

Ouderen met complexe problematiek

Inhoud

Inleiding	2
Gezonde ouderen en ouderen met complexe problematiek.....	2
Definitie complexe problematiek	2
Uitgangspunten van zorg voor ouderen.....	3
Doelstelling	3
Doelgroep	3
De rol van de praktijkverpleegkundige	4
Plan van aanpak.....	4
Opsporen	4
Screening	5
TRAZAG-instrument.....	6
Verslaglegging	9
Probleeminventarisatie	9
Zorgbehandelplan.....	9
Multidisciplinaire samenwerking	10
Kernteam	10
Multidisciplinaire team.....	10
Taakverdeling multidisciplinaire team	10
Multidisciplinair overleg	11
Periodieke medicatiebeoordeling	11
Bijlagen	12
Probleeminventarisatie	12
Zorgbehandelplan	13

Inleiding

Gezonde ouderen en ouderen met complexe problematiek

Ouderen vormen de snelst groeiende bevolkingsgroep in Nederland. Op 1 januari 2020 was 4,7 % van de Nederlandse bevolking 80 plus. In 2040 - op het hoogtepunt van de vergrijzing - zal zo'n 26 procent van de bevolking ouder dan 65 jaar zijn waarvan een derde dan ouder is dan 80 jaar.

Bij oudere patiënten met complexe problematiek is door veroudering de fysiologische reservecapaciteit van de organen afgenomen en zijn er degeneratieve veranderingen ontstaan zoals artrose en atherosclerose. De presentatie van ziekte is vaak atypisch. De oudere patiënt met complexe problematiek heeft dikwijls een veelvoud aan stoornissen zowel op lichamelijk als op psychisch en sociaal gebied. Hierdoor ontstaan complexe ziektebeelden die de zelfredzaamheid ernstig kunnen bedreigen.

Ouderen kenmerken zich door:

1. verminderde homeostase;
2. snelle achteruitgang: de 'cascade breakdown';
3. vertraagd herstel na ziekte;
4. andere (atypische) presentatie van ziekten;
5. somato-psycho-sociale verwevenheid;
6. leeftijdsspecifieke ziekten;
7. gewijzigde farmacokinetiek en -dynamiek.

Definitie complexe problematiek

Bij complexe problematiek is er sprake van een oudere persoon met één of meer van de volgende problemen, die vaak met elkaar interacteren: cognitieve beperkingen, handicaps, psychosociale problematiek, multimorbiditeit, polyfarmacie en maatschappelijk isolement (alleen wonen, zonder of met weinig mantelzorg; eenzaamheid). Het gaat expliciet niet alleen om chronische zorg, maar ook om veelvoorkomende klachten/aandoeningen van ouderen (duizeligheid, slecht zien, horen, etc.).

Ouderen die aan drie of meer van de onderstaande criteria voldoen kunnen als kwetsbaar worden beschouwd:

- laag lichaamsgewicht (of zeer hoog)
- verminderde longfunctie (als maat voor zwakte)
- lichamelijke inactiviteit
- verminderd cognitief functioneren (dementie of Mild Cognitive Impairment)
- slechtziendheid
- slechthorendheid
- incontinentie
- depressieve symptomen
- weinig ervaren regie over eigen leven
- eenzaamheid / sociaal zwakke positie

- polyfarmacie

Uitgangspunten van zorg voor ouderen

1. Naarmate mensen ouder worden komt het streven naar behoud en herstel van functionaliteit, zelfredzaamheid en ervaren kwaliteit van leven voorop te staan en is de aandacht niet altijd meer primair gericht op het genezen van ziekte.
2. Naarmate mensen ouder worden neemt de reconvalescentietijd toe: het herstel duurt langer, het evenwicht raakt gemakkelijker verstoord en de begeleiding vraagt meer tijd.
3. Naarmate mensen ouder worden neemt de complexiteit van de problematiek toe, en gaat het eindigheidsperspectief van het leven een steeds belangrijker rol spelen.
4. Ook voor ouderen geldt dat de geleverde zorg zoveel mogelijk dient aan te sluiten bij de wensen, behoeften en verwachtingen van de patiënt (zorg-op-maat).
5. De zorg voor ouderen met complexe problematiek vraagt om samenhang en dient daarom gegeven te worden in een samenhangend zorgnetwerk. De huisarts heeft hierbinnen vanuit zijn overzicht een regierol, gericht op onderlinge afstemming van het beleid van de betrokken (huis)artsen en andere hulpverleners. De huisarts houdt die regie (op de achtergrond) ook wanneer hij de patiënt in een fase overdraagt voor intensieve zorg in het ziekenhuis of wanneer de poh/praktijkverpleegkundige de zorgcoördinatie op zich neemt.

