hierover is meer informatie te vinden op de website [effectieve ouderenzorg](#).

Registratie in het HIS

Registratie in het HIS vindt plaats onder Episode Algehele achteruitgang, ICPC A05 onder vermelding van Ouderenzorg kwetsbare oudere. Verdere informatie is te vinden in het document Registreren in het HIS

Meerdere zorgverleners en zorgcoördinatie

Als er meerdere zorgverleners betrokken zijn of moeten worden, wordt deelname aan OZO verbindzorg besproken. De betrokken zorgverleners worden door de POH-O op de hoogte gebracht van alle gemaakte afspraken.

Het is zinvol om een zorgcoördinator aan te wijzen.

Iedere zorgverlener rondom de patiënt kan de zorg coördinator zijn maar ook de mantelzorger. Bij mensen met dementie is dat over het algemeen de casemanager dementie. Meer informatie hierover staat op de website bij het onderwerp over *het lokale geriatrisch netwerk*.

Rol coördinator

De situatie goed monitoren. 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.
- Er op toe zien dat hulpverleners het persoonlijk plan uitvoeren en hen aanspreken op het moment dat hier niet aan voldaan wordt.

OZO verbindzorg

Ter ondersteuning bij de samenwerking van de zorgverleners met elkaar, met de patiënt en met de mantelzorger kan gebruik gemaakt worden van OZO verbindzorg. Dit is een digitaal communicatie platform waarbij de patiënt en alle betrokkenen (mantelzorg, thuiszorg, ergotherapie etc.) met elkaar kunnen communiceren. De patiënt bepaalt of hij/zij wil deelnemen en wie er binnen het netwerk in OZO wordt gezet. OZO zorgt er voor dat er betere onderlinge afstemming en monitoring plaats kan vinden.

Bijstellen Persoonlijk plan

De coördinator bepaald of aanpassingen in het persoonlijk plan gewenst zijn. Bij tussentijdse belangrijke wijzigingen in het persoonlijk plan wordt afstemming gezocht met de betrokkenen.

Afhankelijk van de aard van de problematiek kan er besloten worden een MDO te organiseren.

Eventuele voorgestelde wijzigingen worden, voordat deze worden doorgevoerd in het persoonlijk plan, besproken met de oudere en/of mantelzorger.