



KWETSBARE OUDEREN THUIS: SAMEN AAN ZET

Handreiking voor samenhangende zorg en ondersteuning aan
thuiswonende kwetsbare ouderen

KWETSBARE OUDEREN THUIS: SAMEN AAN ZET

Handreiking voor samenhangende zorg en ondersteuning aan thuiswonende kwetsbare ouderen

De oorspronkelijke publicatie van deze handreiking verscheen onder de titel “Handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk aan kwetsbare ouderen thuis”. Deze titel en bijbehorende tekst waren primair geschreven voor professionals en maakten veel gebruik van vaktermen en afkortingen. In de praktijk bleek dat betrokken mantelzorgers, partners en ouderen de handreiking daardoor moeilijk konden volgen. Om recht te doen aan hun perspectief en de bedoeling van integrale zorg – samen beslissen, eigen regie en goede samenwerking in begrijpelijke taal – is de handreiking herschreven. De inhoudelijke lijn en het zes stappenplan zijn behouden, maar de tekst is vereenvoudigd, begrippen worden uitgelegd en op elke stap wordt zichtbaar gemaakt wat dit betekent voor de oudere en de mantelzorger.

Inleiding

Steeds meer ouderen wonen langer thuis. Dat is voor veel mensen wenselijk, maar het vraagt ook veel van ouderen zelf, van mantelzorgers en van professionals in zorg en welzijn. Vooral wanneer er meerdere problemen tegelijk spelen, zoals lichamelijke achteruitgang, geheugenproblemen, psychische klachten, een klein netwerk of overbelasting van de mantelzorger, wordt het organiseren van passende hulp ingewikkeld. Deze handreiking helpt professionals om in zulke situaties samenhangend te werken, met oog voor wat voor de oudere en de mantelzorger werkelijk van belang is.

Deze handreiking is bedoeld voor professionals in de eerste lijn en het sociaal domein, zoals huisartsen, praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen, sociaal werkers, specialisten ouderengeneeskunde, casemanagers dementie, apothekers, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten en psychologen. Tegelijk is de tekst zo geschreven dat een mantelzorger of partner de grote lijn ook moet kunnen volgen. Dat is een bewuste keuze. Goede samenwerking begint namelijk niet alleen met vakinhoudelijke afstemming tussen professionals, maar ook met begrijpelijke taal voor de mensen om wie het gaat.

De handreiking bouwt voort op het bestaande zes stappenplan uit de oorspronkelijke publicatie: signalering, gesprek met oudere en mantelzorger, kwetsbaarheid in kaart brengen, bespreken van bevindingen, breed multidisciplinair overleg en uitvoeren en evalueren. In deze herschreven versie is gekozen voor minder jargon, minder afkortingen en een directere uitleg van rollen, verantwoordelijkheden en verwachtingen. Waar vaktermen nodig zijn, worden zij meteen uitgelegd.

Deze handreiking heeft vier doelen:

- Kwetsbare ouderen thuis eerder en beter herkennen;
- Professionals helpen om samen te werken vanuit één samenhangend plan;
- Ouderen en mantelzorgers beter laten begrijpen wat zij mogen verwachten;
- Structureel aandacht geven aan mantelzorgbelasting en vragen over het levenseinde.

Voor wie is deze handreiking?

Deze handreiking is in de eerste plaats geschreven voor professionals. Zij vinden hier een werkwijze voor het herkennen, bespreken, organiseren en evalueren van zorg en ondersteuning rond thuiswonende kwetsbare ouderen in een complexe situatie. De tekst sluit aan bij de oorspronkelijke handreiking, waarin samenwerking tussen medisch domein, zorg en sociaal domein centraal staat. Daarnaast is deze versie nadrukkelijk leesbaar gemaakt voor ouderen en mantelzorgers. Dat betekent niet dat de tekst een publieksbrochure is. Het betekent wel dat een mantelzorger die wil begrijpen wat er gebeurt, wie waarvoor verantwoordelijk is en wat hij of zij mag verwachten, de hoofdlijn moet kunnen volgen.

Uitgangspunten

Goede zorg en ondersteuning aan thuiswonende kwetsbare ouderen vraagt om een aantal vaste uitgangspunten. Deze uitgangspunten komen in de oorspronkelijke handreiking op verschillende plaatsen terug en zijn hier samengebracht in gewone taal.

