

VKO

RICHTLIJN VROEGSIGNALERING

KWETSBARE OUDEREN EN OPVOLGING

Multidisciplinaire integrale samenwerking (welzijn, wonen, zorg en behandeling) voor kwetsbare ouderen, geregistreerd vanuit huisartsenpraktijken in de Gemeenten Bergen op Zoom, Halderberge, Roosendaal, Rucphen, Steenbergen en Woensdrecht.

Op 15-10-2020 vastgesteld door de projectgroep Doorontwikkeling VKO met vertegenwoordigers uit onderstaande organisaties.





Inhoud



Inleiding	2
1 Visie op zorg aan kwetsbare ouderen	3
1.1 Achtergrond en cijfers	5
1.2 Trends	5
1.3 Preventieve integrale aanpak als visie	6
1.4 Doelstelling	6
2 Vroegsignalering en opvolging: het model	7
2.1 Het model	7
2.2 Selectie en signalering	8
2.3 Multidisciplinair overleg (MDO) en opvolging	8
2.4 Samenvattend	9
3 Rollen en taken betrokken disciplines	10
3.1 Huisarts / Huisartsenpraktijk	10
3.2 Specialist Ouderengeneeskunde (SO)	11
3.2.1 Procedure Aanvraag consult Specialist Ouderengeneeskunde	11
3.2.2 Werkwijze	11
3.2.3 Medicatiereview	12
3.3 Screener Kwetsbare ouderen	12
3.3.1 Werkwijze	13
3.4 De casemanager	14
3.5 Multidisciplinair overleg (MDO)	14
3.5.1 Werkwijze	15
3.5.2 Opvolging	15
3.6 Multidisciplinaire schil	15
3.6.1 Wonen en Welzijn	16
4 Kwaliteit en Financiering	17
4.1 Privacy en toestemmingsverklaring	17
4.2 Borging kwaliteit	17
4.3 Financiering	18
4.4 Outcome VKO	18
Bronvermelding	19

Inleiding

Deze Richtlijn Vroegsignalering Kwetsbare Ouderen en Opvolging (VKO) is de geactualiseerde versie van de Richtlijn VKO uit 2014. Het beschrijft het vroegtijdige samenhangende hulpverlenings- en zorgaanbod aan kwetsbare ouderen in de thuissituatie. De samenwerkingspartners¹ onder regie van de huisarts organiseren en voeren VKO uit in de gemeenten Bergen op Zoom, Halderberge, Roosendaal, Rucphen, Steenbergen en Woensdrecht.

VKO staat voor Vroegsignalering Kwetsbare Ouderen en Opvolging.

Deze richtlijn is bedoeld voor alle professionals die binnen het samenwerkingsverband VKO een rol hebben

Na de implementatie van de VKO richtlijn in 2014 voerde Lotte Vestjens-van der Mee, Msc, vanuit iBMG² te Rotterdam van 2016-2020 een wetenschappelijk promotieonderzoek uit naar de effectiviteit van het project. In haar proefschrift *Integrale eerstelijnszorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen (2020)* beschrijft zij dat integrale eerstelijnszorg voor kwetsbare ouderen een stap voorwaarts biedt bij het verbeteren van de (ervaren) kwaliteit van zorg. Een samenvatting van haar onderzoek wordt beschreven in hoofdstuk 4. Inmiddels is de integrale aanpak in het vroegsignaleren van kwetsbare ouderen een gestandaardiseerde interventie binnen 90% van alle huisartsenpraktijken in westelijk West-Brabant.

[WestWest](#), een samenwerkingsverband tussen de in voetnoot 1 genoemde zorg- en welzijnsorganisaties, heeft in 2019 de Projectgroep Doorontwikkeling VKO opdracht gegeven om de Richtlijn VKO te actualiseren en de interventie VKO verder door te ontwikkelen. De doorontwikkeling betreft

- actualisatie van de gebruikte materialen bij de VKO screening;
- verstevigen verbinding met het sociaal domein;
- verbreden van de doelgroep;
- positieve gezondheid als uitgangspunt;
- aandacht voor innovatie;
- verbinden met de Zorgstandaard dementie (Vilans 2020) en het Programma Langer Thuis (VWS 2018-2021)

Deze geactualiseerde Richtlijn VKO beschrijft de visie op de zorg aan kwetsbare ouderen in hoofdstuk 1 en het VKO proces in hoofdstuk 2. De rollen en taken van de verschillende betrokken hulp- en zorgverleners komen in hoofdstuk 3 aan bod. Hoofdstuk 4 beschrijft de kwaliteitsborging en de financiering van het model. In de

¹ Stichting Groenhuysen, Stichting tanteLouise, Surplus, TWB thuiszorg met aandacht, Huisartsencoöperatie West-Brabant, WijZijn Traverse Groep, Bravis Ziekenhuis, GGD West-Brabant, GGZ Westelijk Noord Brabant

² iBMG is gewijzigd in Erasmus School of Health, Policy and Management te Rotterdam

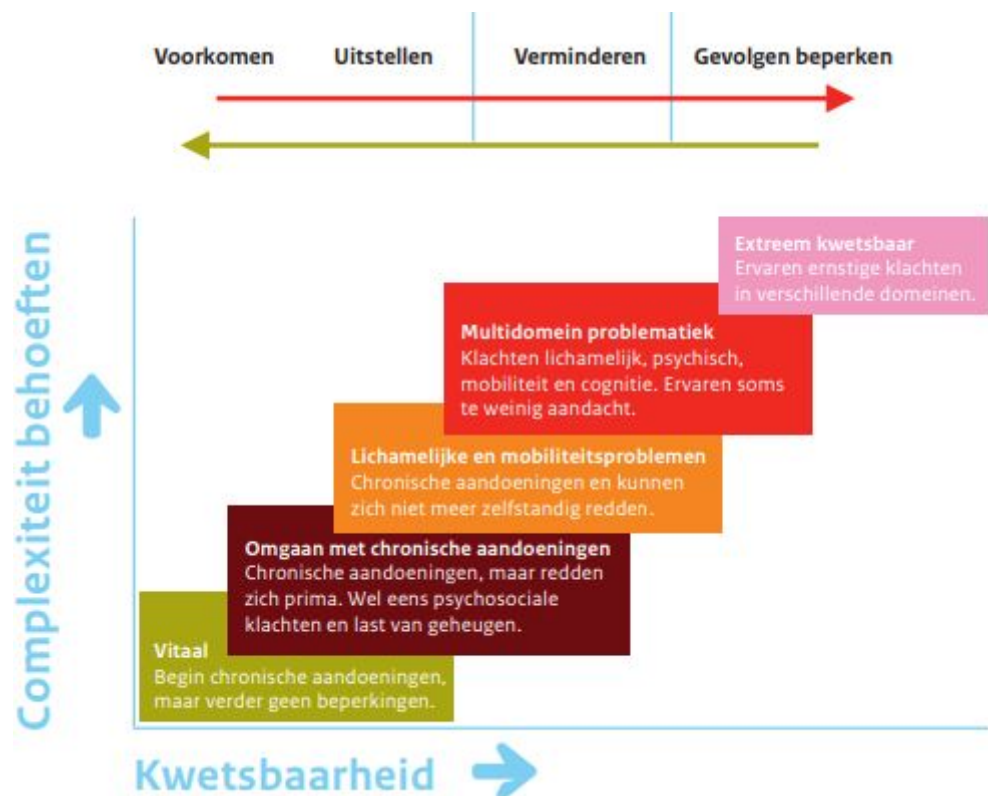
bronvermelding is de literatuur uit de Richtlijn VKO 2014 aangevuld met actuele literatuur.



