

Afspraken in het kader van de LESA Zorg voor kwetsbare ouderen

Kader 3. Afspraken rondom signalering kwetsbaarheid

De huisarts/POH signaleert door middel van case-finding of oudere kwetsbaar is.

Als een wijkverpleegkundige een oudere in zorg krijgt, dan voert deze in het systeem een risicosignalering in.

Bij vermoeden van een (mogelijk) kwetsbare situatie bij een oudere patiënt informeren de huisarts/POH en de wijkverpleegkundige elkaar.

Dit geldt ook indien er een vermoeden bestaat dat sprake is van ouderenmishandeling.

De POH gebruikt een TRAZAG bij het vaststellen van kwetsbaarheid.

De wijkverpleegkundige gebruikt OMAHA (Buurtzorg, Curadomi en Marente) of RAI (DSV).

Of, en zo ja welke instrumenten zij zullen gebruiken voor het vaststellen van kwetsbaarheid.

Als is vastgesteld dat er sprake is van kwetsbaarheid of complexe problematiek, wordt deze verder in kaart gebracht. Er wordt een probleeminventarisatie uitgevoerd en een zorgplan opgesteld, op basis waarvan zorg op maat geboden kan worden.

De huisarts en de wijkverpleegkundige spreken per geval af wie daarbij welke taak op zich neemt en hoe zij elkaar over en weer informeren.

Kader 4. Afspraken rondom probleeminventarisatie

De huisarts/POH gebruikt voor de probleeminventarisatie het SFMPC.

De wijkverpleegkundige gebruikt de zorgplannen binnen OMAHA in de volgende domeinen

1. fysiologisch domein
2. gezondheidsgerelateerd gedragsdomein
3. psychosociaal domein
4. omgevingsdomein

De resultaten van de probleeminventarisatie worden gecommuniceerd via het KIS Vital Health en tijdens het GPO. Indien patiënten nog niet zijn aangemeld in het KIS, dan worden de resultaten gefaxt (zo nodig met mondelinge toelichting).

De communicatie over de doelen en zorgresultaten die op basis van de probleeminventarisatie met de ouderen zijn afgesproken vindt op eenzelfde wijze plaats.

De huisarts/POH en de wijkverpleegkundige maken per patiënt afspraken over:

1. Wie de probleeminventarisatie uitvoert: de huisarts zelf, de POH of de wijkverpleegkundige (de specialist ouderengeneeskunde kan hier ook een rol bij spelen).
2. Wie bij de nabespreking van de probleeminventarisatie aanwezig is.
3. Wie de bevindingen uit de probleeminventarisatie nabesprekt met de oudere.
4. Wie de oudere (en eventuele mantelzorger) informeert en voorlichting geeft over de zorg, over ziekte en gezondheid en over acties die de oudere zelf kan ondernemen om zo gezond mogelijk te blijven.
5. Welke doelen en zorgresultaten zijn afgesproken met de oudere en waar en hoe deze worden vastgelegd.