Doelstelling

Vormen van een samenhangend zorgaanbod voor kwetsbare ouderen met complexe problematiek met als doel:

- vergroten zelfredzaamheid
- langer verblijf in de thuissituatie
- functies behouden en optimaliseren
- uitstellen van ziektes en voorkomen van erger (secundaire preventie)
- ontlasten mantelzorg
- efficiënter inzetten van mensen en middelen

Door het inzetten van juiste interventies willen we een veilige thuissituatie waarborgen, crisissituaties voorkomen en de mantelzorg adequaat ondersteunen.

Doelgroep

Ouderen (75+) in de eerstelijns zowel intra- als extramuraal (thuis/ woon/zorgcentrum).

De inclusiecriteria zijn de criteria voor kwetsbaarheid. Ouderen die aan drie of meer van de criteria positief scoren behoren tot de doelgroep.

De rol van de praktijkverpleegkundige

De praktijkverpleegkundige:

- benadert de mogelijk kwetsbare oudere en geeft uitleg aan het project.
- neemt screeningslijsten af bij mogelijk kwetsbare ouderen.
- zorgt voor adequate verslaglegging in het HIS.
- maakt bij kwetsbare ouderen een probleeminventarisatie en stelt een voorlopig zorg- / behandelplan op.
- bespreekt het opgestelde zorg/behandelplan met de huisarts.
- houdt bij het opstellen en uitvoeren van het zorg-behandelplan rekening met de wensen van de patiënt en met diens mantelzorgers/naasten.
- heeft aandacht voor behoud of herstel van functionaliteit, zelfredzaamheid en ervaren kwaliteit van leven.
- maakt samen met de patiënt steeds weer een afweging van individuele mogelijkheden en prioriteiten.
- zorgt dat wensen van de patiënt en evt. partner inzichtelijk zijn voor andere hulpverleners.
- zorgt voor periodieke evaluatie en bijstelling van het zorg-behandelplan in samenspraak met andere hulpverleners zoals wijkverpleging en casemanager dementie.
- onderhoudt contacten met mantelzorg en hulpverlening.
- maakt gebruik van de sociale kaart bij verwijzing en zorgt ervoor dat deze up-to-date is.

Plan van aanpak

Opsporen

- **Selectie 75+**

Vanuit het HIS of Vip zal een uitdraai worden gedaan van patiënten >74 jaar. Deze lijst zal worden gebruikt voor het opsporen van kwetsbaarheid bij ouderen.

De geselecteerde oudere kan als volgt worden ingedeeld:

1. De oudere is bekend en er is geen reden om nader onderzoek te doen
2. De oudere is niet bekend. Het TRAZAG- startformulier wordt gebruikt (is te vinden in Vip). Bij negatief scoren vindt er geen vervolg plaats. Bij positief scoren zal nader onderzoek plaats vinden in de vorm van het afnemen van een screeningslijst.
3. De oudere is geïncludeerd in een Diabetes, COPD en/of CVRM keten. Bij deze patiëntencategorie wordt een TRAZAG- startform ingevuld.
4. De oudere is bekend en wordt door de huisarts als kwetsbaar beoordeeld. Er vindt nader onderzoek plaats in de vorm van het afnemen van een screeningslijst.

- **Casefinding**

Via signalen van mantelzorgers, hulpverleners (wijkverplk, ouderenadviseur, fysio enz).

Wanneer er door betrokkenen kwetsbaarheid wordt gesignaleerd is dit aanleiding voor nader onderzoek.

- **Polyfarmacie**

Polyfarmacie is aanleiding voor nader onderzoek.

(zie criteria op blz 11 “periodieke medicatiebeoordeling”)

Screening

Het beoordelen van eventuele kwetsbaarheid vindt plaats door de PVK/POH met het Trazag instrument. Het onderzoek vindt plaats in de thuissituatie omdat de oudere dan beter geobserveerd kan worden op het gebied van cognitie en handelen.

Ook wordt er een bloeddruk, lengte, gewicht en aanvullend lab bepaald.