1 Visie op zorg aan kwetsbare ouderen

De meeste ouderen zijn prima in staat om eigen regie te voeren over hun leven en daarmee die zelfstandigheid te behouden. Een deel van de ouderen lukt dat niet. We spreken dan over kwetsbaarheid of, zoals in de literatuur benoemd, over “*frail*”. De kwetsbaarheid van ouderen neemt toe naarmate de leeftijd stijgt, maar wordt niet veroorzaakt door een hogere leeftijd ([RIVM](#)). Het Programma Langer Thuis ([VWS](#)) verklaart dat om kwetsbare ouderen goed te helpen, het belangrijk is om aan te sluiten bij hun behoeften en wensen, en bij wat iemand zelf kan. Dit sluit aan bij de visie op [positieve gezondheid](#) van Machteld Huber (2012), dat uitgaat van het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk de eigen regie te voeren. Goede hulp- en zorgverlening aan zelfstandig thuiswonende ouderen draait om het bieden van persoonsgerichte, proactieve en multidisciplinaire zorg en ondersteuning. Tevens is aandacht nodig voor het versterken/ondersteunen van het netwerk en de invloed van de woon- en leefomgeving.

Kwetsbaarheid is een dynamisch begrip en is gedefinieerd als een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren, waardoor de kans op negatieve gezondheidsuitkomsten als functiebeperkingen, opname in het ziekenhuis of verpleeghuis en vroegtijdig overlijden wordt vergroot (SCP, 2011).



Figuur 1 Uit: VWS Programma Langer Thuis samen aan de slag 2018-2021

De problemen die optreden als gevolg van kwetsbaarheid en dementie manifesteren zich op medisch, zorg en welzijnsvlak. Dit vraagt om een integrale en proactieve werkwijze vanuit diverse partijen op het gebied van behandeling, zorg, welzijn en wonen. Ook casefinding of vroegsignalering van kwetsbaarheid, periodieke screening op polyfarmacie en systematische functionele diagnostiek maken hiervan deel uit (LHV, 2009). In de zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn vormt de huisartsenzorg de basis. De aanpak Vroegsignalering Kwetsbare ouderen en Opvolging (VKO) geeft de huisarts toegang tot specifieke geriatrische expertise en ondersteuning. Het is een integrale zorgbenadering waarbij de werkwijze zich kenmerkt door

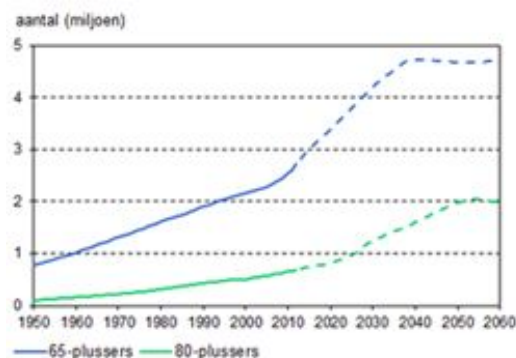
- integrale eerstelijnszorg,
- proactieve signalering van kwetsbaarheid,
- casemanagement,
- medicatiebeoordeling,
- zelfmanagementondersteuning.

Hierbij wordt gewerkt in multidisciplinaire teams. VKO is geïmplementeerd in 90% van de huisartsenpraktijken in westelijk West-Brabant (oktober 2020).

1.1 Achtergrond en cijfers

Volgens de CBS Bevolkingsprognose (2019) bestond de leeftijdsgroep 65-80 jarigen eind 2019 uit 2,6 miljoen personen. In 2029 zal waarschijnlijk de 3 miljoen gehaald worden en dit zal stijgen tot 3,3 miljoen in 2040. Het aandeel 65-plussers in de bevolking stijgt dan van 19% eind 2019 naar bijna 26% in 2040.

Het aantal 80-plussers zal naar verwachting nog sterker toenemen: van 0,8 miljoen eind 2019 naar 1,2 miljoen in 2030 en 1,6 miljoen in 2040, een verdubbeling ten opzichte van nu.



Figuur 2: CBS bevolkingsprognose

Met het stijgen van de leeftijd worden veel ouderen vroeger of later met complexe problematiek geconfronteerd. Bij complexe problematiek is sprake van één of meer van de volgende problemen, die vaak met elkaar interacteren: cognitieve beperkingen, lichamelijke beperkingen, psychosociale problematiek, multimorbiditeit, polyfarmacie en maatschappelijk isolement (LHV, 2009). Ruim 95% van de mensen van 75 jaar en ouder heeft ten minste één chronische aandoening en ruim 70% van de mensen van 75 jaar en ouder heeft drie of meer chronische aandoeningen (VWS).

Eén op de vijf mensen krijgt dementie. Bij vrouwen zelfs één op de drie. Hoe ouder mensen worden, hoe groter de kans op dementie. Boven de 90 jaar heeft 40 procent van de mensen een vorm van dementie. ([Zorgstandaard dementie](#), 2020).

1.2 Trends

- **Langer thuis:** verreweg de meeste ouderen (94%) wonen thuis. Veel ouderen zijn daarbij niet afhankelijk van langdurige zorg en ondersteuning. Ook van de 85-plussers woont 70% nog thuis. Daarnaast wonen ook steeds meer ouderen langer thuis.
- **Diversiteit:** de groep migranten in de ouderenzorg neemt de komende jaren absoluut en relatief toe. De verwachting is dat het aantal migranten boven de 65 jaar groeit van 78.000 niet-westerse migranten in 2011 tot 520.000 in 2050.
- **Behoeft cliënt:** bij het vaststellen van wat een cliënt nodig heeft, zijn de cliënt en zijn sociaal netwerk het uitgangspunt. De zorg sluit aan op wat de cliënt nodig heeft en het eigen netwerk niet kan opvangen. In de toekomst beheert de cliënt zijn eigen medische- en gezondheidsgegevens in een levenslang persoonlijk gezondheidsdossier en kent rechten toe aan zijn eigen netwerk en zijn zorgverleners om de gegevens in te zien.
- **Positieve gezondheid:** het gedachtegoed van Machteld Huber, legt het accent niet op de ziekte maar op de mens zelf, op de veerkracht en op wat het leven betekenisvol maakt.
- **Technologie en innovatie:** de inzet van technologie en innovatie kan bijdragen aan het langer thuis wonen, kan inzet van zorg uitstellen, kan de mantelzorgers ontlasten in de zorg voor een naaste enz.
- **Veranderde rol professional:** de denkwijze van de zorgprofessional is gewijzigd van *zorgen voor...* naar *zorgen dat...*. Deze visie stimuleert de eigen regie, de zelfredzaamheid en het zelfmanagement van de oudere en zijn naaste. Het gaat nu om samenwerken met de oudere en zijn naaste om tot keuzes te komen die de oudere zelf maakt. Ook de participatie in wijkteams en het samenwerken in netwerken in het voorliggend veld, de 1e en de 2e lijn, maakt dat de rol en functie van de zorgprofessional verandert.
- **Welzijn:** Op oudere leeftijd wordt het sociale netwerk rondom ouderen steeds kleiner. Bijvoorbeeld door het wegvallen een partner en het letterlijk minder worden van het aantal familieleden en kennissen om hen heen. Daarmee neemt ook het aantal sociale activiteiten steeds meer af. Het gevoel van menselijk geluk is een belangrijke graadmeter in deze. Neemt deze af bij ouderen dan neemt de focus op lichamelijke gebreken over het algemeen toe. Het inzetten van positieve gezondheid om samen met de oudere te kijken waar iemands motivatie zit als ook het ondersteunen om hier een vervolg aan te geven is de toegevoegde waarde van het sociale domein.

