



Leergang Dementie

Cursusprogramma deel 1.

2017- 2018

Inholland Academy

*Leslocatie Inovum, locatie Beukenhof,
Nieuw loosdrechedijk 24, Loosdrecht*

*Opleidingsadviseur contractonderwijs: Yvonne E. Zoetigheid-Holman
06- 5237 5607
Yvonne.Zoetigheid@inholland.nl*

*Opleidingscoördinator
Karin Pals-Schilder
06- 3430 2861
karin.palsschilder@inholland.nl
OZW-gebouw, kamer 5C-04*

*Bedrijfsbureau Alkmaar
088 – 466 30 30*

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	3
2. Opzet leergang.....	4
3. Doelstellingen.....	4
3. Toetsing en certificering.....	6
4. Verplichte literatuur.....	7
5. Organisatie + rooster.....	7
6. Uitwerking cursusdagen.....	8

Lesdag 1

Entreetoets

1.1 Startbijeenkomst: kennismaking en toelichting cursus, POP.....	8
1.2 Vormen van dementie verschijnselen, verloop + diagnostiek.....	11
1.3 Diagnostische instrumenten door verpleegkundigen (OLD, MMSE, enz).....	

Lesdag 2

2.1 Dementie niet- farmacologische behandeling, psycho-educatie/voorlichting...	15
2.2 Dementie farmacologische behandelingsmogelijkheden (incl. probleemgedrag)	17

Lesdag 3

3.1 Netwerkgericht werken vanuit empowerment, ter ondersteuning van cliënt en mantelzorgers.	
3.2 Zorgethiek, ethisch redeneren	

Lesdag 4

4.1 Multicultureel casemanagement bij dementie	
4.2 Mantelzorgondersteuning; screenen en preventie overbelasting, respijtzorg	

Lesdag 5

5.1 EBP, Klinische redeneren, werken met dementieplan	
5.2 Wet-en regelgeving	

Lesdag 6

6.1 Certificering en evaluatie	
6.2 Voorziening; dementie ontmoetingscentra (methodiek) Alzheimer café, lotgenoten contact	
6.3 Multidisciplinaire samenwerking, screenen, preventie overbelasting	

1. Inleiding

Inholland Academy verzorgt de leergang dementie in 2 delen, hierbij ontvangt u de beschrijving van deel 1. In deze leergang krijgt u als verpleegkundige met aandachtsveld dementie, de gelegenheid om uw kennis aan te vullen, vaardigheden te trainen en via verdieping en reflectie uw huidige functie-uitoefening te optimaliseren.

In Nederland zijn nu ruim 270.000 mensen met dementie. Het aantal mensen met dementie zal als gevolg van de vergrijzing in de toekomst explosief stijgen naar meer dan een half miljoen in 2040ⁱ. (NB: referenties staan aan eind van document) Dementie is dan naar de verwachting van het RIVM de belangrijkste doodsoorzaak in Nederlandⁱⁱ. Het aantal sterfgevallen door dementie zal dan toenemen van 14.000 in 2015 tot bijna 40.000 in 2040. Ruim 70% van de mensen met dementie woont thuis en wordt verzorgd door hun naaste familie en/of omgeving, de zogenaamde mantelzorgers. Het is belangrijk dat thuiswonende cliënten en hun mantelzorgers een vast en vertrouwd aanspreekpunt hebben. Iemand die langdurig beschikbaar is en kennis heeft van dementie en de mogelijkheden voor behandeling, zorg en begeleiding.

Inmiddels hebben zich in de gezondheidszorg vele veranderingen voltrokken. Voor de dementiezorg is met name relevant de afschaffing van de regionaal uitgevoerde en gefinancierde AWBZ in 2015 en de daarmee ingezette overgang van verpleging en verzorging naar de Zorgverzekeringswet. Dáár geldt gereguleerde marktwerking tussen zowel de zorgverzekeraars als de zorgorganisaties onderling en worden de beschikbare middelen gestuurd via contractering tussen een afzonderlijke zorgaanbieder en een afzonderlijke verzekeraar. Dit heeft veel impact gehad op de regionale dementienetwerken en het casemanagement bij allerlei zorgaanbieders daarbinnen. Momenteel is er landelijk geen eenduidige organisatie van het casemanagement dementie. Dit gaat ten koste van de kwaliteit en continuïteit van zorg voor mensen met dementie. Het is daarom van groot belang dat er een geactualiseerd functieprofiel is waarin rollen, kennis en vaardigheden zijn beschreven. Ook de Zorgstandaard Dementie uit 2013 wordt geactualiseerd en geïmplementeerd, onder andere via het praktijkverbeterprogramma Dementiezorg voor Elkaarⁱⁱⁱ.

Casemanagement is dus onderdeel van verpleging en V&VN is daarvoor de centrale beroepsvereniging, met daarbinnen een erkende vakgroep voor het casemanagement dementie. Daarom wordt voortaan de term "dementieverpleegkundige" gehanteerd. Dat betekent ook dat waar in het oorspronkelijke expertisegebied stond dat de casemanager dementie bij voorkeur verpleegkundige is, nu voortaan geldt dat de dementieverpleegkundige in principe verpleegkundige is. Onverkort blijft dat een verpleegkundige op HBO-niveau met bovendien een aanvullende opleiding dementie.

2. Opzet leergang

Leerlijnen

Het blended opleidingsprogramma bestaat uit 3 leerlijnen

1. activerende lessen
2. praktijkopdrachten
3. individuele leerlijn

Materialen

Uw lesmateriaal en overige informatie zoals bijvoorbeeld het rooster kunt u vinden op de digitale leeromgeving, **MyAcademy**. Het is mogelijk hier grote bestanden te plaatsen zodat het e-mailen niet meer nodig is met het risico dat de bestanden te groot zijn.

Van het Bedrijfsbureau Inholland Academy ontvangt u op of rond de start van uw opleiding een accountnaam en wachtwoord waarmee u kunt inloggen op **MyAcademy**. Het inloggen gaat eenvoudig via een login op de website van www.inhollandacademy.nl. U ontvangt tevens een handleiding om uw weg te kunnen vinden op **MyAcademy**.

Na het instellen van de wachtwoordhersteller van Inholland kunt u thuis of op uw werkplek uw wachtwoord beheren.

3. Doelstellingen

De leergang richt zich op het vergroten van kennis en vaardigheden van verpleegkundigen met aandachtsveld dementie (wv). De leergang sluit aan bij de specifieke leerpunten rondom identiteit, positionering, diagnostiek gesprekstechnieken, medicatie, omgaan met verbaal agressief gedrag en andere onderwerpen waar u in de praktijk mee te maken heeft.

Inmiddels beschikken we over: 'Verkade, P.J. e.a. (nov 2012) Expertisegebied casemanager dementie, V&VN Netwerk casemanagers dementie'. Dit expertisegebied, met daarin de uitwerking van competenties beschreven aan de hand van het CANMEDS model, wordt als uitgangspunt gehanteerd voor deze cursus. De competentiemeter is afgeleid van het expertisegebied. (Ctrl + klikken voor koppeling).



CanMEDS competentiegebieden	Kerncompetenties
De zorgverlener	<ul style="list-style-type: none"> ☒ kent de ziekte dementie (inhoudelijk), het verloop van de ziekte en de gevolgen daarvan voor gedrag en beleving van de cliënt en diens omgeving; ☒ kent de bij dementie voorkomende somatische, psychische en systeemproblematiek; ☒ is bekend met theoretische verklaringsmodellen voor veranderingen en problemen in het gedrag bij mensen met dementie; ☒ kent theoretische modellen rondom begeleiding van mensen met dementie; ☒ is bekend met de werking en bijwerkingen van medicamenteuze behandeling bij dementie. ☒ kent de sociale kaart die relevant is voor dementie en de methoden om dit professionele netwerk te onderhouden ☒ weet oplossingen voor financiële en wettelijke problemen van mensen met dementie en hun mantelzorgers. Voorbeelden zijn bewindvoering en mentorschap
De gezondheidsbevorderaar	<ul style="list-style-type: none"> ☒ kent de prevalentie, uitingsvormen en risicogroepen van dementie; ☒ is bekend met de technieken voor het informeren van een algemeen publiek.
De communicator	<ul style="list-style-type: none"> ☒ is in staat de basale vormen van psycho-educatie te geven aan de cliënt en de mantelzorgers; ☒ is in staat goede communicatie te onderhouden met de cliënt, de mantelzorgers, medehulpverleners en instanties ☒ kent specifieke benaderingsstrategieën bij dementie, ☒ kent de principes van gezamenlijke besluitvorming
De samenwerkingspartner	<ul style="list-style-type: none"> ☒ kent de eigen mogelijkheden en beperkingen wat betreft de te verlenen zorg, is een ketenspeler en schakelt waar nodig anderen in ☒ kent strategieën om netwerkcontacten aan te gaan en te onderhouden. ☒ is bekend met de ouderenzorg in het algemeen en de sociale kaart van het werkgebied in het bijzonder. ☒ kent de eigen mogelijkheden en beperkingen wat betreft de te verlenen zorg, is een ketenspeler en schakelt waar nodig anderen in
De organisator	<ul style="list-style-type: none"> ☒ weet hoe casemanagement bij dementie zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld. ☒ kent de financieringsstromen zoals WMO, AWBZ en zorgverzekeringswet en de mogelijkheden om met deze stromen goede hulpverlening te organiseren ☒ Is bekend met de technieken voor het informeren van een algemeen publiek

De reflectieve professional	☒
De professional en kwaliteitsbevorderaar	<ul style="list-style-type: none"> ☒ kent kwaliteitsprincipes en –begrippen in het algemeen en het kwaliteitsmodel van de eigen organisatie in het bijzonder.. ☒ kent de eigen professionele en persoonlijke grenzen. Kent kwaliteitsprincipes en –begrippen in het algemeen en het kwaliteitsmodel van de eigen organisatie in het bijzonder.. ☒ Kent de eigen professionele en persoonlijke grenzen. ☒ Kent wettelijke kaders, zoals WGBO, BOPZ en de wet BIG <p>Voor bijpassende vaardigheden & attitude kijk in het expertisegebied Dementie verpleegkundige</p>

4. Toetsing en certificering

Toetsing

Toetsing vindt plaats aan de start van de leergang, middels een entreetoets en de beoordeling van de praktijkopdrachten met minimaal een voldoende. In deze opleidingsgids is per lesdag een: inleiding; instrumenten, leerdoelen voorbereiding en beschrijving opgenomen. Literatuur zoals: richtlijnen; standaarden, literatuur, filmpjes en artikelen, te bestuderen als voorbereiding voor de lessen is geplaatst op MyAcademy.