Persoonsgericht werken

De oudere staat centraal, niet de organisatie of de afzonderlijke voorziening. Dat betekent dat professionals niet alleen kijken naar ziekte, risico's of beperkingen, maar ook naar wat iemand belangrijk vindt, waar iemand aan hecht en wat voor iemand kwaliteit van leven betekent.

Samen beslissen

Beslissingen worden niet alleen over de oudere genomen, maar zoveel mogelijk samen met de oudere en, als dat passend is, met de mantelzorger of naasten. Dat vraagt om begrijpelijke informatie, tijd voor gesprek en ruimte voor twijfel, angst en verschillende wensen.

Vroeg erbij zijn

Vroege signalering helpt om verergering, crisis en onnodige belasting te voorkomen. Signalen kunnen komen van professionals, maar ook van familie, burens, vrijwilligers, bezorgdiensten of anderen in de omgeving van de oudere.

Samenhang organiseren

Bij kwetsbare ouderen lopen medische, sociale, psychische en praktische problemen vaak door elkaar. Daarom is het nodig dat professionals niet naast elkaar werken, maar in samenhang. Dat vraagt om duidelijke afspraken over taken, afstemming, informatie-uitwisseling en bereikbaarheid.

Mantelzorg serieus nemen

De mantelzorger is vaak onmisbaar in het dagelijks leven van de oudere. Tegelijk kan de belasting van mantelzorg zeer groot zijn. Daarom moet in elke stap aandacht zijn voor de draagkracht, de grenzen en de ondersteuning van de mantelzorger.

Tijdig spreken over de toekomst

In een complexe situatie is het belangrijk om niet pas in een crisismoment te praten over verslechtering, afhankelijkheid, opname, palliatieve zorg of het levenseinde. Zulke gesprekken moeten tijdig, zorgvuldig en in begrijpelijke taal plaatsvinden. De oorspronkelijke handreiking benoemt proactieve zorgplanning als belangrijk uitgangspunt; in deze versie wordt dat expliciet verbonden aan de dagelijkse praktijk van ouderen en mantelzorgers.

Begrippen en definities

Kwetsbare oudere

In deze handreiking betekent een kwetsbare oudere: een oudere bij wie het functioneren achteruitgaat en bij wie problemen ontstaan op meerdere levensgebieden tegelijk. Het kan gaan om lichamelijke problemen, geheugen- of concentratieproblemen, psychische klachten, beperkingen in dagelijkse handelingen, een klein of afwezig sociaal netwerk, of een overbelaste mantelzorger. De oorspronkelijke handreiking noemt daarbij onder meer problemen in functioneren, cognitieve problemen, meerdere ouderdomsproblemen, multimorbiditeit, veel geneesmiddelengebruik en problemen met algemene dagelijkse levensverrichtingen.

Complexe situatie thuis

Er is sprake van een complexe situatie thuis wanneer meerdere hulpverleners betrokken zijn, wanneer de oudere en of mantelzorger het overzicht over zorg en ondersteuning verliest, of wanneer professionals vinden dat meer afstemming, coördinatie of aanvullende expertise nodig is. De oorspronkelijke handreiking legt daarbij ook nadruk op de noodzaak van betere afstemming en soms casemanagement.

Mantelzorger

Een mantelzorger is iemand uit de directe omgeving van de oudere die langdurig en onbetaald zorgt, bijvoorbeeld een partner, kind, familielid, vriend of buur. In deze handreiking is de mantelzorger niet alleen een helper, maar ook gesprekspartner, bron van informatie en iemand met eigen grenzen en behoeften.

Regiebehandelaar

De regiebehandelaar is de professional die de samenhang bewaakt in de behandeling, zorg en ondersteuning rond de oudere. Deze persoon ziet erop toe dat professionals op elkaar afgestemd werken, dat doelen en afspraken helder zijn en dat de continuïteit van zorg bewaakt wordt. In de oorspronkelijke handreiking wordt deze rol expliciet genoemd bij de verdeling van verantwoordelijkheden in overleg en planvorming.

Vast aanspreekpunt

Het vaste aanspreekpunt is de persoon bij wie de oudere en mantelzorger terecht kunnen met vragen over de dagelijkse gang van zaken rond zorg en ondersteuning. Dat vaste aanspreekpunt helpt om overzicht te houden, ingewikkelde informatie uit te leggen en zo nodig andere professionals in te schakelen. De oorspronkelijke handreiking noemt het belang van één aanspreekpunt herhaaldelijk als voorwaarde voor samenhangende zorg.