1.3 Preventieve integrale aanpak als visie

De samenwerkende organisaties onder WestWest stellen zich tot doel om gezamenlijk een preventieve en integrale aanpak voor kwetsbare ouderen te borgen. De zorg en ondersteuning moet vanuit de behoefte van de cliënt georganiseerd worden waarbij *Eén cliënt één plan, De juiste zorg op de juiste plek* ([VWS 2018](#)) en *Samenwerken aan passende zorg* ([NZA/ZIN 2020](#)) de landelijke projecten zijn waarin de noodzakelijke verbinding tussen het medische en het sociale domein over de financiële schotten heen is verwoord.

1.4 Doelstelling

De primaire doelstelling van VKO is dat de oudere zo lang mogelijk zelfstandig en op verantwoorde wijze thuis kan blijven wonen met behoud van ervaren kwaliteit van leven. Hierbij zijn de volgende subdoelstellingen geformuleerd:

1. een proactief en integraal samenwerkingsverband, waarbij de huisarts de regiefunctie vervult,
2. het vroegtijdig signaleren van kwetsbaarheid en het opvolgen ervan,
3. zelfmanagementvaardigheden en welzijn van kwetsbare ouderen optimaliseren en of verbeteren door o.a het versterken van bestaande steunsystemen,
4. (her)opname in een ziekenhuis of instelling voor langdurige zorg voorkomen.

De aanpak VKO richt zich op ouderen van 65 jaar en ouder. De actieve opsporing met behulp van case-finding vindt plaats bij ouderen van 75 jaar en ouder. Dit sluit aan bij de aanbeveling van de Gezondheidsraad om ouderen vanaf 75 jaar te screenen op (risicofactoren voor) kwetsbaarheid (LHV, 2009).



2 Vroegsignalering en opvolging: het model

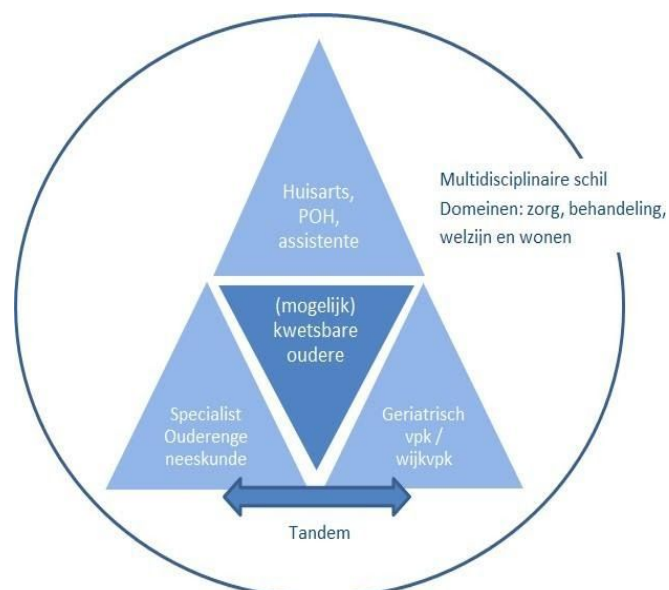
VKO is het screenen van ouderen vanaf 75 jaar op risicofactoren voor kwetsbaarheid en het bieden van opvolging

Hoewel 75 jaar in principe de leeftijd blijft vanaf wanneer de VKO screening plaatsvindt, is leeftijd in deze geactualiseerde richtlijn niet meer leidend. Op aangeven van de huisarts kunnen ook mensen met, op ouderdoms lijkende, klachten vóór hun 75e jaar gescreend worden op kwetsbaarheid.

Voor de verduidelijking van de rollen en taken per discipline zie hoofdstuk 3.

2.1 Het model

De centrale regierol van de huisarts in de eerste lijn is elementair en vormt de basis in de zorg voor (kwetsbare) ouderen. Het samenhangend hulpverlenings- en zorgaanbod gaat uit van de centrale regiefunctie van de huisarts met betrekking tot de zorg en behandeling aan kwetsbare ouderen. Met huisartsenzorg wordt alle zorg bedoeld die vanuit de huisartsenpraktijk wordt geleverd door de mensen die daar werken. De aanpak Vroeg signalering en opvolging Kwetsbare Ouderen (VKO) geeft de huisarts toegang tot specifieke geriatrie expertise en ondersteuning. Er wordt een kernteam gevormd rondom de (mogelijk) kwetsbare oudere. Het kernteam bestaat uit de huisarts, de praktijkondersteuner (POH) en de Specialist Ouderengeneeskunde (SO). Het kernteam wordt aangevuld met een wijkverpleegkundige, casemanager dementie en/of geriatrie verpleegkundige die naast de POH de rol van screener eerste lijn vervullen (zie hoofdstuk 3.3). Afhankelijk van de zorgvraag wordt het kernteam versterkt door een multidisciplinaire schil waar o.a. Welzijn de verbinding kan maken tussen het medisch en sociale domein.



Figuur 3: Het kernteam in de zorg voor kwetsbare ouderen



2.2 Selectie en signalering

Het model start bij de huisarts met de selectie van de ouderen uit het patiëntenbestand waarbij de huisarts een “niet-pluis” gevoel heeft. De geselecteerde ouderen ontvangen de [VKO folder](#) en een [begeleidende brief](#) en worden, indien zij daar toestemming voor geven, vervolgens in de thuissituatie bezocht door de screener. Met behulp van het gevalideerde screeninginstrument de [Tilburg Frailty Indicator](#) (TFI) brengt de screener de mate van kwetsbaarheid in kaart. Vanuit landelijke programma's is er extra aandacht voor valpreventie, ondervoeding en dementie. Deze hebben veel impact op de zelfredzaamheid van ouderen, het langer thuis kunnen wonen en de kwaliteit van leven. De herziene Zorgstandaard Dementie is in 2020 uitgebracht en sluit goed aan op de VKO richtlijn of andersom. De visie hieruit met aandacht voor de mens in zijn geheel, de eigen kracht en regie, en aandacht voor de mantelzorg zijn in deze richtlijn verwerkt. De mantelzorg is namelijk een belangrijke schakel in hoe iemand zich voelt en in staat is om zo zelfstandig mogelijk te blijven ondanks eventuele beperkingen. Op het moment dat de balans in de zorg en ondersteuning bij de mantelzorg wegvalt, kan een situatie snel escaleren. Het is daarom belangrijk om bij de screening op kwetsbaarheid een beeld te vormen van het netwerk, de draagkracht in te schatten en de mantelzorg te wijzen op de ondersteuning en diensten vanuit bijvoorbeeld de lokale Mantelzorgsteunpunten.

De screener en SO koppelen de bevindingen terug naar de huisarts in een gezamenlijke terugkoppelingsbrief (*zie bijlage 2*).