Om persoonlijke leerdoelen te behalen wordt een entreetoets gemaakt en een persoonlijk ontwikkeld bij de start van de opleiding. Voor het maken van de praktijkopdrachten raden wij aan geschikte cliënten en een leercoach/praktijkopleider te kiezen in jouw organisatie, die jouw opdrachten kan begeleiden en beoordelen. Alle voldoende beoordeelde praktijkopdrachten worden ook nog nagekeken door een docent van de opleiding. Voor onvoldoende beoordeelde praktijkopdrachten geldt, dat je ze moet verbeteren en pas kunt insturen als je een voldoende of goed beoordeling hebt behaald in jouw organisatie.

Praktijkopdrachten

In de leergang zijn 3 praktijkopdrachten terug te vinden waarin de cursist laat zien de theorie toe te kunnen passen in de praktijk.

Voor cursisten die de opdrachten niet met een voldoende hebben afgerond is er 1 mogelijkheid voor herkansing.

Indien aan bovengenoemde eisen wordt voldaan ontvangt de deelnemer een certificaat van Inholland Academy en accreditatiepunten in het Kwaliteitsregister van V&VN (**36 punten**). Inholland voert in PE online de prestatie in via het BIG registratienummer.

De inleverdatum van de praktijkopdrachten wordt in de module aangegeven. In totaal 3 voldoende beoordeelde praktijkopdrachten dienen uiterlijk twee weken voor de laatste

Certificering

De deelnemers hebben een **aanwezigheidsplicht**.

De deelnemer heeft deze leergang voltooid, indien:

- ☐ voldaan is aan de eis van **80% aanwezigheid** bij de bijeenkomsten;
- ☐ de **entree-toets** en **3 praktijkopdrachten** met een voldoende zijn beoordeeld

5. Verplichte literatuur

- ☐ Jonker, C. e.a. (2009) Handboek dementie. Laatste inzichten in diagnostiek en behandeling. Bohn Stafleu van Loghum, Houten. ISBN: 9789031362288. € 62,99.
- ☐ Alzheimer Nederland & Vilans (18 juli 2013) Zorgstandaard Dementie, Definitieve versie, aangeboden op MyAcademy (bijeenkomst 2.1).
- ☐ Verkade, P.J. e.a. (nov 2012) Expertisegebied casemanager dementie, V& VN, aangeboden op MyAcademy (bijeenkomst 2.1).
- ☐ Scheffers, M.E.W. (2015) Sterk met een vitaal netwerk, Empowerment en de sociaal netwerkmethodiek. Coutinho, Bussum. ISBN 9789046904435 € 26,50

5. Organisatie + rooster

De leergang wordt aangeboden door Inholland Academy. Deze opleidingen zijn particuliere, niet door de overheid bekostigd. Inholland Academy is verbonden aan Hogeschool Inholland. Docenten en onderwijskundigen van de Hogeschool spelen een belangrijke rol bij het ontwikkelen en uitvoeren van de opleidingen van Inholland Academy.

Tijdens de lesdagen is er over het algemeen gelegenheid om ervaringen uit te wisselen en eigen casuïstiek in te brengen. Opdrachten dienen vaak in de eigen werksituatie uitgewerkt te worden. Wellicht leidt deze opleiding tot vervolgvragen. Inholland Academy kan haar deelnemers op verschillende manieren van dienst zijn. U kunt daarvoor contact opnemen met de opleidingsadviseur van het contractonderwijs Yvonne Zoetigheid.

Het rooster van de leergang wordt geplaatst op de digitale leeromgeving MyAcademy. Op het rooster staan studieactiviteiten genummerd die in paragraaf 6 worden uitgewerkt.

6. Uitwerking bijeenkomsten

In de leergang worden onderstaande Canmedsrollen uitgewerkt:

Zorgverlener, de casemanager

- ☐ Kent de ziekte dementie (inhoudelijk), het verloop van de ziekte en de gevolgen daarvan voor gedrag en beleving van de cliënt en diens omgeving.

- ☐ Kent de bij dementie voorkomende somatische, psychische en systeemproblematiek.
- ☐ Is bekend met theoretische verklaringsmodellen voor veranderingen en problemen in het gedrag bij mensen met dementie.
- ☐ Kent theoretische modellen rondom begeleiding van mensen met dementie
- ☐ Is bekend met de werking en bijwerkingen van medicamenteuze behandeling bij dementie.

Communicator, de casemanager

- ☐ Is in staat de basale vormen van psycho-educatie te geven aan de cliënt en de mantelzorgers
- ☐ Is in staat goede communicatie te onderhouden met de cliënt, de mantelzorgers, medehulpverleners en instanties
- ☐ Kent specifieke benaderingsstrategieën bij dementie.
- ☐ Kent de principes van gezamenlijke besluitvorming.

Samenwerkingspartner, de casemanager

- ☐ Kent de eigen mogelijkheden en beperkingen wat betreft de te verlenen zorg, is een ketenspeler en schakelt waar nodig anderen in.

Gezondheidsbevorderaar, de casemanager

- ☐ Kent de prevalentie, uitingsvormen en risicogroepen van dementie.
- ☐ Is bekend met de technieken voor het informeren van een algemeen publiek. Voor bijpassende **vaardigheden & attitude** kijk in het expertisegebied Casemanager Dementie

1.1 Startbijeenkomst: kennismaking en toelichting cursus

Inleiding

De leergang dementie gaat van start met een kennismaking en nadere toelichting op de leergang. .

Leerdoelen

De cursist kan:

- ☐ zichzelf voorstellen aan de groep;
- ☐ zijn/haar verwachtingen uitspreken;
- ☐ de leerlijnen en toetsing van de cursus toelichten;
- ☐ 3 leerdoelen opstellen d.m.v het POP formulier.

Vorbereiding

Bestudeer in grote lijnen deze gids zodat je een indruk hebt van de inhoud van de leergang, en de toetsing. Maak aantekeningen van zaken die onduidelijk voor je zijn en neem deze mee naar de eerste lesdag.

Bijeenkomst

Neem deel aan de startbijeenkomst van de opleiding waarin de opleidingscoördinator de kennismaking zal begeleiden en een toelichting zal geven op de leergang. Op basis van de uitkomsten van een competentiemeting en de Canmedsrollen denk je na over je eigen leerdoelen. Er is gelegenheid tot het stellen van vragen.

1.1 Introductie Dementieverpleegkundige

Expertisegebied

De dementieverpleegkundige is in eerste instantie zelf hulpverlener en biedt cliënten en mantelzorgers ondersteuning, begeleiding en behandeling. Hierbij staat hun zorgvraag centraal. Daarnaast is de dementieverpleegkundige coördinator van zorg en welzijn. Hij of zij is langdurig beschikbaar en deskundig op het gebied van dementie, de gevolgen en mogelijkheden voor begeleiding, behandeling en zorg. In vrijwel alle regio's is het casemanagement dementie ingebed in een regionale samenwerkingsvorm; deze wordt dementieketen of dementienetwerk genoemd. De functie wordt grotendeels vervuld door HBO-opgeleide verpleegkundigen^{iv} (80% eind 2016, volgens een peiling vanuit het actieplan casemanagement dementie). Ook anders opgeleiden zoals maatschappelijk werkers vervullen nu (nog) de functie casemanager dementie. In dit vernieuwde Expertisegebied Dementieverpleegkundige streven we na dat in principe alle professionals in het casemanagement dementie zijn opgeleid als HBO-verpleegkundige met een aanvullende opleiding casemanagement dementie. Voor collegae die daar (nog) niet aan voldoen, staan wij een zorgvuldig overgangsregie voor (zie hoofdstuk 5).

Takenpakket en positionering

De dementieverpleegkundige heeft specifieke kennis van casemanagement dementie en handelt vanuit dit begrip methodisch, systematisch, evidence based volgens een cyclisch proces in een multidisciplinaire setting. De dementieverpleegkundige maakt hierbij gebruik van de specifieke kennis over dementie die zij of hij heeft verkregen door een aanvullende post-HBO opleiding Casemanagement dementie, en kent en herkent hierdoor de verschillende fasen, de voortgang en de prognose van de zeer diverse en complexe casuïstieken^v.

De dementieverpleegkundige is door haar of zijn specifieke kennis en vaardigheden in staat om de persoon met dementie en diens mantelzorger en omringende sociaal systeem te informeren, ondersteunen en adviseren, in zijn/haar eigen vorm van dementie en bijbehorende problematiek gedurende het hele proces. Te denken valt aan: gedragsproblemen, psychiatrische ziektekenmerken, persoonlijkheidsproblematiek of het ontbreken van kennis van de ziekte en ziekte-inzicht. Hierbij kan bijvoorbeeld gebruik gemaakt worden van systeeminterventies, motiverende gespreksvoering en psycho-educatie, d.w.z. het georganiseerd geven van informatie over de ziekte (oorzaken, verschijnselen, ziekteverloop ...), de psychosociale consequenties van de ziekte en het daardoor optredende functieverlies en hoe daarmee om te gaan. Dat alles geldt voor cliënt én mantelzorger.

De dementieverpleegkundige is daarnaast in staat screeningsinstrumenten in te zetten om de mate van manteloverbelasting te bepalen en hierop te interveniëren. De dementieverpleegkundige heeft in het bijzonder kennis over de werking van het geheugen en de hersenen, de verschillende vormen van dementie, en kennis van de mogelijkheden en onmogelijkheden van behandeling. Daarnaast heeft de dementieverpleegkundige een grote rol in het diagnostisch proces, met name in de niet pluis fase voorafgaand en tijdens het diagnostisch proces, en is in staat de juiste screeningsinstrumenten in te zetten en kan de behaalde scores interpreteren.