Er wordt expliciet aandacht gegeven aan de mogelijkheden en onmogelijkheden van de mantelzorg.

Het Trazag instrument werkt stapsgewijs. Met het TRAZAG-startformulier worden de actuele probleemgebieden uitgevraagd. Scoort de oudere positief op één van de vragen dan kan het geïdentificeerde probleemgebied nader in kaart worden gebracht door het uitvragen met een specifiek vervolg formulier.

TRAZAG-startformulier bestaat uit een 9 tal Ja-Nee vragen. Indien een patiënt “Ja” scoort op een van de vragen, dan is dat een probleemgebied dat nader onderzocht kan worden. Indien een patiënt meer dan 3 x “Ja” scoort, is het van belang om de casus te vervolgen.

Het is goed om te weten welke professionals er betrokken zijn bij de patiënt en om hierbij afspraken te maken om zo te voorkomen dat er doublures optreden in zorg.

TRAZAG-instrument

Startdocument TRAZAG

1. Heeft de patiënt hulp nodig bij het doen van het huishouden (koken, poetsen, boodschappen etc.)
Ja verdere diagnostiek mogelijk via formulier 2
Nee
2. Heeft de patiënt hulp nodig bij het uitvoeren van de ADL (zich wassen, kleden toiletgang etc.)
Ja verdere diagnostiek mogelijk via formulier 3
Nee
3. **(A)** Is de patiënt de laatste 3 maanden afgevallen?
Ja verdere diagnostiek mogelijk via formulier 4
Nee
(B) Heeft de patiënt problemen met eten en/of drinken?
Ja verdere diagnostiek mogelijk via formulier 4
Nee
4. **(A)** Is de patiënt de laatste 6 maanden meer dan 2 x gevallen?
Ja verdere diagnostiek mogelijk via formulier 5
Nee
(B) Heeft de patiënt moeite met gaan, staan, bewegen?
Ja verdere diagnostiek mogelijk via formulier 5
Nee
5. Heeft de patiënt het afgelopen jaar vaker de huisarts bezocht, of is hij / zij opgenomen geweest in het ziekenhuis?
Ja
Nee
6. Gebruikt de patiënt meer dan 4 verschillende medicijnen, inclusief zelfzorg middelen?
Ja verdere diagnostiek mogelijk via formulier 6
Nee
7. **(A)** Heeft de patiënt problemen mbt zijn / haar visus ?
Ja verdere diagnostiek mogelijk via formulier 7
Nee
(B) Heeft de patiënt problemen met zijn / haar gehoor?
Ja verdere diagnostiek mogelijk via formulier 7
Nee
8. Heeft de patiënt problemen met het geheugen?
Ja verdere diagnostiek mogelijk via formulier 8
Nee
9. Heeft de patiënt last van een sombere stemming, last van een depressie ?
Ja verdere diagnostiek mogelijk via formulier 9
Nee

Formulier 2: HDL problematiek

De patiënt heeft hulp nodig bij huishoudelijke verzorging. Op dit formulier vind je de IADL-schaal van Lawton en Brody. Deze lijst is vertaald vanuit het Engels door Hertogh.

De IADL schaal kun je zien als richtlijn om problematiek rondom de HDL in kaart te brengen. De verschillende items van de schaal geven op langere termijn een overzicht in de verandering van de functionele toestand van de patiënt. Een significante verandering op de IADL score is een mogelijke predictor voor cognitieve problematiek op de langere termijn. Gekoppeld aan de items zijn mogelijke oplossingen c.q. doorverwijs momenten. Mogelijk vanuit je eigen werk praktijk kunnen deze nog verder worden uitgebreid met je eigen sociale kaart, voorzieningengids. De IADL score wordt ingevuld samen met een directe naaste van de patiënt.

Formulier 3: ADL problematiek

De patiënt heeft hulp nodig bij het uitvoeren van zijn Algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL). De Barthel index geeft zicht op het huidige functioneren van de patiënt. Hoe hoger de score, hoe lager de zorgzwaarte van de patiënt is. Per item worden suggesties gedaan voor interventies of consultatie van andere disciplines. Mogelijk vanuit je eigen werk praktijk kunnen deze nog verder worden uitgebreid met je eigen sociale kaart, voorzieningengids.

Formulier 4: Voeding en voedingstoestand

MNA (mini nutritional assessment)

De MNA is een instrument dat uit twee delen bestaat. Deel 1 werkt als opsporing van mogelijke ondervoeding problematiek. Deel 2 is een globale evaluatie, die gebruikt wordt bij een opsporingsscore van minder dan 11 punten.