2.3 Multidisciplinair overleg (MDO) en opvolging

Wanneer de oudere als “kwetsbaar” is geïdentificeerd dan vindt de bespreking over de opvolging plaats in een multidisciplinair overleg (MDO). Het MDO bestaat tenminste uit de leden van het kernteam vastgesteld door de huisarts. In het MDO worden afspraken gemaakt over de aanpak van de hulpvra(a)g(en). De huisarts bepaalt op casuïstiek niveau in overleg met het kernteam een eventuele bredere samenstelling van het MDO. Daar waar de hulpvragen van kwetsbare ouderen zich manifesteren op het gebied van behandeling, wonen, zorg en welzijn worden er binnen de MDO structuur verbindingen gelegd richting

- behandeling (fysiotherapie, ergotherapie, diëtist, psychologische therapie, etc.),
- zorg (thuiszorg, intramurale zorg, dagbesteding etc.)
- wonen en welzijn (sociaal werkers met aandachtsgebied ouderenadvies, mantelzorg ondersteuning en/of maatschappelijk werk)

Voor begeleiding bij bepaalde ziektebeelden schakelt het kernteam op verzoek van de huisarts gespecialiseerde disciplines in. De doorverwijzing vindt plaats naar de organisaties, die deel uitmaken van het netwerk van de huisarts. Denk hierbij bijvoorbeeld aan:

- gespecialiseerd verpleegkundige (longverpleegkundige, wondverpleegkundige diabetesverpleegkundige, parkinsonverpleegkundige, CVA-consulent, reumaconsulent, palliatief verpleegkundige)
- thuiszorgteam gespecialiseerd in medisch-technische handelingen

- sociaal werkers met aandachtsgebied ouderenadvies, maatschappelijk werk, en/of mantelzorgondersteuning welke actief zijn vanuit welzijn binnen de Sociale Teams in de wijken

De gesignaleerde hulpvragen worden in het MDO besproken en uitgewerkt in een zorg- en behandelplan volgens de zgn. [SFMPC-systematiek](#)

- Somatisch
- Functioneel
- Maatschappelijk
- Psychisch
- Communicatief

Dit is een gestandaardiseerde manier om te komen tot een zorg- en behandelplan voor ouderen met complexe problemen. De huisarts voert, in afstemming met de SO, de regie op het zorg- en behandelplan. Omdat kwetsbaarheid een proces is, worden er binnen het MDO afspraken gemaakt over de regievoering. De discipline die het meest aansluit bij de zorgbehoefte van de cliënt, neemt de rol van coördinerend hulpverlener op zich. Deze regievoerende “casemanager” coördineert het aanbod en monitort de effectiviteit van de ingezette interventies minimaal eens per drie maanden. De oudere wordt minimaal 1 keer per jaar, of indien nodig frequenter, in het MDO besproken. Daarnaast vindt minimaal 1 keer per jaar, bij voorkeur tijdens het MDO, een medicatiereview plaats. De huisarts kan de SO en/of apotheek hierbij in consult vragen.

2.4 Samenvattend

De vijf meest belangrijke kenmerken van het model:

1. De huisarts heeft de regie (zie hoofdstuk 3.1) en kan via een consult om advies vragen bij de SO. In hoofdstuk 3.2 staat een overzicht van de onderwerpen waarvoor de huisarts bij de SO terecht kan.
2. De huisarts kan de screener verzoeken om een huisbezoek t.b.v. case-finding af te leggen. (zie hoofdstuk 3.3).
3. De SO en de screener vormen samen met de huisartsenpraktijk het Kernteam. Regelmatig vindt binnen het kernteam afstemmingsoverleg plaats over cliënten van een praktijk. Rondom het Kernteam bevindt zich een schil van disciplines op het gebied van zorg, welzijn en wonen die in samenspraak met de huisarts betrokken kan worden.
4. Het Kernteam organiseert minimaal zes maal per jaar een MDO. Tijdens het MDO worden op cliëntniveau zorg- behandelplannen besproken. Er worden afspraken gemaakt over zorg, behandeling, welzijn en wonen en de opvolging ervan. Per cliënt wordt een regievoerend casemanager (zie hoofdstuk 3.4) aangewezen. Het MDO wordt ingericht volgens de [richtlijn](#)³ van de zorgverzekeraar, gebruikmakend van het al bestaande netwerk van de huisarts. In principe kunnen verschillende organisaties de expertise invullen. Afhankelijk van de inhoud van het zorg/behandelplan, worden deze disciplines, met toestemming van de huisarts, uitgenodigd voor het MDO.
5. Een medicatiereview vindt minimaal eens per jaar plaats bij kwetsbare ouderen in samenspraak met apotheek en/of SO.

Zie Bijlage 1: Stroomschema “Vroegsignalering en opvolging kwetsbare ouderen”

³ De gekoppelde richtlijn is voorbeeld van CZ: Prestatie Ouderenzorg

3 Rollen en taken betrokken disciplines

In dit hoofdstuk worden de rollen en taken per discipline beschreven die betrokken zijn bij het VKO model.

- 3.1 Huisarts / Huisartsenpraktijk
- 3.2 Specialist Ouderenzorg
- 3.3 Screener kwetsbare oudere
- 3.4 Casemanager
- 3.5 Multidisciplinair overleg
- 3.6 Multidisciplinaire schil

3.1 Huisarts / Huisartsenpraktijk

De huisarts is in de eerste lijn het eerste aanspreekpunt en verantwoordelijk voor de algemene medische zorg voor kwetsbare ouderen.

De huisarts

- heeft de regiefunctie in de zorg voor kwetsbare ouderen.
- organiseert minimaal 6x per jaar het MDO VKO.
- selecteert mogelijk kwetsbare ouderen binnen zijn/haar zorggebied.
- formaliseert samenwerking met andere hulpverleners volgens richtlijnen ziektekostenverzekeraars.
- vraagt de screener tot uitvoeren van screenings bij geselecteerde ouderen om kwetsbaarheid te bepalen.
- vraagt SO in consult voor de in hoofdstuk 3.2 beschreven medische diagnostiek.
- organiseert een goede informatieoverdracht tussen de huisartsenpraktijk en betrokken hulpverleners met inachtneming van AVG. Echter iedere hulpverlener dient het eigen cliënten dossier op orde te hebben en is in die zin zelf verantwoordelijk voor opname van afspraken in het cliëntendossier.
- voert de regie dat er binnen het MDO per oudere een zorg en behandelplan opgesteld wordt. De huisarts is verantwoordelijk voor het zorg en behandelplan.
- benoemt in het MDO een regiehouder per cliënt voor het vervullen van de taak van casemanager voor de oudere,
- brengt cases in het MDO en bespreekt problemen met de SO en de screener.

3.2 Specialist Ouderengeneeskunde (SO)

Zoals beschreven is de huisarts het eerste aanspreekpunt en verantwoordelijk voor de algemene medische zorg voor kwetsbare ouderen. Wanneer de zorgzwaarte van de oudere de huisartsgeneeskundige zorg overschrijdt, is expertise van een SO noodzakelijk. De SO kan daarvoor door de huisarts in consult worden gevraagd. De specialist ouderengeneeskunde heeft een adviserende rol richting huisarts en andere betrokkenen bij het VKO model. De SO biedt waar nodig specifieke medische zorg volgens de [Beleidsregel art 4 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen \(GZSP\)](#).