De dementieverpleegkundige heeft tijdens de begeleiding van de cliënt en zijn systeem zeer regelmatig te maken met allerlei wetten en regels (WGBO, BOPZ, wet BIG, mentorschap, bewindvoering, opnameregels en de opname procedures) en kan hierin handelen en adviseren vanuit de specifieke kennis over dementie. Daarbij adviseert en begeleidt zij bij financiële vraagstukken die specifiek te

Inholland Academy Amsterdam maken hebben met dementie, ten behoeve van de mensen met dementie en hun systeem (mantelzorgers, direct omgeving et cetera). Bijvoorbeeld het kunnen maken van een kosten-batenanalyse, die leidt tot uitstel van opname en het beperken en uitstellen van dure zorg vanuit WLZ, WMO en ZVW.

De competenties van de dementieverpleegkundige

Welke competenties heeft een dementieverpleegkundige nodig, om de functie goed uit te kunnen oefenen? Allereerst zijn de competenties van een HBO-opgeleide verpleegkundige het vertrekpunt, zoals beschreven in het Beroepsprofiel verpleegkundigen.³ Het daarbij gehanteerde CANMED-model gaat uit van zeven competentiegebieden met eigen rollen:

- (1) zorgverlener
- (2) communicator
- (3) samenwerkingspartner
- (4) reflectieve "EBP" professional
- (5) gezondheidsbevorderaar
- (6) organisator en
- (7) professional en kwaliteitsbevorderaar.



De rol 'zorgverlener' vormt het hart van de functie dementieverpleegkundige. De zes andere rollen accentueren een dimensie van het verpleegkundig werk. Deze vullen elkaar aan en overlappen deels, maar samen versterken ze de centrale rol als zorgverlener. Daarom zijn de zeven rollen als bloem verbeeld, met de zorgverlener als bloemhart en de andere rollen als bloemblaadjes.

Van de dementieverpleegkundige mag dus worden verwacht, dat hij of zij in ieder geval voldoet aan de gestelde competentie-eisen voor een HBO-opgeleide verpleegkundige.

Daar bovenop beschikt de dementieverpleegkundige voorts over specifieke competenties voor dementiezorg. Deze worden hierna beschreven, eveneens aan de hand van het genoemde CANMEDS-model. Bij elke rol horen specifieke kennis, vaardigheden en attitude voor de dementieverpleegkundige, in aanvulling op het profiel van de HBO-verpleegkundige en bereikt door een aanvullende opleiding casemanagement dementie.

De dementieverpleegkundige laat zien dat hij/zij:

- 1) De cliënt en diens naasten vraag- en belevingsgericht deskundig ondersteunt en begeleidt in alle fasen van zijn/haar ziekteproces, versterkt (zo veel als mogelijk) het zelfmanagement, met als doel dat de cliënt zo lang mogelijk thuis kan wonen, met een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven.
- 2) De complexiteit ('patiënt- and case-complexity') van de gezondheid- en leefsituatie van de cliënt inschat op lichamelijk, geestelijk, sociaal en spiritueel welbevinden, de benodigde zorg- en hulpverlening indiceert en organiseert conform landelijk afgesproken kaders en vastlegt in een (elektronisch) zorgplan.
- 3) Adequaat in crisissituaties bij de cliënt en diens naasten handelt en de belangen van de cliënt en diens naasten hierbij centraal stelt.
- 4) Een sensitieve en reflectieve houding heeft ten aanzien van moreel ethische en juridische dilemma's waarbij keuzes onderbouwd worden op basis van evidence based practice, met bewaking van eigen en professionele grenzen.
- 5) Een bijdrage levert aan de positionering en profilering van de functie van dementieverpleegkundige.
- 6) De kwaliteit van de zorg- en hulpverlening aan cliënten en diens naasten in stand houdt en zo mogelijk verbetert.

De opleiders verstaan onder cliënt: mensen met dementie, patiënten, cliënten met een vorm van dementie dan wel hersenaandoening die vergelijkbare verschijnselen vertonen.

En onder naasten worden verstaan mantelzorgers, familieleden, vrienden, bekenden die een belangrijke

Inholland Academy Amsterdam
(verzorgende) rol spelen in het leven van de cliënt.

De (kern)rol van zorgverlener

De dementieverpleegkundige biedt hulp volgens een bepaalde methodiek en beschikt over een gereedschapskist met gepaste interventies. Het methodisch proces bestaat uit de volgende stappen: gegevens verzamelen, een zorgdiagnose stellen, doelen voor hulpverlening bepalen, doelen vertalen in een integraal zorgplan, de geplande zorg (doen) uitvoeren, de resultaten volgen (monitoring) en de zorg evalueren.

Het zorgplan bestrijkt alle relevante domeinen van het dagelijks leven en de mogelijke voorzieningen in het keten-brede spectrum van behandeling, zorg, wonen en welzijn, op basis van een sterk inzicht in en benutting van de gehele sociale kaart.

De dementieverpleegkundige kan de volgende interventies bieden aan cliënt én mantelzorger, samen onderdeel van het cliëntstelsel: informeren, begeleiden, coördineren van zorg en (incidenteel) praktische behandeling, zorg- en hulpverlening, vaak met een accent op de (psycho)sociale interventies wat de dementiezorg een extra dimensie heeft. Het progressieve beloop van de ziekte en het daarin toenemende verlies van eigen regelvermogen in het cliëntstelsel vergen extra focus op kwaliteit van leven en activatie op de zaken die juist nog wél kunnen, bovenop een meer (medische) oriëntatie op objectieve gezondheid en zaken die niet meer kunnen.

Een van de krachten van casemanagement dementie zit aan de 'voorkant' van de ziekte, vanaf de eerste fase van pluis/niet pluis. Daar wordt de kiem voor een langdurige vertrouwensband gelegd die bijdraagt aan overzicht en rust bij cliënt, mantelzorger en het omliggende cliëntstelsel. Ook later in het beloop van het ziekteproces met een proactieve attitude, waardoor escalatie en crises vaak vermeden kunnen worden.

KENNIS

De dementieverpleegkundige als zorgverlener kent:

- de ziekte dementie, qua verloop, gevolgen, gedrag en beleving van de cliënt en diens omgeving;
- de principes en methoden voor vroegsignalering en ondersteuning in de diagnostische fase en daarbij passende principes van triage (triade);
- de theoretische modellen rondom begeleiding van mensen met dementie, gedurende het ziektebeloop en door het zorgstelsel, inclusief veiligheids- en crisismanagement;
- de (dynamiek in) somatische, psychi(atrische) en systeemproblematiek bij dementie;
- de werking en mogelijke bijwerkingen van medicamenteuze behandeling bij dementie;
- de processen van verlies- en rouwverwerking bij cliënt en mantelzorger.

VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE

De dementieverpleegkundige als zorgverlener:

- verstrekt algemene informatie over dementie en specifieke informatie en advies over de situatie van de cliënt, zoals de individuele diagnose en prognose (effectief qua moment, vorm en gezamenlijke besluitvorming);

- “kan er door heen prikken”; observeren, alert op signalen, stellen van verpakte vragen, empathisch vermogen, de onderliggende hulpvraag op tafel brengen;
- doet zorgonderzoek/analyse over de verschillend zorg- en leefdomeinen en kan daarbij gebruik maken van dementie-specifieke meetinstrumenten (ook voor monitoring);
- zet interventies en omgangsadviezen in bij onder- of overprikkeling;
- coacht naasten in het omgaan met gedragsverandering van cliënt met dementie;
- herkent belastende en ontlastende factoren voor mantelzorgers;

De rol van communicator

De dementieverpleegkundige begeleidt cliënten, heeft oog voor de belangen van cliënt en mantelzorgers én komt op voor deze belangen. Het realiseren van gezamenlijke besluitvorming en gedragen beslissingen bij stepped care en advance care planning is cruciaal.

De dementieverpleegkundige vervult dus ook een rol als communicator, wat specifieke competenties vergt.

Het aangaan van een adequate, langdurige zorgrelatie is essentieel voor goede hulpverlening. Dit schept bovendien vertrouwen, nodig voor het proces van gezamenlijke besluitvorming. Cliënt, mantelzorgers en dementieverpleegkundige doorlopen samen stappen om te komen tot gezamenlijk gedragen beslissingen. Hierbij staan twee aspecten centraal: het aanbieden van keuzemogelijkheden én het wederzijds uitwisselen van informatie, voorkeuren en waarden wat betreft deze opties. De dementieverpleegkundige begeleidt dit proces. In een langer durende zorgrelatie, moeten in de loop van de tijd vaak meerdere besluiten worden genomen terwijl de beslisvaardigheid en regie van de cliënt afnemen. Dit alles vergt goede communicatieve vaardigheden op de verschillende niveaus van cliënt, professionals, organisaties en overheidsorganen, op individueel en groepsniveau.

KENNIS

De dementieverpleegkundige als communicator kent:

- specifieke benaderings- en verleidingsstrategieën bij dementie (inclusief ‘meebewegen’ in situatie van zorgmijding, weerstand, onbegrip en taboe);
- (actuele) communicatie- en gesprekstechnieken bij cliënten en mantelzorgers en hoe die variëren naar de achtergronden van de gesprekspartner (taalniveau, cultureel, migratie-achtergrond);
- systeemproblematiek en systeembenadering voor familie- en systeemgesprekken (o.a. psychosociale interventies);
- de verschillende uitingen en ondersteuningsstrategieën bij verlies- en rouwverwerking.

VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE

De dementieverpleegkundige als communicator:

- werkt vanuit het levensverhaal en de ervaringswereld van de cliënt;
- werkt aan langdurige relatie op basis van vertrouwen door aandacht, empathie, toewijding en aanwezigheid en houdt daarbij voortdurend de verschillende belangen van cliënt en mantelzorgers in het oog;

- kan alle relevante wet- en regelgeving vertalen naar en overbrengen naar individuele cliënt(systeem);
- bereidt de cliënt en mantelzorger voor op toekomstige gevolgen van de ziekte;
- kan zichzelf als instrument inzetten, met o.a. intuïtie, inleven en voelen.