Avond-, nacht- en weekendzorg

In de oorspronkelijke handreiking wordt de afkorting ANW gebruikt. In deze versie wordt steeds gesproken over avond-, nacht- en weekendzorg. Daarmee wordt bedoeld: zorg buiten de gewone kantooruren, vaak via de huisartsenpost of spoedeisende hulp. Voor ouderen en mantelzorgers moet duidelijk zijn wie zij dan kunnen bellen en welke afspraken al bekend zijn.

Proactieve zorgplanning

Proactieve zorgplanning betekent: op tijd in gesprek gaan over wensen, grenzen, verwachtingen en scenario's voor de toekomst. Dat kan gaan over behandeling, ziekenhuisopname, kwaliteit van leven, afhankelijkheid, opname, palliatieve zorg en het levenseinde. In de oorspronkelijke handreiking is proactieve zorgplanning een terugkerend uitgangspunt in het gesprek met de oudere en in de verdere planvorming.

Het zes stappenplan

Dit hoofdstuk beschrijft een praktische werkwijze in zes stappen. De stappen volgen de lijn uit de oorspronkelijke handreiking, maar zijn hier herschreven in directe en toegankelijke taal.

Stap 1 – Signalering

Signalering is het moment waarop iemand ziet of vermoedt dat het thuis niet meer goed gaat. Dat kan een professional zijn, maar ook een partner, kind, buur, vrijwilliger, huishoudelijke hulp, bezorger of iemand uit de sociale omgeving. De oorspronkelijke handreiking noemt onder meer signalen als vallen, ondervoeding, polyfarmacie, sociaal isolement, recente ziekenhuisopname, frequente contacten met huisarts of spoedzorg en overbelasting van de mantelzorger.

Wat professionals doen

- Zij letten op signalen van achteruitgang, onveiligheid of overbelasting.
- Zij nemen signalen uit de omgeving serieus.
- Zij wegen samen wie het best de eerste vervolgstap kan zetten.
- Zij wachten niet tot er een crisis ontstaat als signalen zich opstapelen.

Wat de oudere en mantelzorger merken

Er wordt benoemd dat er zorgen zijn. Niet beschuldigend, maar uitnodigend: laten we samen kijken wat er aan de hand is en wat nodig is.

Praktijkvoorbeeld 1

Een maaltijdbezorger merkt dat mevrouw De Groot van 84 de laatste weken steeds verwarder oogt, de deur in haar nachtjapon opendoet en zichtbaar is afgevallen. Hij geeft zijn zorg door aan zijn coördinator, die contact zoekt met de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige stemt af met de huisartspraktijk en er wordt een huisbezoek ingepland.

Praktijkvoorbeeld 2

De partner van meneer Özdemir belt de huisartsenpraktijk en zegt dat zij de zorg voor haar man met geheugenproblemen bijna niet meer volhoudt. De doktersassistente hoort de wanhoop in haar stem, legt dit vast en zorgt dat er snel een langer gesprek wordt gepland. Zo wordt mantelzorgoverbelasting al bij de signalering serieus genomen.

Stap 2 – Gesprek met de oudere en mantelzorger

Na de signalering volgt een gesprek waarin de situatie vanuit het perspectief van de oudere en de mantelzorger wordt verkend. De oorspronkelijke handreiking noemt hierbij drie doelen: wensen en behoeften rond kwaliteit van leven en zorg bespreken, risico's inschatten en samen vaststellen of er sprake is van kwetsbaarheid.

Wat professionals doen

- Zij plannen voldoende tijd voor een rustig gesprek.
- Zij leggen in gewone taal uit waarom dit gesprek wordt gevoerd.
- Zij vragen niet alleen naar klachten, maar ook naar wat belangrijk is in het leven.
- Zij bespreken expliciet de draagkracht van de mantelzorger.
- Zij verkennen ook zorgen over de toekomst en, als dat aan de orde is, over het levenseinde.

Wat de oudere en mantelzorger merken

Er wordt niet alleen gekeken naar ziekte of risico, maar ook naar het dagelijks leven, de zorgen thuis en de vraag wat nog haalbaar is.