3.2.1 Procedure Aanvraag consult Specialist Ouderengeneeskunde

Indien de huisarts een SO wil raadplegen verloopt de procedure als volgt:

De huisarts

- legt contact met SO.
 - bij voorkeur via zorgdomein / via telefonisch overleg /in het MDO
- levert op aanvraag van de SO de benodigde informatie aan.

De SO

- beoordeelt de aard van de aanvraag:
 - Bij accent op medische diagnostiek: huisbezoek door SO
 - Bij accent op integrale, systeemgerichte hulpvraaganalyse: huisbezoek door screener.
- zorgt ervoor, dat binnen een werkweek het eerste contact met de cliënt is gelegd om te komen tot een afspraak voor een huisbezoek. In overleg met de cliënt wordt besloten om familie/ mantelzorg hierbij uit te nodigen.
- stelt deze informatie beschikbaar aan de screener indien dit gewenst is in het kader van de opvolging.
- SO en/of screener bezoekt cliënt.
- SO en/of screener schrijft binnen twee weken een brief naar de huisarts met daarin (al dan niet elektronische) verslaglegging van het huisbezoek volgens [SFMPC-systematiek](#) en het zorg-behandeladvies.
- SO en/of screener stemt bij advies tot verwijzing af met de huisarts.



3.2.2 Werkwijze

In overleg met de huisarts wordt gekeken of het een eenmalig consult betreft, of dat opvolging van de situatie gewenst is. De SO rapporteert waar mogelijk samen met de screener aan de huisarts per brief (*zie bijlage 2*).

De SO werkt volgens een vaste werkwijze die een meerwaarde heeft voor kwetsbare ouderen. De activiteiten zijn afhankelijk van de vraagstelling en de bevindingen tijdens het consult. Aan bod komen:

- Beoordelen van de medische voorgeschiedenis
- Anamnese en onderzoek:
 - Verhelderen van de consultvraag van de huisarts en van de hulpvragen / wensen van de patiënt en zijn systeem.
 - Somatische, functionele, maatschappelijke, psychische en communicatieve aandachtsgebieden, belevingsaspecten en kwetsbaarheid.
 - Medicatiegebruik, voedingsstatus en levensloop.
 - Zo mogelijk heteroanamnese.
 - Eventueel inschakelen van paramedici bij diagnostiek.
- Probleeminventarisatie en analyse.
- Afstemming met de huisarts
 - Bespreken van behandel- en zorgadvies.
 - Afspraken over communicatie met patiënt en zijn systeem.
 - Afspraak over evaluatiemoment.
- Schriftelijk verslag aan de huisarts.

3.2.3 Medicatiereview

De huisarts is primair verantwoordelijk voor het medicijnbeleid, indien gewenst kan de SO de huisarts hierbij ondersteunen. Minimaal een keer per jaar wordt, bij voorkeur in het MDO, een medicatiereview uitgevoerd. Een belangrijk onderdeel is het bespreken van de gebruikte geneesmiddelen inclusief zelfmedicatie van de gescreende ouderen. Het actuele medicatieoverzicht wordt tijdens de screening met de oudere besproken, waarbij ervaringen van de oudere met de gebruikte geneesmiddelen onderwerp van gesprek zijn.

Acties vanuit het MDO kunnen zijn:

- SO gaat op verzoek van de huisarts op consult bij de oudere wanneer aanvullende informatie over het medicatiegebruik van de oudere gewenst is.
- Huisarts neemt contact op met apotheker om casuïstiek te bespreken.
- Huisarts neemt contact op met tweedelijns behandelaars voor afstemming van het medicatiegebruik.

Wijzigingen in medicatiegebruik naar aanleiding van bovenstaande acties worden vastgelegd in het zorg- en behandelplan. Doelmatig en generiek voorschrijven is de norm.

3.3 Screener Kwetsbare ouderen

De screener werkt generalistisch en heeft een HBO plus niveau met een specialisatie zoals:

- wijkverpleegkundige,
- casemanager dementie
- geriatrisch verpleegkundige
- POH-GGZ
- POH-Ouderenzorg

3.3.1 Werkwijze

De huisarts vraagt de screener d.m.v. een huisbezoek een screening te doen. Screening gebeurt op uniforme en gestandaardiseerde wijze middels het mondeling afnemen van de [TFI](#). De TFI is een gebruiksvriendelijke gevalideerde vragenlijst, waarmee op eenvoudige wijze vastgesteld kan worden of, en zo ja op welke domeinen, er bij ouderen sprake is van kwetsbaarheid. Op basis van deze screening hebben betrokken professionals meer en betere aangrijpingspunten om thuiswonende ouderen proactief en adequaat van dienst te zijn. Bij een score van 5 of hoger is een oudere kwetsbaar en vindt MDO-opvolging plaats. De niet-kwetsbare ouderen worden bij gesignaleerde veranderingen in kwetsbaarheid in het MDO ingebracht. In enkele situaties, bijvoorbeeld cognitieve achteruitgang, kan een cliënt met een score op de TFI lager dan 5 ook opgevolgd worden, dit is afhankelijk van de klinische blik van de screener.

De screening kan op twee manieren plaatsvinden:

1. In consult vorm,
2. Proactief op grotere schaal: op praktijkniveau.



In consult vorm: de huisarts vraagt de screener om een screening bij een patiënt waar zorgen om zijn. De screener identificeert via screening de kwetsbaarheid, signaleert zorgvragen en organiseert zo nodig de juiste hulp en/of steun in MDO.

Op grotere schaal (praktijkniveau): De huisarts maakt vanuit zijn Huisartsen Informatie Systeem(HIS) een uitdraai van alle patiënten van 75 jaar en ouder in zijn praktijk. De huisarts selecteert de ouderen waarbij er een “niet-pluis” gevoel is en die (mogelijk) kwetsbaar zijn. Dit resulteert in een tweede, kortere lijst met namen van cliënten, die thuis bezocht gaan worden. De huisarts informeert deze cliënten door middel van de [folder](#) en [begeleidende brief](#). De screener maakt vervolgens afspraken met deze cliënten.

Waar nodig kan de screener gebruik maken van onderstaande aanvullende meetinstrumenten. Deze kunnen ook in combinatie afgenomen worden.

MeetInstrument	Doel meting
Mini-Mental State Examinatie (MMSE) i.c.m. Kloktekentest	cognitieve testmethode (alléén door CMD/geriatisch verpleegkundige
SNAQ 65+	signalering ondervoeding
CSI	overbelasting mantelzorg
GDS	depressie bij ouderen
Valanalyse	signalering valrisico

3.3.2 Voorbeeld van een werkwijze:

- Huisarts heeft de regie,
- Screener ontvangt verzoek om geselecteerde ouderen te screenen,
- Screener ontvangt via beveiligde mail NAW gegevens en overzicht van medicatie en ziektegeschiedenis van de geselecteerde ouderen,
- In samenspraak tussen huisarts en screener worden folder en begeleidende brief verstuurd,
- Screener legt huisbezoek af, verricht een integrale vraagverheldering en stelt aan de hand van de TFI de kwetsbaarheid vast,
- Screener stemt waar nodig bevindingen met SO af,
- Screener schrijft terugkoppelingsbrief (*bijlage 2*) met daarin verslaglegging van het huisbezoek volgens SFMPC-systematiek en het zorg-behandeladvies, SO vult waar nodig aan bijv. met advies over medicijngebruik,
- Screener stuurt terugkoppelingsbrief minimaal 1 week voorafgaand aan het MDO naar de huisarts,
- Screener neemt deel aan MDO,
- Screener stemt bij advies tot verwijzing telefonisch af met huisarts
- Huisarts verwerkt de bevindingen in de eigen registratie,
- Kwetsbare oudere wordt aan de hand van de terugkoppelingsbrief besproken in het periodieke MDO,



- Huisarts neemt regie voor wat betreft opvolging na vaststelling van kwetsbaarheid,
- Bevindingen worden afgestemd met de huisarts en in overleg wordt een zorgbehandelplan opgesteld.
- Waar nodig stelt kernteam een casemanager aan (zie 3.4).