De rol van samenwerkingspartner

De dementieverpleegkundige is een professional die verbindingen legt in het informele en formele netwerk. Naast het contact met cliënt en mantelzorger, zoekt hij of zij contact met het informele systeem van de cliënt (indien gewenst en aanwezig).

De dementieverpleegkundige werkt nauw samen met andere disciplines binnen de keten, onderhoudt contact met relevante hulpverleners en vormt de verbinding tussen deze hulpverleners in het belang van de cliënt. De dementieverpleegkundige is dus een ketenspeler en samenwerkingspartner, die niet alles zelf kan en hoeft te doen.

KENNIS

De dementieverpleegkundige als samenwerkingspartner:

- kent strategieën om netwerkcontacten aan te gaan en te onderhouden;
- kent de methoden van proactief initiëren, coördineren, regisseren, onderhandelen en bemiddelen in samenwerking en netwerkvorming;
- is een zichtbare en vindbare ketenspeler en schakelt waar nodig anderen in;
- weet hoe de onafhankelijkheid binnen het dementienetwerk te positioneren en te handhaven bij zorgbemiddeling en – toewijzing ten behoeve van (de belangen van) de cliënt en diens mantelzorger.

VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE

De dementieverpleegkundige als samenwerkingspartner:

- werkt in wisselende teams op verschillende niveaus (cliënt, organisatie, keten), virtueel en fysiek;
- kan de teamvorming rondom de huisartsen en (wijk)verpleegkundigen stimuleren, onderhouden en verdiepen;
- kan onafhankelijk werken en tegelijkertijd samenwerken;
- kan zich staand houdend en profileren voor/naast de cliënt en diens belangen;
- bespreekt en evalueert de verleende zorg multidisciplinair;
- geeft advies en consultatie aan collega-zorgverleners en overige ketenpartners.

De rol van reflectieve EBP-professional

De dementieverpleegkundige werkt in een veld dat volop in ontwikkeling is en verschillende domeinen en disciplines bij elkaar brengt. De taken en functie van de dementieverpleegkundige zijn zeker nog niet uitgekristalliseerd, en ook onderhevig aan verandering in en tussen de financieringsystemen van WMO, ZVW en WLZ. In de functie van dementieverpleegkundige komen methodieken en interventies vanuit verschillende onderdelen van de gezondheidszorg samen. Bovendien ontwikkelen zich nationaal en internationaal ook steeds nieuwe kennis, interventies en voorzieningen op de verschillende domeinen van behandeling en medicatie, zorg- en hulpverlening, welzijn en wonen.

De dementieverpleegkundige wordt in het werk ook regelmatig geconfronteerd met moreel-ethische vragen. Dit alles vraagt om een reflectieve houding en focus op evidence based practice (EBP) werken.

KENNIS

De dementieverpleegkundige als reflectieve EBP-professional:

- is op de hoogte van beschikbaar bewijs (evidence) vanuit wetenschappelijk onderzoek voor casemanagement bij dementie of voor afzonderlijke interventies relevant voor dementie en past die toe in het werk;
- kent de basisprincipes van evidence based practice (EBP) werken en kan beschikbare evidence vertalen naar de eigen beroepspraktijk;
- kent de ethische context van de zorgverlening aan cliënten met dementie en mantelzorgers;
- kan de samenhang tussen verschillende disciplines aanbrengen en toepassen bij de cliënt en mantelzorgers.

VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE

De dementieverpleegkundige als reflectieve EBP-professional:

- past actuele zorgstandaarden en richtlijnen toe in de uitoefening van de functie;
- kan beredeneerd van richtlijnen afwijken, vanuit het belang en de wensen van de cliënt;
- stimuleert en participeert in onderzoek naar (casemanagement bij) dementie;
- kan omgaan met ethische problemen (bijvoorbeeld in de vorm van het moreel beraad), ook met concrete interventies bij cliënt en mantelzorgers, aanleren van tips en tricks voor mantelzorgers;
- heeft een sensitieve en reflectieve houding bij moreel-ethische en juridische dilemma's waarbij keuzes onderbouwd worden op basis van evidence based practice, met bewaking van eigen en professionele grenzen en met het oog op de mogelijke consequenties op korte én langere termijn;
- neemt tenminste zes keer per jaar deel aan intervisie met andere dementieverpleegkundigen.

De rol van gezondheidsbevorderaar

Dementie is een progressieve ziekte. De ziekte is niet te voorkomen en nauwelijks te behandelen. Wel is het mogelijk om de gevolgen van dementie positief te beïnvloeden, zowel voor de cliënt zelf, als voor diens mantelzorgers en omgeving.

Het algemene publiek heeft (nog) beperkte kennis van de ziekte dementie, maar de introductie van het gedachtegoed van dementievriendelijke samenleving/gemeente is een stimulerende ontwikkeling. Als 'gezondheidsbevorderaar' speelt de dementieverpleegkundige een belangrijke rol bij het verstrekken van informatie over dementie.

KENNIS

De dementieverpleegkundige als gezondheidsbevorderaar kent:

- de prevalentie, uitingsvormen en risicogroepen van de verschillende vormen van dementie;
- de principes en methoden om de kwaliteit van leven en de eigen capaciteiten en leervermogens te stimuleren bij mensen met dementie (positieve gezondheid);

- de theorieën en principes van preventieprogramma's en –activiteiten op de verschillende niveaus van individu tot samenleving en kan daarin kosten/baten-afwegingen maken;
- de theorieën en methoden van gezondheidsvoorlichting en –opvoeding (GVO) in bredere zin, bijvoorbeeld dementievriendelijke samenleving en het belang van sterke mantelzorg.

VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE

De dementieverpleegkundige als gezondheidsbevorderaar:

- kan individuele en publieksvoorlichting geven met behulp van (landelijk) ontwikkeld voorlichtingsmateriaal, afgestemd op de doelgroep cliënten met een vorm van dementie
- participeert in projecten voor dementievriendelijke samenleving;
- participeert in een Alzheimercafé;
- is steeds gericht op kwaliteit van het leven in de verschillende domeinen (bv. ook arbeid bij FTD), en daarna gezondheid en veiligheid, van cliënt en mantelzorger;
- bevordert en begeleidt lotgenotencontact;
- kan ouderen mishandeling herkennen, melden en (helpen) oplossen;
- geeft scholing aan mantelzorgers en professionals.

De rol van organisator

In veel regio's is casemanagement bij dementie nu in allerlei varianten aanwezig, en wordt nu gezocht naar goede organisatievormen met huisartsen, algemeen verpleegkundigen en andere partners in het dementienetwerk en of het netwerk kwetsbare ouderen.

Dat maakt dat de functie van dementieverpleegkundige in beweging blijft en daarom hebben de dementieverpleegkundigen zelf ook een belangrijke rol bij het vormgeven van hun functie en het uitbouwen van de samenwerking in de keten. Dit vraagt om een rol als organisator.

KENNIS

De dementieverpleegkundige als organisator kent:

- de organisatiemodellen en –principes op verschillende niveaus in het dementienetwerk en de participerende instellingen en beleids- en overheidsorganisaties;
- de ontwikkelingen in de dementiezorg en het casemanagement dementie zoals die zich de afgelopen jaren hebben voltrokken;
- de strategische principes en tactische methoden van beïnvloeden, profileren en positioneren als kernspeler in de dementiezorg;
- de methoden van initiëren, coördineren en regisseren van samenwerking t.b.v. samenhangende zorg- en dienstverlening aan cliënt en mantelzorger.
- de kaders, procedures, regelingen en financieringswijzen vanuit de WMO, de ZVW en de WLZ én de mogelijkheden om daarmee goede zorg- en hulpverlening te organiseren.

VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE

De dementieverpleegkundige als organisator:

- kan de behandel-, zorg- en welzijnsactiviteiten rondom een cliëntsysteem (cliënt én mantelzorger) goed en integraal inrichten, periodiek monitoren en zo nodig bijsturen in goed overleg met alle betrokkenen;
- speelt een pro-actieve organisatierol in de eigen organisatie en in het dementienetwerk;
- signaleert hiaten in de zorg en bespreekt dit met beleidsverantwoordelijken (bijvoorbeeld CIZ, gemeenten, verzekeraar, zorgkantoor);
- initieert en participeert in verbeterprojecten met andere partners in het dementienetwerk;
- kan de eigen onafhankelijkheid ten opzichte van het aanbod vormgeven en bewaken, en stelt daarbij het belang van de cliënt boven dat van organisaties, systemen en kaders.

De rol van professional en kwaliteitsbevorderaar

De dementieverpleegkundige is mede verantwoordelijk voor het opstellen en onderhouden van een professionele standaard voor de functie. Dit bevordert de kwaliteit van de zorg aan mensen met dementie.

KENNIS

De dementieverpleegkundige als professional en kwaliteitsbevorderaar kent:

- de methodieken om de kwaliteit van casemanagement dementie te bewaken en borgen;
- het kwaliteitsmodel van de eigen organisatie en van het dementienetwerk;
- wettelijke kaders zoals WGBO, BOPZ, de wet BIG en Rechts Bescherming (bewindvoering, mentorschap e.d.).

VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE

De dementieverpleegkundige als professional en kwaliteitsbevorderaar:

- weegt en bespreekt vrijheidsbeperkende maatregelen open en eerlijk, kan daarover andere zorgverleners adviseren en neemt daarbij ook de mogelijke consequenties op langere termijn in ogenschouw;
- gaat heel bewust om met het solistische karakter van de functie en kan goed meebewegen in het hele cliëntsysteem;
- is creatief en kan out-of-the-box denken, met name in complexe situaties;
- draagt bij aan de ontwikkeling van het vak en daarvoor relevante zorgstandaarden of richtlijnen, en kan de meerwaarde van casemanagement dementie verantwoorden;
- draagt bij aan de ontwikkeling van de functie dementieverpleegkundige (o.a. door trainingen, cursussen, congressen, gastcolleges bij ROC's en HBO-V).