Praktijkvoorbeeld 1

Bij meneer Özdemir schuift zijn vrouw aan bij het gesprek met de huisarts. In plaats van meteen over verwijzing te beginnen, vraagt de huisarts hoe hun dagen eruitzien en wat hen het meest bezighoudt. Mevrouw vertelt over slapeloze nachten en onrust thuis. Samen spreken zij af dat verdere ondersteuning nodig is en dat een casemanager dementie wordt betrokken.

Praktijkvoorbeeld 2

De wijkverpleegkundige gaat op huisbezoek bij mevrouw De Groot. Aan de keukentafel vraagt zij wat op dit moment het moeilijkst is. Mevrouw vertelt dat koken, traplopen en overzicht houden steeds lastiger worden. Ook durft zij haar zoon niet te vaak te vragen. Door dit gesprek ontstaat een breder beeld dan uit een kort spreekuurcontact mogelijk zou zijn.

Stap 3 – Kwetsbaarheid in kaart brengen

Als uit het gesprek blijkt dat er reden is voor verdere verkenning, wordt de situatie op meerdere levensgebieden in kaart gebracht. De oorspronkelijke handreiking noemt dit een brede domeinanalyse en verwijst naar instrumenten die lichamelijke, psychische, functionele, sociale en soms ook zingevingsvragen in beeld brengen.

Wat professionals doen

- Zij spreken af wie de brede inventarisatie uitvoert.
- Zij kijken naar lichamelijk functioneren, geheugen, stemming, dagelijks functioneren, netwerk, mantelzorg, wonen, veiligheid, financiën en kwaliteit van leven.
- Zij gebruiken hulpmiddelen of vragenlijsten als dat helpt, maar houden het gesprek leidend.
- Zij koppelen de uitkomsten terug in begrijpelijke taal.

Wat de oudere en mantelzorger merken

De situatie wordt niet meer alleen per klacht bekeken. Er is aandacht voor het geheel: wat gaat goed, wat gaat mis en waar zitten de grootste risico's en zorgen.

Praktijkvoorbeeld 1

Bij mevrouw De Groot brengt de wijkverpleegkundige systematisch in kaart hoe het gaat met eten, lopen, wassen, administratie, eenzaamheid en medicijngebruik. Ook vraagt zij wie in het netwerk beschikbaar is. Daarna bespreekt zij rustig welke kwetsbaarheden zichtbaar zijn en welke ondersteuning daarom nodig kan zijn.

Praktijkvoorbeeld 2

De casemanager dementie bezoekt meneer en mevrouw Özdemir thuis. Zij kijkt niet alleen naar de achteruitgang van meneer, maar ook naar het slaaptekort en de uitputting van mevrouw. Daarnaast bespreekt zij veiligheid in huis, dagstructuur en de vraag wat het echtpaar nog aankan. Daardoor ontstaat een completer beeld van de situatie.

Stap 4 – Bespreking met direct betrokken professionals

De bevindingen worden daarna besproken met de professionals die al direct betrokken zijn. In de oorspronkelijke handreiking gaat het hier om een eerste multidisciplinair overleg met bijvoorbeeld huisarts, praktijkondersteuner, wijkverpleegkundige, apotheker, specialist ouderengeneeskunde en een vertegenwoordiger van het sociaal domein.

Wat professionals doen

- Zij bespreken welke problemen voorrang hebben.
- Zij leggen de doelen en wensen van de oudere naast de feiten uit de inventarisatie.
- Zij bepalen of aanvullende expertise nodig is.
- Zij maken een eerste voorstel voor taakverdeling, regie en vervolg.

Wat de oudere en mantelzorger merken

De betrokken professionals stemmen onderling af, zodat niet iedereen iets anders gaat doen. Daarna worden de bevindingen teruggekoppeld.

Praktijkvoorbeeld 1

De huisarts en wijkverpleegkundige van mevrouw De Groot bespreken samen de uitkomsten van de inventarisatie. Zij zien een combinatie van valrisico, ondervoeding, eenzaamheid en toenemende vergeetachtigheid. Zij spreken af dat naast thuiszorg ook sociaal werk en een fysiotherapeut moeten worden betrokken.