Zie Bijlage 1: Stroomschema “Vroegsignalering en opvolging kwetsbare ouderen”

3.4 De casemanager

Tijdens het MDO stelt het kernteam, voordat de zorg en behandeling wordt opgestart, een regievoerende casemanager aan. De discipline die het meest aansluit bij de zorgbehoefte van de cliënt, neemt deze coördinerende rol op zich.

De casemanager

- coördineert het zorg- en hulpaanbod
- begeleidt de oudere op zijn of haar expertise gebied met stimulering van de eigen regie en de zelfredzaamheid
- activeert en/of versterkt het bestaande netwerk rond de kwetsbare oudere
- overlegt met of verwijst naar andere hulpverleners en/of organisaties
- monitort de effectiviteit van de ingezette interventies minimaal eens per drie maanden
- is het aanspreekpunt voor de huisarts en de SO
- bespreekt de casus in het MDO minimaal 1 keer per jaar, of indien nodig vaker.

3.5 Multidisciplinair overleg (MDO)

Zoals in hoofdstuk 2.3 beschreven worden gesignaleerde hulpvragen minimaal zes keer per jaar in een MDO in de huisartsenpraktijk besproken met het kernteam en andere betrokken disciplines. Hier worden afspraken gemaakt over de aanpak van de hulpvragen. De huisartsenpraktijk coördineert het MDO (bijeenkomsten plannen, voorzitten, etc.).

3.5.1 Werkwijze (kan per huisartsenpraktijk enigszins verschillen)

- Coördinator van het MDO vraagt deelnemers een week voor het MDO zorgsituaties aan te melden.
- Betrokken disciplines geven naam van ouderen door met korte probleemschets.
- Coördinator stelt MDO agenda vast volgens het format.
- Coördinator mailt de agenda naar betrokkenen.
- Betrokken disciplines bekijken de lijst en stemmen af met collega's over betrokkenheid vanuit de eigen discipline.
- Coördinator zit het MDO voor.
- Bij elke oudere wordt aan de hand van de gesignaleerde problemen een zorgbehandelplan vastgesteld.
- Er wordt afgesproken wie de zorg coördineert en casemanager wordt, en het zorgbehandelplan met de oudere bespreekt.
- Praktijkondersteuner legt verslag van de gemaakte afspraken in het huisartsendossier.
- Opvolging wordt afgesproken volgens het stroomschema (bijlage 1).



Indien blijkt dat inschakelen van een andere discipline wenselijk is:

- De huisarts bepaalt in overleg met de SO / screener welke verwijzingen wenselijk zijn.
- Huisarts / SO zorgt voor een (digitale) verwijzing.
- De oudere wordt gevraagd van welke organisatie hij/ zij zorg of behandeling wil ontvangen.
- De organisatie van voorkeur wordt door huisarts / SO / screener ingeschakeld.
- De huisarts en SO stemmen af wie de discipline inlicht.
- Desgewenst ontvangen de disciplines aanvullende informatie over de zorgsituatie van de SO of screener.
- Betreffende discipline legt binnen een week contact met de oudere en plant afspraak in.
- Problemen met plannen van een afspraak worden teruggekoppeld aan casemanager. In overleg worden vervolgstappen bepaald.
- (Eventuele) wachttijd wordt gemeld aan casemanager.
- Ingeschakelde discipline stemt af met andere betrokken hulpverleners.
- Discipline koppelt resultaten van interventies in overleg met de oudere terug naar de huisarts en/of SO, de casemanager en de overige betrokken hulpverleners.

3.5.2 Opvolging

Tijdens elk MDO worden afspraken gemaakt over de vervolgacties en tijdspad en deze worden in overleg met de oudere vastgelegd. Elke deelnemer is verantwoordelijk om zijn of haar toebedeelde acties uit te voeren en deze terug te rapporteren tijdens een MDO of waar nodig eerder met de huisarts.

3.6 Multidisciplinaire schil

Zoals eerder al beschreven heeft de huisarts de regie bij het bepalen van de samenstelling van het MDO. Op casuïstiek niveau kan een professional uit de multidisciplinaire schil gevraagd worden aan te sluiten in het MDO. De verbinding van het medisch domein met het sociaal domein is van essentieel belang voor het welzijn van ouderen. Hiervoor zijn lokaal samenwerkingsafspraken, bijvoorbeeld in de vorm van een directe lijn met een sociaal werker. Regionaal zijn hier verschillen. Het is belangrijk dat mocht een bepaalde discipline niet aansluiten er wel de kennis en de link is met hen voor het verwijzen.

3.6.1 Wonen en Welzijn

Bij zelfzorgtekorten op gebied van wonen en welzijn kan de sociaal werker met aandachtsveld ouderenadvies, mantelzorg ondersteuning en/of maatschappelijk werk door het kernteam VKO bij het MDO in consult worden gevraagd.

De sociaal werker

- stimuleert en creëert voorwaarden voor het behoud en versterken van de eigen regie en de eigen zelfredzaamheid van de kwetsbare oudere.
- activeert en versterkt het bestaande netwerk rondom de kwetsbare oudere.
- heeft een signalerende functie met betrekking tot (veranderingen in) kwetsbaarheid.



- is de verbinder met het voorliggend veld (Sociale Teams in wijk, Wmo enz).
- ondersteunt ouderen bij het langer zelfstandig thuis wonen.
- ondersteunt ouderen bij vragen op het gebied van welzijn, zorg, wonen, vervoer en financiën.
- ondersteunt bij het vinden van een invulling van de dag alsook het activeren van ouderen hierbij.
- biedt zowel materiële als immateriële hulpverlening (schulden, aanvragen, relatieproblematiek, veiligheid als het gaat om huiselijk geweld enz)
- ondersteunt en begeleidt de mantelzorger bij vragen.

4 Kwaliteit en Financiering

4.1 Privacy en toestemmingsverklaring

In de AVG zijn de belangrijkste regels voor de omgang met persoonsgegevens in Nederland vastgelegd. In het MDO wordt op zorgvuldige wijze omgegaan met de persoonsgegevens en informatie door de deelnemers. Hierbij nemen de deelnemers de AVG richtlijnen vanuit hun organisatie in acht.

4.2 Borging kwaliteit

De werkwijze zoals beschreven in deze richtlijn wordt in de praktijk doorontwikkeld. Kwaliteitsborging vindt plaats door:

- Uniform werken aan de hand van de VKO Richtlijn
 - per organisatie worden hiervoor werkafspraken gemaakt
 - per organisatie worden deze werkafspraken jaarlijks aan de hand van de richtlijn geëvalueerd
- Jaarlijkse evaluatie door werkgroep VKO
 - Actualiseren deelnemende Huisartspraktijken met betrokken SO en screener
 - Procesevaluatie (samenwerking werkgroepleden /doelen)
 - Productevaluatie (doelgroep /materialen /resultaten)
 - Innovatie en verbinden
- Jaarlijkse evaluatie per MDO aan de hand van
 - samenwerking en samenstelling kernteam
 - screening en screeningsinstrumenten ouderen
 - organisatie en verslaglegging MDO
 - rol regievoerende casemanager
 - betrokkenheid ouderen
 - opvolging zorg en behandelplannen
- Scholing en deskundigheidsbevordering
 - dit onderdeel wordt zowel voor nieuwe screeners als huidige screeners in 2021 verder doorontwikkeld.