De cursist kan:

- ☐ op basis van de CanmedsExpertisegebied Casemanager Dementie (november 2012) reflecteren op eigen functioneren en sterke en verbeterpunten te formuleren;
- ☐ op basis van de competentiemeting en de Canmedsrollen verbeterpunten en persoonlijke leerdoelen formuleren voor deze leergang ;

Vorbereiding

1. Lees via MyAcademy:

- ❑ Verkade, P.J. e.a. (nov 2012) Expertisegebied casemanager dementie, V& VN.
- ❑ Alzheimer Nederland & Vilans (juli 2013) Zorgstandaard Dementie, Hoofdstuk 3 Casemanagement, p 20-25.
- ❑ Nicole Ketelaar & Marleen Schippers (2015) Casemanagement dementie op de golven van transitie. Sociaal bestek juni/juli.
- ❑ Denis, R. (2015) De toekomst van dementieketens. Geron 1.

Lees in grote lijnen via internet

- ❑ <http://www.carrieretijger.nl> > functioneren > managementvaardigheden > SMART doelen stellen. Voor het SMART formuleren van leerdoelen.
 - ❑ www.geriant.nl > publicaties > Casemanagement en dementie: Handboek casemanagement bij dementie, uitgave Geriant, 2011. Hoofdstuk 1 Introductie casemanagement bij dementie
 - ❑ 2015 7 juli Kamerbrief van Rijn Samenleven met dementie - bijlage 1 beschrijving dementie - bijlage 2 Deltaplan dementie
3. Bekijk op MyAcademy de competentiemeter en het IPOP formulier; vul deze in. Denk na over de eigen sterke punten en de verbeterpunten cq. je leerdoelen voor de opleiding.

Bijeenkomst

De docent zal met de groep eventueel in subgroepen de bevindingen bespreken en de dementieverpleegkundige leerdoelen formuleren die te gebruiken zijn om haar/zijn positie te versterken.

1.2 Vormen van dementie (incl. Jong dementerenden), verschijnselen en verloop

Inleiding

Dementie speelt in toenemende mate een rol in het dagelijks leven van veel Nederlanders. In ons land leven naar schatting 270.000 mensen met dementie. Het aantal mensen met dementie zal, vooral als gevolg van de vergrijzing, stijgen tot naar schatting 400.000 in 2050. Van de mensen met dementie is 60% vrouw en woont 70% thuis. Meer dan 40% van de mensen met dementie is alleenstaand. Voor mensen met dementie staan naast de beroepskrachten en vrijwilligers naar schatting 300.000 mantelzorgers klaar, zo blijkt uit onderzoek van het SCP. Naar schatting zijn er ongeveer 12.000 mensen met dementie die jonger zijn dan 65. Indien er een vorm van dementie gediagnosticeerd wordt bij iemand die jonger is dan 65 jaar, spreken we van een jongdementerende. Dementie komt weliswaar bij oude mensen voor, het is geen verouderingsverschijnsel, maar een ziekte. Dementie is een neuropsychiatrische ziekte, waarvan de oorzaak ligt in vormen van hersenatrofie. Er zijn vele vormen van de ziekte dementie, de meest voorkomende zijn: de ziekte van Alzheimer; vasculaire dementie (VaD); fronto-temporale dementie (FTD); Dementie met Lewy Bodies (inclusief Parkinson-dementie) en Ziekte van Creutzfeldt-Jakob.

Wereldwijd wordt er veel geïnvesteerd in de zoektocht naar oorzaken: een aantal zaken is al wel bekend, maar een volledige verklaring en daarmee een mogelijke weg naar behandeling of preventie is er nog niet.

Diagnostiek, liefst zo vroeg mogelijk in het ziekteproces, is een vereiste. Daar zijn protocollen en methoden voor, maar soms is het vaststellen van de ziekte ingewikkeld en vraagt dat tijd. Voor mensen met het vermoeden op dementie en hun familieleden is echter goede vroege diagnostiek een noodzaak.

Lange tijd kregen jong dementerenden dezelfde zorg en aandacht als mensen die op oudere leeftijd dement worden. Er zijn echter een aantal redenen om het zorgaanbod voor deze groep mensen aan te passen. Ten eerste zit iemand die jonger is dan 65 jaar in een andere levensfase. Vaak werkt iemand nog en is hij of zij vanwege de dementie in de 'ziektewet' gekomen. Men heeft de zorg voor opgroeiende kinderen. Ook wordt er in die leeftijdsfase niet snel aan dementie gedacht. In eerste instantie denkt de arts te maken te hebben met een burn-out, depressie of een andere psychiatrische aandoening. Soms wordt er gedacht dat de verschijnselen veroorzaakt worden door relatie problematiek. Dit alles maakt dat mensen vaak al een paar jaar aan het tobben zijn voordat de diagnose dementie gesteld wordt. De patiënt en de partner hebben dan al heel wat doorgemaakt in het medische circuit. De diagnose dementie kan in eerste instantie een gevoel van opluchting geven. Eindelijk een oorzaak voor de klachten. In tweede instantie komt het verdriet. Er is immers sprake van een onomkeerbaar proces, een ziekte die niet te genezen is en waarvan je niet goed kunt voorspellen hoe het verloop is.

1.3 Diagnostische instrumenten door verpleegkundigen

Inleiding

Het is ook mogelijk dat de dementieverpleegkundige participeert in ziektediagnostiek, behandeling en crisisinterventie. Dit vraagt om de volgende aanvullende vaardigheden.

De dementieverpleegkundige als zorgverlener:

- verzamelt ziekte- en zorg-diagnostische informatie;
- kan een voorlopige ziekte- en zorgdiagnose voorstellen, op basis van een classificatiesysteem;
- weet onderscheid te maken tussen enerzijds vormen van dementie en anderzijds overige cognitieve stoornissen, angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen;
- verricht triage bij dementie (triade) en rapporteert daarover aan het multidisciplinaire team waar de ziektediagnose wordt gesteld;
- voert samen met de arts een uitslaggesprek met de cliënt en diens naasten;
- participeert in behandelmethodes, zoals groepsbehandeling van mantelzorgers, psychosociale interventies, cognitieve gedragstherapie en probleemoplossende therapie;
- draagt bij aan de medicamenteuze therapie, zoals monitoring van bijwerkingen en periodieke evaluatie met de arts;
- motiveert cliënt en/of mantelzorger om zorg of behandeling te accepteren d.m.v. motiverende gespreksvoering, slecht-nieuws-gesprekken en systeeminterventies;
- draagt bij aan het verzamelen van gegevens over onvrijwillige zorg, bijvoorbeeld bij de aanvraag van een wettelijke maatregel

Cognitieve screening m.b.v. **MMSE** (mini mental state examination)) Observatielijst vroege symptomen bij dementie **OLD, kloktekentest, IQ-code.**

TRIADE(= Triage in Dementie)

Leerdoelen

De cursist kan m.b.t. dementie

- ☐ De meest voorkomende typen dementie benoemen.
- ☐ De verschijnselen en verloop van de verschillende vormen van dementie benoemen.
- ☐ De opgedane kennis gebruiken in voorlichting voor cliënt / mantelzorg.

- ☐ Specifieke aandachtspunten benoemen in de zorg aan jong dementerenden.
- ☐ De diagnostische instrumenten begrijpen en toepassen

Vorbereiding

Bestudeer uit het boek:

Jonker, C. e.a. (2009) Handboek dementie. Laatste inzichten in diagnostiek en behandeling. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Deel 4 Ziektebeelden

- ☐ Hoofdstuk 18, De ziekte van Alzheimer;
- ☐ Hoofdstuk 19, Fronto temporale dementie (FTD);
- ☐ Hoofdstuk 20, Vasculaire Dementie;
- ☐ Hoofdstuk 21, Parkinson en Lewy-body-dementie (DLB);
- ☐ Hoofdstuk 24, Ziekte van Creutzfeldt-Jakob.
- ☐ Hoofdstuk 07, Diagnostische instrumenten (bekijk (screenings instrumenten bij ziektediagnostiek hierboven beschreven)

Bekijk op MyAcademy

- ☐ Vormen van dementie, juni 2016 Nursing.
- ☐ Moll van Charante, E., e.a. (juli 2012) NHG –Standaard M21 Dementie (derde herziening). *Huisarts & Wetenschap*, 55 (7), p 2-32.
- ☐ Dementie op jonge leeftijd, Alzheimer Nederland
- ☐ Richtlijn: Diagnostiek en Behandeling van dementie (2014) Nederlands vereniging voor klinische Geriatrie.

Via Internet:

- ☐ I.p.v. NHG-patiëntenbrief Dementie algemeen, zie www.thuisarts.nl/dementie .
Inclusief film
- ☐ <http://www.nhg.org> > Richtlijnen & Praktijk > NHG-standaarden > P. Psychische problemen > M 21 Dementie > Publicaties: Meetinstrumenten bij de NHG-standaard Dementie.
- ☐ <http://www.jongdementerend.nl/home/?p=1> > mijzelf > medische zaken > ziektebeelden
- ☐ <http://www.alzheimer-nederland.nl>
- ☐ <http://www.alzheimercentrum.nl/>

Formuleer vragen / opmerkelijke situaties uit je beroeps praktijk om tijdens deze bijeenkomst te bespreken.

Bijeenkomst

Voor de doelgroep verpleegkundigen met verschillende kennis- en ervaringsniveau is het van belang om bij aanvang van de bijeenkomst hier op af te stemmen, met name nieuwe ontwikkelingen en diagnostische instrumenten hebben interesse. En de discussie in Huisarts & Wetenschap n.a.v. de nieuwe NHG standaard over diagnostiek in de huisartsenpraktijk, door o.a. Paul Dautzenberg: 'Dementie, meer dan MMSE en casemanager' en Annet Wind: 'Dementie: werken aan acceptatie en passende zorg' (deze artikelen op MyAcademy in map bijeenkomst 2.2 de docent zal een overzicht geven van de verschillende vormen van dementie. Vervolgens zal er gelegenheid zijn de vragen uit de casemanagement praktijk tijdens dit college te bespreken.