Formulier 5: Mobiliteit en valrisico

Bij een verhoogd valrisico of gestoorde mobiliteit kan fysiotherapie een mogelijke oplossing bieden. Fysiotherapeut kan geconsulteerd worden via de huisarts.

Formulier 6 Medicatie gebruik

Patiënt kan benoemen:

Welke medicatie is voorgeschreven.....	ja/nee
Waarvoor de medicatie is voorgeschreven.....	ja/nee
Wanneer, hoe vaak, op welke manier moet de medicatie worden ingenomen	ja/nee
Op welke wijze de medicatie bewaard moet worden.....	ja/nee
Hoe te handelen als een dosis is vergeten.....	ja/nee
Dat het enige tijd kan duren voor het medicijn werkt.....	ja/nee
Dat de werking niet altijd merkbaar is.....	ja/nee
Welke 1 tot 3 bijwerkingen vaak voorkomen.....	ja/nee
Hoe om te gaan met vrij verkrijgbare zelfzorgmedicijnen.....	ja/nee
Weet welke medicijnen niet gecombineerd mogen worden.....	ja/nee

Formulier 7: Visus en gehoorproblematiek bij ouderen

Gehoorverlies en visusproblematiek zijn veel voorkomende problemen bij ouderen. Van de thuiswonende ouderen van 60 jaar heeft 30 – 52% problemen met betrekking tot het gehoor. Bij ouderen van 71 jaar en ouderen wordt beschreven dat 7 – 39% visus problemen heeft ontwikkeld. Het is van belang om te weten of de patiënt te maken heeft met een van deze problemen. Middels enkele korte testen of vragen kan een mogelijk probleem geactualiseerd worden. Bij een vermoeden van visus problematiek kan er verdere diagnostiek gedaan worden middels Snellen kaart, of de patiënt door te verwijzen naar oogarts of opticien.

Bij gehoorschade zal een verwijzing plaatsvinden naar een audiologisch centrum of KNO arts.

Formulier 8: Geheugen problematiek

Problematiek m.b.t. geheugen en oriëntatie kan met behulp van diverse assessments in kaart worden gebracht. De gegevens van deze testen zeggen iets over het cognitief functioneren van de patiënt op dit moment. Assessments diagnosticeren niet een dementie, geven alleen richting aan de cognitieve vermogens. Bij vermoeden van cognitieve problematiek of een dementie is het noodzakelijk om, in overleg met de arts, door te verwijzen voor verdere screening en diagnostiek naar gespecialiseerde diensten (RIAGG, DOC PG, geheugen poli).

Formulier 9: Stemming en depressie

Je hebt het gevoel dat er iets aan de hand is m.b.t. de stemming van de patiënt. Om dit gevoel te objectiveren kun je een geriatrische depressie score afnemen (GDS). De onderstaande GDS is een verkorte versie. De verdeelsleutel onder aan de test geeft aan in hoeverre er sprake is van depressie. Hierbij dien je wel rekening te houden met de crucial life events van de patiënt (bijv. overlijden van een naaste etc.). Bij een positieve testuitslag is het goed te overleggen met de huisarts. Afhankelijk van de bevindingen kan er medicamenteus worden ingegrepen of doorverwezen richting Riagg.

Verslaglegging

De gegevens uit het huisbezoek worden vastgelegd binnen het HIS. (TRAZAG-formulier, GDS,EMS, GARS, MMSE; Trazag en MMSE vragenlijsten zijn te vinden in Vip). De inventarisatie van problemen en het opstellen van een zorg-behandelplan wordt toegevoegd in het His. Indien de thuiszorg betrokken is bij de zorg rondom de patiënt worden zij na goedkeuring van de patiënt op de hoogte gesteld van het zorgplan.

Probleeminventarisatie

De probleeminventarisatie is een overzicht van beperkingen en problemen op verschillende levensgebieden: lichamelijke gezondheid, emotioneel welbevinden, communicatie en sociale contacten, zingeving en spiritualiteit. Een veelgebruikt model hierbij is het SFMPC model: **S**omatisch, **F**unctioneel, **M**aatschappelijk, **P**sychisch en **C**ommunicatief aandachtsgebied. Er wordt een prioritering aangegeven van welke problemen het meest urgent voor de oudere zelf zijn en voor de hulpverlening.