4.3 Financiering

De prestatie ouderenzorg faciliteert de huisartsenpraktijk bij het bieden van multidisciplinaire, afgestemde en proactieve zorg aan kwetsbare ouderen met complexe problematiek in de thuissituatie. Het tarief is afhankelijk van het percentage 75+ patiënten in de huisartsenpraktijk.

De inzet van de Specialist Ouderengeneeskunde voor consulten wordt vanaf 2020 als een aparte prestatie in de Zorgverzekeringswet, namelijk Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) gefinancierd. Deze zorg valt onder het eigen risico.

De begeleiding door de screener middels de huisbezoeken (eerste screening en vervolgbezoeken) worden vanuit basispakket Zorgverzekeringswet en vanuit de Wet langdurige zorg gefinancierd. Vanuit de ZvW het gaat om een integrale bekostiging wijkverpleging waarvan casemanagement dementie onderdeel uitmaakt.



4.4 Outcome VKO

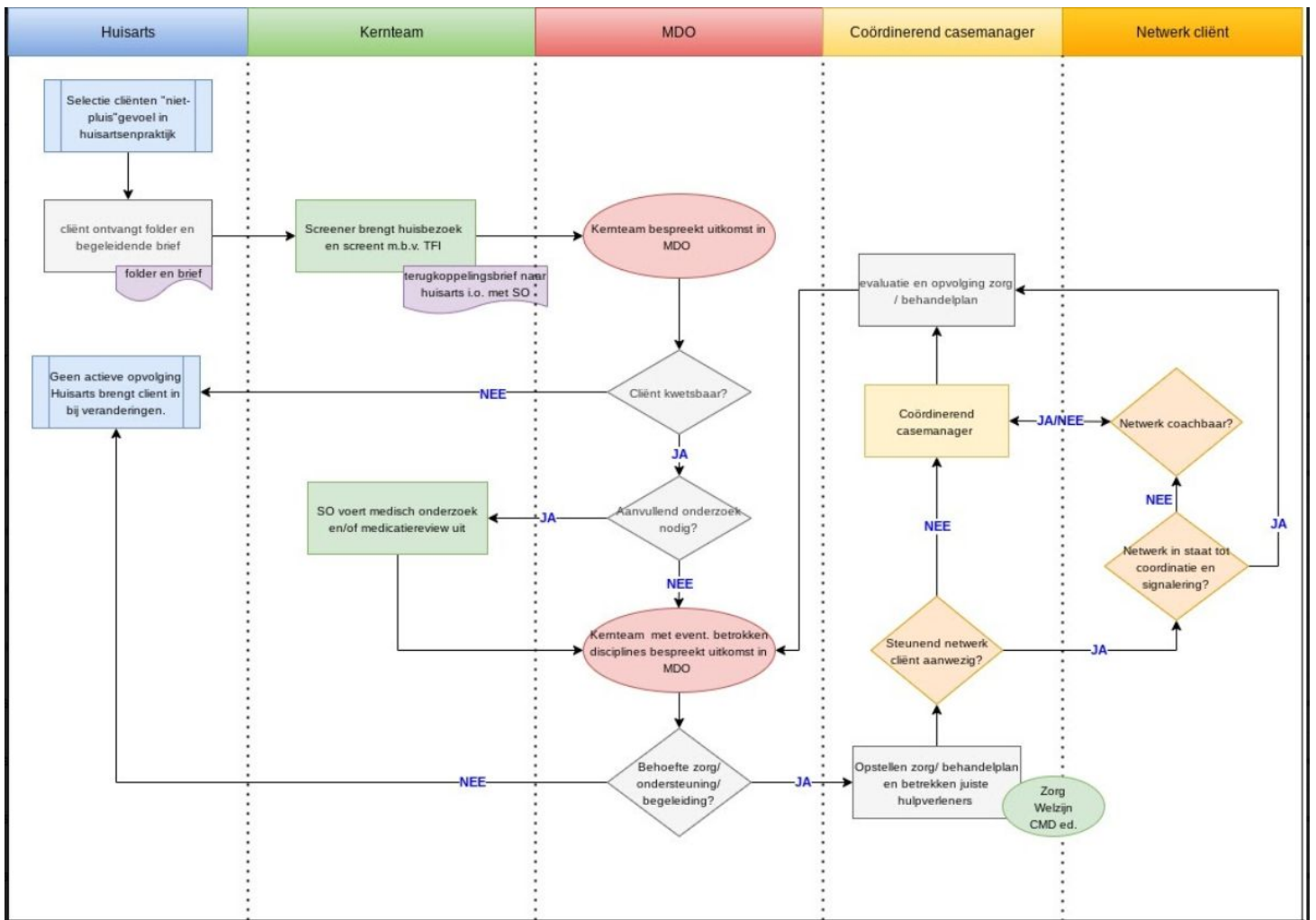
Zoals in de inleiding beschreven deed Lotte Vestjens in 2016 onderzoek naar de toegevoegde waarde van het integrale zorgprogramma Vroegsignalering Kwetsbare Ouderen en Opvolging in de eerste lijn. Een jaar lang werden kwetsbare ouderen en zorgprofessionals van 15 huisartsenpraktijken in westelijk West-Brabant gevolgd om effecten, kosten en processen van integrale en reguliere eerstelijnszorg in kaart te brengen. De resultaten van het evaluatieonderzoek laten zien dat het VKO-programma (nog) niet de verwachte impact heeft op het welzijn van ouderen. Lotte Vestjens stelt in haar proefschrift *Integrale eerstelijnszorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen* dat hier nader onderzoek voor noodzakelijk is om de complexiteit te begrijpen en (een gebrek aan) effectiviteit te verklaren.

In het proefschrift gaat Vestjens daarnaast dieper in op een belangrijk doel van integrale zorg; de verbetering van de kwaliteit van de zorg. De bevindingen uit haar onderzoek laten zien dat proactieve, integrale zorg – die kenmerkend is voor het VKO-programma – een positief effect kan hebben op de kwaliteit van de eerstelijnszorg aan kwetsbare ouderen. Zorgprofessionals die volgens de VKO-benadering werken, zagen een aanzienlijke verbetering in de kwaliteit van de zorgverlening. Huisartsen zagen de noodzaak van proactieve opsporing van kwetsbare ouderen en multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. In tijden van beleidshervormingen waarbij kwetsbare ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen en ondersteund worden vanuit de eerste lijn, draagt integrale zorg zoals georganiseerd in het VKO-programma bij aan de voorbereiding op deze ontwikkelingen en de verbetering van de kwaliteit van zorg voor deze ouderen thuis.