1.1 Dementie niet-farmacologische behandelingsmogelijkheden, psycho – educatie/voorlichting

Inleiding

Leerdoelen

Vorbereiding

Bijeenkomst

1.2 Dementie farmacologische behandelingsmogelijkheden (incl. probleemgedrag)

Inleiding

Het kernsymptoom van dementie, verslechtering van het cognitieve functioneren, is in de meeste gevallen niet met medicijnen te behandelen. Er zijn momenteel twee medicijnen geregistreerd voor de behandeling van de ziekte van Alzheimer: cholinesteraseremmers (Rivastigmine) en memantine. De effecten van deze middelen zijn echter bescheiden en de bijwerkingen, vooral van Rivastigmine, aanzienlijk (Van Gool et al., 2006; Verhey, 2006). Daarom dient na de start van een eventuele behandeling met deze medicijnen regelmatig overwogen te worden of de behandeling niet beter gestopt kan worden. In de praktijk worden dergelijke middelen overigens wel op steeds grotere schaal voorgeschreven (Verhey, 2006). De medicamenteuze behandeling van dementie is in de praktijk vooral gericht op nevensymptomen van dementie, zoals wanen, depressieve stemming, en gedragsstoornissen. In de CBO-richtlijn wordt uitgebreid ingegaan op het met medicijnen behandelen van deze bijkomende stoornissen (Van Gool et al., 2006).

(bron: nationaalkompas.nl)

In de laatste richtlijn Diagnostiek en behandeling van Dementie (NVKG, 2014) wordt het hoofdstuk (4) Behandeling in 3 onderdelen beschreven: Behandeling met neurotransmitter- modulerende geneesmiddelen; Medicamenteuze behandeling van neuropsychiatrische symptomen; Psychosociale en overige non-farmacologische interventies. Deze laatste worden later in het programma behandeld.

Leerdoelen

De cursist:

- ☐ heeft kennis van de farmacologische behandelingsmogelijkheden bij dementie;
- ☐ kan de behandeling van de cliënt en de begeleiding die hierbij noodzakelijk is benoemen (ook bij gedragsproblemen).

Vorbereiding

Bestudeer uit het boek:

Jonker, C. e.a. (2009) Handboek dementie. Laatste inzichten in diagnostiek en behandeling. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

- ☐ De hoofdstukken van bijeenkomst 1.3 'ziektebeelden', bij deze hoofdstukken staan de beperkte mogelijkheden beschreven bij de paragrafen over farmacotherapie.
- ☐ Hoofdstuk 11, Behandeling en preventie van cognitieve stoornissen.
- ☐ Hoofdstuk 13, Farmacologische behandeling van gedragsproblemen.

Bestudeer van MyAcademy:

- ☐ 1.3: Richtlijn: Diagnostiek en behandeling van dementie (2014) Nederlands vereniging voor klinische Geriatrie. Samenvatting; Hfdst 4 Behandeling.

Bijeenkomst

Inholland Academy Amsterdam

De docent zal in een college de farmacologische behandelingsmogelijkheden en de begeleiding daarbij behandelen van dementie en gedragsproblemen.

3.1 Netwerkgericht werken vanuit empowerment

Inleiding

De basis van netwerkgericht werken ligt in het feit dat iedereen behoefte heeft aan erkenning, bevestiging en de behoefte om erbij te horen. Mensen met dementie kunnen in de loop van hun ziekte proces van gedrag veranderen, het inprentingvermogen gaat achteruit en zij gaan steeds meer in hun eigen wereld leven. In rechtstreeks contact met dierbaren leven zij weer op. In het hier en nu zit hun verbondenheid. Voor de mantelzorger verandert er veel in de loop van het proces zowel emotioneel, sociaal als fysiek. Het begint met vooral veel geduld hebben en langzaam maar zeker komt er steeds meer op haar/zijn schouders terecht. In situaties met een steunend sociaal netwerk helpen mensen elkaar spontaan. Er zijn echter ook situaties waar een sociaal netwerk nog niet betrokken is of geheel afwezig is. Dan is betrekken dan wel versterken van het netwerk aan de orde.

De sociaal netwerkmethodiek sluit hier op aan. In deze les oefenen de deelnemers met het op systematische wijze inventariseren van het netwerk. Mede aan de hand van praktijkvragen van de deelnemers besteden we aandacht aan het ondersteunen van cliënt en mantelzorger vanuit de principes van empowerment bij het betrekken dan wel uitbreiden van zijn/hun netwerk. Zij leren van en met elkaar. De theorie is een geïntegreerd onderdeel van deze les.

Leerdoelen

De cursist:

- heeft basiskennis van netwerkgericht werken
- heeft geoefend met het op systematische wijze inventariseren van een netwerk
- heeft concrete handvatten voor het toepassen van netwerkgericht werken in haar beroepspraktijk

Bijeenkomst

Maria kun jij hieronder de titels/onderwerpen van jouw powerpoint sheets /lesvermelden?

Vorbereiding

Bestudeer uit het boek:

Scheffers, M.E.W. (2015) Sterk met een vitaal netwerk, Empowerment en de sociaal netwerkmethodiek. Coutinho, Bussum.

- Hoofdstuk 2, houdingsaspecten, waardoor cliënt en/of mantelzorger eigen kracht kan (her)ontdekken en versterken. Is basis voor netwerkgericht werken
- Hoofdstuk 4, Deel 2 blz. 157 - 223

3.2 Zorgethiek, ethisch redeneren

Inleiding

Deze bijeenkomst is gericht op het systematisch bespreken van morele vragen en dilemma's die inherent zijn aan het werk van de casemanager dementie / wv. In het algemeen gezegd gaat het daarbij om vragen als:

- ☐ Wat is in het belang van deze patiënt / cliënt.
- ☐ Wat is in het belang van betrokken familieleden.

- ☒ Wie mogen / moeten daarover beslissen?
- ☒ Welke verantwoordelijkheid ligt bij wie?
- ☒ Hoe moeten we omgaan met conflicterende belangen?

Zeker bij dementerende mensen en hun naasten spelen deze vragen zich vaak af in de spanning tussen **zelfbeschikking**, **beslissingsbekwaamheid** en **kwetsbaarheid**. Vandaar dat we aandacht zullen besteden aan de inhoud van deze begrippen en ook aan de benadering ervan door de **zorgethiek** waarin veel is nagedacht over een interpretatie die recht doet aan de doelgroep. Het meest inspirerend is het als we dat kunnen doen aan de hand van door de cursisten zelf geschreven **casuïstiek**. We vragen dan ook om deze bijeenkomst voor te bereiden door een casus te schrijven die aan de eigen praktijksituatie is ontleend.

De gevraagde casuïstiek kan betrekking hebben op één of meer van de hieronder genoemde thema's:

1. Professionele verantwoordelijkheid van de hulpverlener en de opvattingen, wensen en gedragingen van patiënten / cliënten of hun vertegenwoordigers.
Het gaat hierbij vooral om situaties waarin de patiënten zelf of hun vertegenwoordigers wensen of opvattingen hebben die op gespannen voet staan met het professionele inzicht van de hulpverlener.
2. Persoonlijke normen en waarden van de hulpverlener en professionele normen en waarden. Het is soms moeilijk om de eisen die in een professionele context worden gesteld een plaats te geven in het geheel van de eigen waarden en normen.
3. Individuele professionele verantwoordelijkheid en de relatie met andere hulpverleners.
Hoe ga je om met verschillen van inzicht en met de emoties die dat met zich meebrengt? Hoe verhouden eventuele verschillen van mening zich tot de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor het welzijn van de patiënt / cliënt?

Een aantal aanwijzingen voor het schrijven van een casus:

Beschrijf een situatie waarbij u zelf direct betrokken bent geweest.

Bedenk dat het in het kader van deze bijeenkomst moet gaan om een geval waarin morele problematiek centraal staat.

Leerdoelen

De cursist kan:

- ☒ Zijn/haar eigen morele vragen en dilemma's benoemen en bespreken;
- ☒ Zijn/haar visie op zelfbeschikking, beslissingsbekwaamheid en kwetsbaarheid verwoorden;
- ☒ Aan de hand van casuïstiek ethisch redeneren.

Vorbereiding

1. Beschrijf een situatie volgens de hierboven genoemde aanwijzingen
2. Bestudeer via MyAcademy de handleiding Als je naaste niet meer wil douchen en bekijk via de website van Alzheimer Nederland de bijbehorende filmpjes over ethische dilemma's die mantelzorgers kunnen ervaren bij hun naaste met dementie; <http://www.alzheimer-nederland.nl/informatie/zorgen-voor-iemand-met-dementie/dilemmas-bij-dementie.aspx>
3. Beschrijf een casus/neem een filmpje mee vanuit jouw werk over een dilemma waar mantelzorgers mee worstelen in hun rol.

Bijeenkomst

De docent zal aan de hand van de meegenomen casuïstiek en de voorbereidingsfilmpjes de zorgethiek rondom cliënten/patiënten bespreken. Casuïstiek voor 24 november inleveren.

4.1 Multicultureel casemanagement

Inleiding

De verwachting is dat over vijf jaar het aantal dementerenden van allochtone herkomst reeds 12% bedraagt van het totaal aantal Nederlanders met dementie, waarna een stijging versneld zal doorzetten tot 14% in 2030. Deze groep ouderen is in het algemeen slecht geïntegreerd in de Nederlandse samenleving en moeilijk te bereiken.

De verzorging vindt voornamelijk (> 90%) plaats in de thuissituatie, hetgeen voor alle betrokkenen – dementerenden en mantelzorgers - zeer belastend is. Taboe en schaamte naar de buitenwereld spelen hierbij een belangrijke rol. Hiërarchie in de familie en onzekerheid omtrent de aard van de hulpverlening vormen even zo vele drempels om hulp in te roepen. De waarden die deze generatie van huis uit heeft meegekregen sluiten in het algemeen niet aan bij de waarden in onze westerse samenleving, waardoor er al snel misverstanden kunnen ontstaan, wederzijdse irritaties en mogelijk zelfs uitsluiting. Sensitiviteit hiervoor al in de 'niet plus'-fase biedt casemanagers dementie aangrijpingspunten om hier in de praktijk effectief mee om te gaan.