Praktijkvoorbeeld 2

De huisarts, praktijkondersteuner en casemanager dementie bespreken de situatie van meneer Özdemir. Zij concluderen dat de situatie thuis nog houdbaar is, maar alleen als snel extra ondersteuning wordt geregeld en de belasting van mevrouw wordt verminderd. Daarom besluiten zij tot een breder overleg.

Stap 5 – Breed multidisciplinair overleg

Wanneer de situatie daarom vraagt, volgt een breder multidisciplinair overleg. De oorspronkelijke handreiking beschrijft dit als het moment waarop een groter team van medische en sociale professionals de zorg en ondersteuning op elkaar afstemt, taken verdeelt en afspraken maakt over regiebehandelaar en aanspreekpunt.

Wat professionals doen

- Zij nodigen alleen de professionals uit die nodig zijn.
- Zij formuleren duidelijk het doel van het overleg.
- Zij bespreken de samenhang tussen problemen en mogelijke oplossingen.
- Zij maken afspraken over wie regiebehandelaar wordt, wie aanspreekpunt is en wie welke taak uitvoert.
- Zij zorgen voor begrijpelijke terugkoppeling aan oudere en mantelzorger.

Wat de oudere en mantelzorger merken

Er komt meer samenhang. De oudere en mantelzorger horen wie voortaan het overzicht bewaakt en wie zij kunnen benaderen met vragen.

Praktijkvoorbeeld 1

Voor mevrouw De Groot schuiven de huisarts, wijkverpleegkundige, fysiotherapeut, sociaal werker en haar zoon aan. Er wordt afgesproken dat de fysiotherapeut valtraining inzet, het sociaal werk dagstructuur en sociale contacten ondersteunt en de wijkverpleegkundige het vaste aanspreekpunt wordt. De huisarts blijft verantwoordelijk voor de medische regie.

Praktijkvoorbeeld 2

Voor meneer en mevrouw Özdemir bespreken huisarts, casemanager dementie, wijkverpleegkundige en sociaal werker niet alleen de dagelijkse zorg, maar ook zorgen over verdere achteruitgang en de toekomst. Zij spreken af dat er een apart gesprek komt over behandelgrenzen, opname en wensen rond het levenseinde. Tegelijk wordt respijtzorg geregeld om mevrouw te ontlasten.

Stap 6 – Bespreken, uitvoeren en evalueren

In de laatste stap worden de afspraken omgezet in een individueel zorg- en ondersteuningsplan. De oorspronkelijke handreiking noemt hierbij het belang van begrijpelijke zelfmanagementacties, uitvoering, monitoring en regelmatige evaluatie. Ook moet duidelijk zijn wie buiten kantooruren bereikbaar is.

Wat professionals doen

- Zij vertalen afspraken in een duidelijk en concreet plan.
- Zij schrijven op wie wat doet en wanneer dat wordt geëvalueerd.
- Zij bespreken het plan in begrijpelijke taal met de oudere en mantelzorger.
- Zij maken expliciet wat er gebeurt als de mantelzorger uitvalt of overbelast raakt.
- Zij evalueren periodiek en stellen het plan bij als de situatie verandert.

Wat de oudere en mantelzorger merken

Zij krijgen duidelijkheid: wat is afgesproken, wie doet wat, wie is bereikbaar en wanneer wordt opnieuw gekeken of de aanpak nog past.

Praktijkvoorbeeld 1

Na het overleg maakt de wijkverpleegkundige met mevrouw De Groot een overzichtelijk plan. Daarin staat dat zij ondersteuning krijgt bij persoonlijke verzorging, dat de fysiotherapeut helpt bij veilig bewegen en dat een welzijnsactiviteit wordt georganiseerd tegen de eenzaamheid. Ook staat erin wie zij 's avonds of in het weekend kan bellen als er iets misgaat.

Praktijkvoorbeeld 2

Bij meneer en mevrouw Özdemir wordt afgesproken dat elke drie maanden een evaluatie plaatsvindt, en eerder als de situatie verslechtert. In de eerste evaluatie blijkt dat dagbesteding helpt, maar dat mevrouw nog steeds te weinig slaapt. Het plan wordt aangepast met extra ondersteuning in de avond en een nieuw gesprek met de huisarts over verwachtingen, grenzen en toekomstige keuzes.