Bronvermelding

- Agtmaal, van J. (2009). *Drie jaar consultatiebureau voor ouderen; een persoonlijke terugblik*. Roosendaal: Stichting Groenhuysen.
- Alzheimer Nederland & Vilans (2020). *Zorgstandaard dementie*.
- Birnie E, Murray Cramm J, Nieboer AP, Vestjens L, *Evaluatie Vroegsignalering Kwetsbare Ouderen en Opvolging (VKO)*, IBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam, december 2016
- Dijk, van C. & Schellevis, F. *Anders is niet per se beter; kanttekeningen bij functionele bekostiging*. Medisch Contact, 28 mei 2009.
- KNMG (2010). *Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen*. KNMG-standpunt. Utrecht: maart 2010.
- LHV, Rijdt, van de – Ven, van de, A. H. J. (2009). *Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis, handreiking samenhangende zorg in de eerste lijn*. Utrecht: LHV, NHG, KNMP, en NVVA
- LHV, Verenso (2014). *Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde*
- LHV, V&VN e.a. (2019). *Handreiking Kwetsbare ouderen thuis*
- *Praktische informatie voor de huisarts*. Folder project “Ketenzorg Specialist Ouderengeneeskunde en huisarts door consultatie”.
- Ministerie van VWS. Brief aan voorzitter van de tweede kamer betreffende *Samenhang in zorg en ondersteuning*. Kenmerk: 188415-115983-Z. Den Haag, 4 maart 2014.
- Nieboer, A. & Vestjens, L. e.a (2016). “*Evaluatie Vroegsignalering Kwetsbare Ouderen en Opvolging*”, IBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam
- NZA, Zorginstituut Nederland (2020). *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nu*.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2011). *Kwetsbare ouderen in de praktijk*. Den Haag, april 2011.
- Stuurgroep VKO Roosendaal (2013). *Handboek Vroegsignalering Kwetsbare Ouderen*. Roosendaal, 28 augustus 2013.
- Stuurgroep VKO Brabantse Wal (2014). *Richtlijn Vroegsignalering Kwetsbare Ouderen en Opvolging*. Bergen op Zoom, 28 maart 2014.
- Vestjens-van der Mee, L (2020). *Integrated primary care for community - dwelling frail older people*.
- Vilans, Leago, V&VN, 100 uw welzijns- en zorgnetwerk, Gezondheidscentrum Hoensbroek Noord, Adiantar (2014). *Zorg voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn. Handreiking voor professionals & multidisciplinaire teams in de eerste lijn*. Utrecht, mei 2014.

BIJLAGE 1 Stroomschema VKO



BIJLAGE 2 Terugrapportage Brief aan Huisarts

Weledelgeleerde <huisarts>

Onderstaand gegevens invullen en weghalen wat niet van toepassing is

Plaats. datum

Betreft Naam cliënt

Geboortedatum

BSN

Geachte collega,

In het kader van het Vroegsignalering Kwetsbare Ouderen (VKO) heeft de wijkverpleegkundige ouderenzorg/casemanager dementie/ geriatisch consulente (*maak een keuze*) op (*datum*) een bezoek gebracht aan uw patiënt(e) (*naam en adres*). En op(*datum*) heeft specialist ouderengeneeskunde een huisbezoek gebracht aan uw patiënt(e) (*indien van toepassing*):

Het gesprek vond plaats bij Dhr./Mw. thuis in aanwezigheid van, (*naam en relatie*).

Met behulp van de TFI is de kwetsbaarheid in kaart gebracht. Hierop scoort dhr./mw en dit wordt als niet kwetsbaar beschouwd/ dit wordt als kwetsbaar beschouwd. (*evt. ook eigen mening benoemen wanneer iemand niet als kwetsbaar op de TFI scoort, maar wel kwetsbaar is*)

Specifiek scoort dhr./mw. op:

- Lichamelijke componenten:
- Psychische componenten:
- Sociale componenten:
-

Consultvraag:

Cognitieve en lichamelijke screening.

Ambulante screening kwetsbare oudere

Conclusie

Betreft een alleenstaande/gehuwde man/vrouw van ... jaar die met een score van ... op de TFI wel/niet kwetsbaar is. *Schrijf hier ook kort de bevindingen op uit het onderzoek. Denk ook aan de metingen die zijn gedaan.*

Bespreekpunten MDO

O.a. medicatie

Voorgeschiedenis:

Dhr./Mw. is bekend met:

Hier een korte opsomming van in het verleden doorgemaakte ziekten/aandoeningen met jaartallen.

Welke relevant zijn.

Familiale voorgeschiedenis.

Medicatie	Dosering	Tijdstip inname

Overeenkomst met HIS	Baxterrol	Medicatierouwheid

Gewicht	SNAQ	Tensie

Aanwezige hulpverleners:

Thuiszorg : (*Organisatie en verantwoordelijke met telefoonnummer*)

Huishoudelijke ondersteuning : (*Particulier of vanuit organisatie*)

Deeltaxi :

Sociale alarmering: (*Organisatie*)

Behandelaren : (*Fysio, logo, ergo, diëtiste*)

Behandelaren 2e lijn: (*specialisten, specialistisch verpleegkundigen*)

Informele zorg (*waar van toepassing anders verwijderen*)

Mantelzorg :

Belastbaarheid :

Steunsysteem :

Steunpunt mantelzorg:

Somatiek: (*waar van toepassing anders verwijderen*)

Pijn :

Oedeem :

Conditie huid :

Ademhaling :

Voedingstoestand:

Instabiele bloedsuikerspiegels:

Kauw/ slikstoornissen:

Gebitsproblemen:

Stemstoornis :

Vochthuishouding:

Inspanningstolerantie:

Evenwicht :

Vallen- valfrequentie:

Gevaar voor letsel:

Tonusstoornis/ contracturen:

Intoxicaties :

Functioneel: (*waar van toepassing anders verwijderen*)

ADL :
 Medicatie :
 Eten/drinken :
 Mobiliteit :
 Lichaamsbeweging:
 Continentie :
 Defecatiepatroon:
 Handhaven gezondheid:
 Hulpmiddelen :

Maatschappelijk: *(waar van toepassing anders verwijderen)*

Biografie :
 Woon- en familieomstandigheden:
 Huishouding :
 Relatie familie :
 Mantelzorg :
 Sociale contacten/ interactie :
 Dagstructuur/ -invulling (BDL) :
 Beheer administratie/ financiën :
 Gebruik communicatiemiddelen :
 Gebruik eigen/ openbaar vervoer :
 Verwerkingsproblemen :
 Zingeving/ religie:

Psychisch: *(waar van toepassing anders weghalen)*

Bewustzijn:
 Cognitie :
 Ziekte-inzicht/besef:
 Gedrag :
 Stemming :
 Motivatie :
 Initiatief :
 Acceptatie en omgang met ziekte:
 Geborgenheid/ Intimiteit:
 Slaap :
 Rouw :
 Dwaalgedrag :
 Vrijheidsbeperkende maatregelen:

Communicatief: *(waar van toepassing anders weghalen)*

Visus :
 Taal :
 Spraak :
 Gehoor :
 Begrijpen :

VOORSTEL ZORGPLAN

<i>Probleem</i>	<i>Doel</i>	<i>Interventie</i>	<i>Discipline</i>

Vertrouwend u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd,

Met vriendelijke groet,

Naam:

wijkverpleegkundige ouderenzorg/ casemanager dementie /geriatisch verpleegkundige (*keuze maken*)

Tel.: 06-

Mede ondertekend door: (*dit blokje is alleen van toepassing wanneer dit is afgesproken met de specialist ouderengeneeskunde en anders verwijderen*)

Naam:

Specialist ouderengeneeskunde

Tel.: 06-