De probleeminventarisatie verschilt van de probleemlijst in het HIS (aandoeningen en diagnoses). De probleeminventarisatie is de basis voor het zorgbehandelplan. Tevens is het een hulpmiddel voor de PVK om de bevindingen uit het huisbezoek vast te leggen .

Zorgbehandelplan

Een zorgbehandelplan geeft een overzicht van de meest urgente problemen en geeft de geplande interventies weer. Het zorgbehandelplan brengt samenhang in de zorg voor ouderen met complexe problematiek en is een middel voor regievoering. Het wordt in goed overleg met de oudere patiënt en met de familie opgesteld, uitgaande van de prioritering die bij de probleeminventarisatie is aangegeven. Allereerst wordt een hoofddoel geformuleerd: gaat het om herstel of behoud van functioneren of is achteruitgang onvermijdelijk (symptoombehandeling)? De problemen worden op volgorde van urgentie gezet en per probleem wordt een haalbaar doel geformuleerd, de gewenste interventie en evaluatiedatum. Genoteerd wordt ook wie wat doet en wie de zorgcoördinator is.

Inhoud zorgbehandelplan

Hoofddoel:	Korte omschrijving van de beoogde verbetering of het voorkomen van achteruitgang.
Casemanager:	Aanspreekpunt voor patiënt en mantelzorger, ondersteunt de patiënt en mantelzorger persoonlijk. De casemanager heeft regelmatig contact met patiënt en mantelzorger over het verloop van de zorgverlening, bewaakt dat de zorg is afgestemd op hun vragen en behoeften en voorziet tijdig wanneer aanpassingen en aanvullingen nodig zijn.
Zorgcoördinator:	Degene die regelt dat de juiste zorg geboden wordt en dat alle zorg onderling is afgestemd. Aanspreekpunt voor alle andere zorgverleners. De casemanager of zorgcoördinator is verantwoordelijk voor de opstelling van een zorgbehandelplan en voor tijdige evaluatie van het plan. NB: Casemanager en zorgcoördinator zijn vaak één persoon. Strikt nodig is dat niet en er hoeft ook niet altijd in beide functies voorzien te zijn.
Probleem:	Op welk gebied ligt het probleem en wat is precies het probleem? Het gaat hier dus niet om de diagnose maar om de 'last' voor de patiënt en de mantelzorger (zie bijlage probleeminventarisatie).
Doel:	Welke concrete resultaten worden voor dit probleem beoogd? Door de

	beoogde resultaten zo specifiek mogelijk te benoemen kan de voortgang worden bewaakt en de zorg tijdig worden bijgesteld.
Actie huisartsenzorg:	Acties van de huisarts (zoals medicatie en controles) en de taken van de PVK (zoals advies, begeleiding, zorgcoördinatie en dergelijke).
Actie ketenpartners:	Naar welke andere zorgverleners kan men verwijzen en voor wat? Bij bewoners in het verzorgingshuis staat in deze kolom welke zorg het verzorgingshuis levert voor dat specifieke probleem.
Evaluatiedatum:	De resultaten van de afgesproken acties worden periodiek geëvalueerd. De evaluatieperiode kan per probleem en per patiënt verschillen. Als regel is een frequentie van eenmaal per drie maanden nodig.

Evaluatie zorgbehandelplan

Bij thuiswonende ouderen neemt de POH/PVK het voortouw voor de evaluatie. De POH/PVK gaat bij de patiënt zelf na hoe de situatie is en vraagt informatie bij eventuele andere betrokken disciplines. Deze gegevens worden met de huisarts besproken, waarna het plan zo nodig wordt bijgesteld en een nieuwe evaluatiedatum afgesproken. Eventueel kan een ketenpartner worden betrokken. Als meer zorgverleners zorg leveren wordt vooraf geïnformeerd naar de stand van zaken. De betrokken hulpverlener kan ook bij de bespreking aanwezig zijn. (Bijvoorbeeld via 'overleg op afroep')

In het verzorgingshuis zal de evaluatie van het zorg/behandelplan als regel plaatsvinden in het multidisciplinair overleg (MDO).

Multidisciplinaire samenwerking

Kernteam

Het kernteam bestaat uit de huisarts, een praktijkondersteuner/ praktijkverpleegkundige, de wijkverpleegkundige en de casemanager dementie. Het team komt 1x/6-12 weken bij elkaar voor:

- het aan elkaar melden en bespreken van signalen over bijvoorbeeld beginnende dementie; de signalen worden gebundeld en er wordt afgesproken wie wat gaat doen;
- informatie-uitwisseling en afstemming bij kwetsbare ouderen.