Mantelzorg als doorlopend aandachtspunt

In alle zes stappen moet de mantelzorger zichtbaar in beeld blijven. De oorspronkelijke handreiking noemt mantelzorg in meerdere stappen, maar in de praktijk verdient dit vaak nog meer nadruk. Overbelasting van de mantelzorger is niet alleen een persoonlijk probleem, maar ook een risicofactor voor ontregeling van de hele situatie thuis.

Daarom is het nodig dat professionals steeds opnieuw vragen:

- Hoe gaat het met u als mantelzorger?
- Houdt u dit nog vol?
- Welke ondersteuning heeft u nodig?
- Wat gebeurt er als u tijdelijk of blijvend uitvalt?

Een mantelzorger moet kunnen zeggen: ik red het niet meer, zonder schaamte en zonder het gevoel te hebben te falen. Dat vraagt om een professionele houding waarin mantelzorg niet vanzelfsprekend wordt verondersteld, maar actief wordt ondersteund.

Levensende als onderdeel van goede zorg

Vragen over het levensende horen niet pas thuis in de laatste fase. In situaties van kwetsbaarheid, dementie, ernstige lichamelijke achteruitgang of grote afhankelijkheid kunnen zulke vragen al vroeg op tafel komen. De oorspronkelijke handreiking benoemt proactieve zorgplanning en verwijst onder meer naar hulpmiddelen om wensen rond zorg en behandeling te bespreken.

In deze herschreven versie wordt dat scherper aangezet. Professionals moeten ruimte maken voor vragen als:

- Wat betekent kwaliteit van leven voor deze oudere?
- Welke behandelingen wil iemand wel of niet?
- Hoe kijkt iemand aan tegen ziekenhuisopname, opname in een verpleeghuis of palliatieve zorg?
- Welke vragen leven er rond euthanasie, zeker als dementie of ernstige gezondheidsproblemen een rol spelen?
- Hoe verhouden de wensen van de oudere, de partner en andere naasten zich tot elkaar?

Niet elke vraag heeft direct een antwoord. Wel moet er ruimte zijn om haar uit te spreken. Juist in complexe thuissituaties is het van groot belang dat professionals moeilijke gesprekken niet uitstellen totdat er alleen nog onder tijdsdruk beslissingen genomen kunnen worden.

Taalgebruik en leesbaarheid

Deze publicabele versie kiest bewust voor helder taalgebruik. Dat betekent:

- Zo weinig mogelijk afkortingen;
- Uitleg van termen bij eerste gebruik;
- Korte alinea's en herkenbare koppen;
- Steeds zichtbaar maken wat de oudere en mantelzorger van de stap merken.

Dat is geen stilistische voorkeur alleen. Het is ook een inhoudelijke keuze. Een handreiking die gaat over samen beslissen, eigen regie en goede samenwerking kan het zich niet veroorloven om ontoegankelijk te zijn voor de mensen om wie het gaat.

Afsluiting

Deze handreiking helpt professionals om beter samen te werken rond thuiswonende kwetsbare ouderen in een complexe situatie. De kern is eenvoudig: op tijd signaleren, goed luisteren, breed kijken, samen afstemmen, duidelijke regie organiseren en regelmatig evalueren. De echte kwaliteit zit daarbij niet alleen in volledigheid, maar in begrijpelijkheid, samenwerking en het vermogen om ook de oudere en mantelzorger werkelijk mee te nemen.

KWETSBARE OUDEREN THUIS: SAMEN AAN ZET

Handreiking voor samenhangende zorg en ondersteuning aan thuiswonende kwetsbare ouderen

De oorspronkelijke publicatie van deze handreiking verscheen onder de titel “Handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk aan kwetsbare ouderen thuis”. Deze titel en bijbehorende tekst waren primair geschreven voor professionals en maakten veel gebruik van vaktermen en afkortingen. In de praktijk bleek dat betrokken mantelzorgers, partners en ouderen de handreiking daardoor moeilijk konden volgen.

Om recht te doen aan hun perspectief en de bedoeling van integrale zorg – samen beslissen, eigen regie en goede samenwerking in begrijpelijke taal – is de handreiking herschreven. De inhoudelijke lijn en het zes stappenplan zijn behouden, maar de tekst is vereenvoudigd, begrippen worden uitgelegd en op elke stap wordt zichtbaar gemaakt wat dit betekent voor de oudere en de mantelzorger.



Peter Paul Doodkorte i.s.m. De Overkant & Verruim de Horizon

Info@doodkorte.nl