Leerdoelen

Tijdens de workshop staan de eigen ervaringen op het gebied van multicultureel casemanagement bij dementie centraal. U reflecteert op uw eigen ervaringen en die van collega-casemanagers of wijkverpleegkundigen. Deze ervaringen worden gekoppeld aan theorie rondom de volgende onderwerpen:

- ☐ herkennen van interculturele aspecten: hiërarchie, respect en loyaliteit binnen de familie, taboes, schaamte en gezichtsverlies, indirecte communicatie, omgaan met emoties, ongeschreven regels en gedragscodes, omgaan met onzekerheid, houding ten opzichte van hulpverleners ontwikkelen van vaardigheden om effectief invulling te kunnen geven aan zorg en ondersteuning van dementerenden en hun mantelzorgers uit andere culturen.
- ☐ het begrip 'cultuur' en opvallende kenmerken van cultuurverschillen in symbolen, rituelen, normen en waarden
- ☐ kenmerken herkennen van culturen in verschillende werelddelen en specifieke landenculturen zoals Marokko, Turkije, Suriname, Caraïbische eilanden, Indonesië en China- een cultureel zelfonderzoek

Vorbereiding

Internet:

- ☐ <https://tvblik.nl/moslim-omroep/>

Bijeenkomst

In de les gaan we aan de slag met 'communiceren zonder grenzen', gaan we in op de verschillen in ziektebeleving en de mantelzorgproblematiek. Toepassing van deze kennis en vaardigheden wordt zo mogelijk geoefend. Vervolgens gaat u in uw eigen praktijk actief experimenteren.

4.2 Mantelzorgondersteuning, screening, preventie overbelasting en respijtzorg

Inleiding

Leerdoelen

Vorbereiding

Bijeenkomst

5.1 EBP, Klinisch redeneren, werken met dementieplan

Inleiding

Ter ondersteuning aan de verpleegkundige indicatiestelling heeft V&VN een normenkader opgesteld. De normen maken duidelijk wat van de verpleegkundige mag worden verwacht, naast de algemeen geldende beroepsnormen. Het normenkader is een uniform instrument en leidend bij de verpleegkundige indicatiestelling.

In de “Zorgstandaard Dementie” wordt in paragraaf 3.4 Zorgplan, het volgende geschreven: Zodra iemand de diagnose dementie heeft gekregen, wordt een zorgplan opgesteld door de dementie verpleegkundige of behandelend arts, dat doorloopt en steeds wordt bijgewerkt tot overlijden. De dementia verpleegkundige stelt het zorgplan op vanuit zijn of haar overkoepelende blik en coördinerende rol in samenspraak met de cliënt en het cliëntstelsel. De medisch eindverantwoordelijke ziet er op toe dat het gebeurt.

Basisfuncties Casemanagement

Deze fasen van het zorgproces vertonen overeenkomsten met de vijf basisfuncties volgens Nora van Riet:

Assessment

Het onderscheid tussen begrippen ‘diagnostiek’ en ‘assessment’, deze begrippen worden toegepast op de hulpvraag, de cliënt en de omgeving van de cliënt.

Voor het in kaart brengen van het cliëntstelsel:

De ecologische benadering is een systeemgerichte benadering, maar het systeem wordt verbreed tot de context waarbinnen de hulpvrager leeft. Het gaat daarbij niet alleen om de dimensies van het gezin, de familie, maar ook om de vriendengroep, de buurt, het werk, de hobby’s, de contacten met instellingen, de fysieke omgeving, de cultuur, levensbeschouwing, wetten, regels, enz. De totale context van de cliënt wordt inzichtelijk gemaakt door de situatie te visualiseren. De hulpverlener en de cliënt brengen samen de situatie van de cliënt in kaart door middel van het maken van een tekening, een *ecogram*.

Het *genogram* geeft een beeld van het gezin in de tijd, waardoor het individuele gezinslid in staat gesteld wordt de dynamiek van het eigen gezin te begrijpen en te ontdekken welke invloed dat heeft op zijn eigen huidige functioneren. Het genogram is een soort stamboom die sociale gegevens bevat zoals genealogische relaties, belangrijke familiegebeurtenissen, beroepen in de familie, verlies van familieleden, verhuizingen, uit het oog verloren familieleden, herkenbare rolpatronen, etc.

Planning en plan

Wanneer cliënt en dementie verpleegkundige uiteindelijk hebben vastgesteld welke hulp- en dienstverlening voor deze cliënt nodig is, volgt de planning van de hulpverlening, resulterend in een dementieplan.

Linking

Na het opstellen van het dementieplan zal de uitvoering ervan moeten worden gerealiseerd. Dit

Inholland Academy Amsterdam

houdt in dat er door de dementie verpleegkundige een verbinding (link) gelegd wordt tussen alle participanten aan de hulpverlening: de uitvoerders van het plan. Dat betreft dus de cliënt zelf, leden van zijn sociale netwerk en professionals. Als het goed is, is uit het dementieplan duidelijk geworden wie wat zal gaan doen. Er moeten nu afspraken gemaakt worden over de precieze invulling van de samenwerking.

Monitoring

Monitoring vindt plaats nadat het dementieplan is opgesteld, het uitvoeringsteam is geformeerd, de onderhandelingen zijn afgerond en men met de uitvoering is begonnen. Nu komt het erop aan dat de uitvoering klopt en blijft kloppen met wat was afgesproken

Evalueren

De laatste basisfunctie van de dementie verpleegkundige is evalueren. Er zijn twee belangrijke redenen waarom de dementie verpleegkundige de hulp- en dienstverlening evalueert en eventueel herzielt. De eerste reden heeft te maken met de professionele verplichting van de dementie verpleegkundige aan de cliënt en het uitvoeringsteam om aan te geven in hoeverre de bereikte doelen overeenkomen met wat in het contract is afgesproken: zijn de veranderingen die men pretendeerde in gang te zetten ook werkelijk in gang gezet? Een tweede reden voor evaluatie is dat een expliciete terugblik op en inventarisatie van fouten en prestaties een waardevolle leerervaring kan zijn voor ieder die bij de hulpverlening betrokken is, inclusief de dementie verpleegkundige.

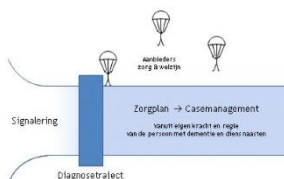
Bij evaluatie gaat het om drie aspecten:

- ☐ Evaluatie van het dementieplan met betrekking tot de bereikte doelen en de uitkomsten van de hulpverlening;
- ☐ Evaluatie van de gevolgde werkwijzen en het functioneren van het uitvoeringsteam
- ☐ Evaluatie van de tevredenheid van de cliënt.

De hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt met dementie en zijn naasten moeten onderling afspreken wie de begeleiding coördineert. De behandelend arts is aanspreekpunt voor somatische problemen of plotselinge veranderingen in het ziektebeeld. Gestructureerd overleg tussen hulpverleners heeft voordelen boven ad-hoc besprekingen.

Zodra iemand de diagnose dementie heeft gekregen, wordt een dementieplan opgesteld door het dementie verpleegkundige dat doorloopt en steeds wordt bijgewerkt tot overlijden.

Figuur 2: het zorgplan



Het dementieplan vormt een overkoepelende en coördinerende rol in samenspraak met de cliënt en het cliëntsysteem. De medisch eindverantwoordelijke ziet erop toe dat het gebeurt. Bovenstaande komt uit de Zorgstandaard Dementie. Wat van belang is voor de rapportage dat dit zo objectief mogelijk gebeurt en een uniforme werkwijze gehanteerd wordt.

Leerdoelen

De cursist kan:

- ☐ benoemen welke methodiek gehanteerd wordt en waarom;
- ☐ reflecteren op de basisfuncties die gehanteerd worden in de literatuur over en de eigen functie uitoefening
- ☐ een dementieplan opstellen (problemen via PES, doelen Smart, interventies concreet en evaluatiecriteria) en zo objectief mogelijk formuleren;
- ☐ informatie verkregen via 'zorgdiagnostiek' op de juiste plaats onderbrengen in het zorgplan;
- ☐ het kader 'Normen voor het indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' als uitgangspunt hanteren;
- ☐ de gegevens van cliënt en naasten kunnen ordenen in door organisatie gehanteerd zorgplan.

Vorbereiding

1. Lees van MyAcademy:
 - ☐ Uit de NHG-praktijkwijzer Ouderenzorg, Utrecht maart 2010: T10 Casemanagement Dementie; Achtergrondinformatie: A5 Screenings- en observatie-instrumenten; A6
 - ☐ Normen voor het indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, V & VN, juli 2014. Lees op hoofdlijnen door, maar besteed aandacht aan: Norm 4: Besluitvorming rond indiceren en organiseren van zorg vindt plaats op basis van het verpleegkundig proces
Norm 5: De verslaglegging voldoet aan de V&VN richtlijn voor verslaglegging
 - ☐ Alzheimer Nederland & Vilans (juli 2013) Zorgstandaard Dementie, § 2.3.2 Zorgdiagnostiek op basis van 12 dimensies p 19, § 3.4 Zorgplan, p 23-24.
2. Lees, indien in jouw organisatie gewerkt wordt met het OMAHA system, via internet de informatie over OMAHA system: www.omahasystem.nl. Bekijk het instructiefilmpje.
3. Neem een (geanonimiseerd) zorgplan mee uit je eigen praktijk.

Aanbevolen:

- ☐ Jansen, D. e.a. (februari 2012) Casemanagement bij beginnende dementie. *Huisarts & wetenschap* 55(2), pag 58-63.
- ☐ Dautzenberg, P. (augustus, 2012) Dementie, meer dan MMSE en casemanager! *Huisarts & wetenschap* 55(8), pag 348-349.