Multidisciplinaire team

Om de complexe zorg voor ouderen goed vorm te kunnen geven wordt een multidisciplinair team samengesteld, waarin de volgende uitgangspunten gelden:

- een geïntegreerde benadering van de vastgestelde problemen.
- een betere afstemming van het hulpaanbod op de hulpvraag.
- continuïteit van de zorg .
- verschillende deskundigheden die elkaar aanvullen.
- betere signaleringsmogelijkheden.

Taakverdeling multidisciplinaire team

- Huisarts: diagnostiek, medicatiebeleid, eindverantwoordelijke van het zorg-behandelplan, randvoorwaarden, regiefunctie.

- Wijkverpleegkundige: zorgcoördinatie bij ondersteuning ADL, HDL en medicatiegebruik. Signalerende functie.
- Dementie consulente: gecoördineerde begeleiding, zorg en ondersteuning bij patiënten met de diagnose dementie
- Specialist ouderenzorg: ziekte en zorgdiagnostiek (ook bij gedragsproblemen). Inbreng multidisciplinaire team in kader systeemzorg
- Diëtiste: screening en interventies bij ondervoeding en overgewicht
- Fysio-ergotherapeut: valpreventie en mobiliteitsproblemen
- PVK/poh: screening, opstellen zorg-behandelplan, verslaglegging, follow up en bijstellen protocol, voorbereiding MDO's, casemanager.
- Apotheker: periodieke medicatiebeoordeling
- Ouderenzorgadviseur en mantelzorg ondersteuning kunnen ingeschakeld worden bij ter ondersteuning van de mantelzorg en bij problemen zoals wonen, welzijn, inkomen en recht via Welzijn Bommelerwaard.

Multidisciplinair overleg

Voor het multidisciplinair overleg gelden de volgende uitgangspunten:

- Er wordt een definitief zorgplan opgesteld waarin de behandelingsdoelen worden vastgelegd en een taakverdeling wordt afgesproken.
- De poh/pvk neemt de rol van casemanager op zich.
- De casemanager ziet toe op de samenhang in het zorgaanbod en de aansluiting op de behoefte van de patiënt en bevordert geregeld overleg tussen de diverse hulpverleners die betrokken zijn bij de patiënt.
- Het zorg-behandelplan wordt door de casemanager vastgelegd in een dossier, waarin vervolgens ook het zorgproces en de verdere onderlinge afspraken worden genoteerd.

Periodieke medicatiebeoordeling

Een periodieke medicatiebeoordeling wordt gedaan bij ouderen >75 jaar, die dagelijks vijf of meer geneesmiddelen gebruiken en daarnaast nog een of meer van de volgende kenmerken hebben:

- Meerdere aandoeningen.
- Een verminderde nierfunctie.
- Verminderde cognitie.
- Geneesmiddelengebruik niet vlgs voorschrift.

Elke 6 maanden vindt zo nodig overleg plaats tussen de apotheker, PVK/poh en huisarts over de medicatie van geïncludeerde patiënten. Aandachtspunten zijn:

- De compliance van de patiënt (evt. baxterverpakking regelen, inschakelen van mantelzorg of thuiszorg voor medicatiebegeleiding).
- De noodzaak voor voortzetting van medicatie.
- De noodzaak van starten van medicatie.
- De medicatie in relatie tot de nierfunctie (halfjaarlijks controleren).
- Eventuele bijwerkingen van de medicatie.

Bijlagen

Probleeminventarisatie

DHR/MEVR:

AANDACHTSGEBIED	PROBLEMEN	URGENTIE
Somatisch		
Somatisch		
Somatisch		
Functioneel		
Functioneel		
Functioneel		
Maatschappelijk		
Maatschappelijk		
Maatschappelijk		
Psychisch		
Psychisch		
Psychisch		
Communicatie		
Communicatief		
Communicatief		

Zorgbehandelplan

DHR/MEVR:

Huisarts:

Casemanager:

Zorgcoördinator:

Hoofddoel:

PROBLEEM	DOEL	ACTIE HUISARTSEENZORG (wat, wie)	ACTIE KETENPARTNERS (wat, wie)	EVALUATIE DATUM