Aanbevolen (niet op MyAcademy):

- ❑ Riet, Nora van. en Wouters, Harry.(2010) Casemanagement. Van Gorkum, Assen. ISBN 9789023246145. Hoofdstuk 4 t/m 8

Internet (aanbevolen)

- ❑ www.geriant.nl > Publicaties > Casemanagement en dementie: Handboek casemanagement bij dementie, uitgave Geriant, 2011
Hoofdstuk 3 Voorwaarden voor casemanagement, m.n. § 3.2 Het methodisch proces.
- ❑ www.geriant.nl > Publicaties > Casemanagement en dementie: Handboek zorgdiagnostiek dementie, uitgave Geriant, 2008

Bijeenkomst

De docent zal een introductie geven op de bij casemanagement gehanteerde methodiek en met de groep kijken naar de laatste inzichten omtrent casemanagement als onderdeel van de prestatie Wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet. Verder worden instrumenten die gehanteerd kunnen worden, behandeld in onderlinge afstemming.

In de bijeenkomst zal na deze introductie in subgroepen onder begeleiding van de docent feedback gegeven worden op elkaars zorgplannen.

Ten slotte worden conclusies getrokken ter verbetering van het opstellen van het zorgplan.

5.2 Wet- en regelgeving

Inleiding

Als dementieverpleegkundige krijg/heb je te maken met het nieuwe zorgstelsel. Mensen met een complexe langdurende problematiek zullen een beroep doen op allerlei zorgvormen. Ze krijgen te maken met indicatiestellingen door het CIZ / AWBZ of gemeenten op gebied van WMO en de via aanbestedingen aangewezen zorginstellingen. De cliënt zal veel meer eigen besluiten moeten gaan nemen over de zorg die ze nodig denken te hebben. De regie van het eigen leven wordt nadrukkelijk bij het individu gelegd en de verzorgingsstaat lijkt te worden afgesloten.

In veel gevallen is de cliënt niet goed in staat om deze regie zelfstandig uit te voeren en zal daarbij ondersteuning nodig blijken te hebben. Deze regieondersteuning zal een belangrijke taak kunnen zijn van casemanagement. Welke wet- en regelgeving kan je hierin gebruiken. De regels waarmee de casemanager rekening moet houden, worden omschreven in de wetgeving. Op internet zijn alle wetten uitgebreid te vinden, bijv. op de site van het ministerie voor VWS (<http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws>). Kennis van wet- en regelgeving kan in (complexe) zorgsituaties uitkomst bieden.

Wat te doen als een cliënt een gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving. Wat zijn eigenlijk de rechten en plichten van je cliënt.

Leerdoelen

De cursist kan:

- ❑ De belangrijkste wetten met consequenties voor casemanagement in de gezondheidszorg, toelichten en hanteren.

Vorbereiding

Lees uit het boek:

Jonker, C. e.a. (2009) Handboek dementie. Laatste inzichten in diagnostiek en behandeling. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

- ❑ Hoofdstuk 16, Juridische aspecten.

Inholland Academy Amsterdam

Via My Academy:

Alzheimer Nederland, 2015, Rechtsbescherming bij dementie.

Aanbevolen internet:

- [Beginselen en vuistregels bij Wilsonbekwaamheid bij oudere cliënten met complexe zorg](#)
- [Wetsvoorstel Zorg en Dwang](#)

U bevindt zich hier: » [Publicaties](#) » Publicaties - folders

Publicaties - folders

[Algemeen](#)
[Client en recht](#)
[Behandeling bij dementie](#)
[Over dementie](#)
[Terug naar startpagina publicaties](#)

Algemeen

[Algemene folder van Geriant](#)
[Folder DOC-centrum](#)
[Geheugenklachten? Geriant helpt](#)

[Naar boven](#)

Client en recht

[Folder klachtenregeling Geriant](#)
(zie voor meer documenten over klachtrecht de pagina [klachten](#))
[Privacyreglement Geriant](#)
[Folder 'Cliëntenraad'](#)
[Brochure BOPZ-klachtrecht en pvp DOC-centrum](#)
[Brochure IBS DOC-centrum](#)
[Brochure RM \(VM en VVM\) DOC-centrum](#)
[Folder financiën en recht bij dementie](#)

[Naar boven](#)

(Ctrl + klikken voor koppeling naar Stichting Geriant, Client en recht)

Bijeenkomst

Een rechter voornamelijk belast met Bopz zaken en tevens (ex-)casemanager Dementie gaat met jullie de wetten BOPZ; WGBO en zaken als mentorschap, bewindvoering en curatele aan de hand van casuïstiek bespreken.

6.1 Certificering + evaluatie

Toetscriteria

De deelnemers hebben een **aanwezigheidsplicht**.

De deelnemer heeft deze cursus voltooid, indien:

- voldaan is aan de eis van 80% aanwezigheid bij de bijeenkomsten;
- 2 praktijkopdrachten met een voldoende zijn beoordeeld

Praktijkopdrachten

De deelnemers zijn verplicht **2 praktijkopdrachten** te maken en te uploaden om door een docent te laten beoordelen. De praktijkopdrachten worden gecorrigeerd en moeten allen met een voldoende worden afgerond. Bij een onvoldoende beoordeling van een praktijkopdracht moet deze nogmaals worden gemaakt en ingeleverd.

Indien aan bovengenoemde eisen wordt voldaan ontvangt de deelnemer een certificaat van Inholland Academy. Accreditatiepunten in het Kwaliteitsregister van V&VN (36 PE punten) kunnen worden bijgeschreven indien de deelnemer staat ingeschreven in het register en zijn/haar registratienummer heeft doorgegeven. Inholland voert in PE online de presentie in.

De inleverdatum van de praktijkopdrachten is 2 weken voor de laatste cursusdag (uploaden in Pdf via My Academy). Binnen 15 werkdagen na het inleveren van de eindopdracht wordt de uitslag bekend gemaakt, het certificaat toegestuurd en de PE punten doorgegeven aan PE online.

Evaluaties en kwaliteitsborging

Tijdens de laatste lesdag wordt u gevraagd uw bevindingen over onze opleidingen en cursussen kenbaar te maken via een standaard evaluatieformulier. De evaluatieformulieren worden binnen een paar dagen na afname elektronisch verwerkt tot een rapport. De accountmanager en / of opleidingscoördinator ontvangen het rapport. Het rapport wordt besproken met de betrokken docent(en).

Indien daar aanleiding voor is, bespreekt de accountmanager, opleidingscoördinator of docent punten die naar voren zijn gekomen in de evaluatie tijdens de les. Waar nodig worden verbeteracties ingezet.

Klachtenprocedures

Op alle cursussen, trainingen, opleidingen van Inholland Academy is een klachtenprocedure van kracht. Klachten geven belangrijke informatie over hoe de organisatie er voor staat en of en zo ja op welke punten er verbeteringen nodig zijn.

De klachtenprocedure dient altijd te zijn opgenomen in cursusmateriaal / opleidingsgids e.d.. De management assistent van de directeur van Inholland Academy is aangesteld als klachtencoördinator.

De klachtenprocedure is opgenomen in de bijlage.

6.2 Voorziening dementie, ontmoetingscentra, Alzheimer café, lotgenoten contact

Inleiding

Leerdoelen

Vorbereiding

Bijeenkomst

6.3 Multidisciplinaire samenwerking a.d.h.v. sociale kaart eigen regio, transmurale zorgbrug

Inleiding

Een van de kenmerken van casemanagement is dat het teamwork is. De casemanager / wijkverpleegkundige werkt zoveel als mogelijk is met de cliënt en met de leden van diens sociale netwerk in hun rol als medeleden van het uitvoeringsteam en met vertegenwoordigers van verschillende disciplines samen. De casemanager / wv zet een integratief proces in gang waarbij alle betrokkenen reageren op de geïdentificeerde behoefte(n) en het daaruit afgeleide hulpverleningsplan.

Casemanagement bij dementie is bij voorkeur samenwerken. Kennis van de sociale kaart en goede

relaties met samenwerkingspartners zijn daarom gewenst.

Vanuit de COMPAS- studie wordt er onderscheid gemaakt naar grofweg twee soorten casemanagementmodellen:

1. het geïntegreerde model (Intensieve casemanagement model ICMM)
2. het netwerk model (Linkage model LM).

Casemanagers binnen het eerste model werken in veel gevallen binnen een multidisciplinaire setting met bijvoorbeeld een Specialist ouderengeneeskunde of gz- psycholoog.

Casemanagers in het tweede model kunnen soms niet terugvallen op andere disciplines. Cliënten en mantelzorgers hebben nogal eens met veel verschillende organisaties en hulpverleners te maken. De casemanager dementie heeft hier een sturende en coördinerende rol in.

Diverse regio's experimenteren met digitale applicaties om informatie tussen hulpverleners van diverse instellingen met elkaar te delen.

Een krachtig instrument is het periodiek houden van gesprekken met de mantelzorger en met (vertegenwoordigers van) alle betrokken hulpverleners. In deze gesprekken kan de zorg van de afgelopen periode worden geëvalueerd.

Leerdoelen

De cursist:

- ☐ kent strategieën om netwerkcontacten aan te gaan en te onderhouden.
- ☐ is bekend met de ouderenzorg in het algemeen en de sociale kaart van het werkgebied in het bijzonder.
- ☐ kent de eigen mogelijkheden en beperkingen wat betreft de te verlenen zorg, is een ketenspeler en schakelt waar nodig anderen in.
- ☐ Zijn/haar sociale kaart optimaliseren t.b.v. zorgverlening aan cliënt en mantelzorger;
- ☐ Verdieping aanbrengen in de eigen beeldvorming m.b.t. samenwerken en de (huidige) domeinstrijd te relativeren.
- ☐ Aspecten benoemen die bij de ketenzorgverlening aan cliënten met dementie en mantelzorg belangrijk zijn.
- ☐ bespreekt en evalueert de verleende zorg multidisciplinair.
- ☐ houdt actief contact met ketenpartners en andere hulpverleners (relevant voor dementie).
- ☐ kan knelpunten in de samenwerking bespreekbaar maken.
- ☐ onderneemt actie als de zorg van derden niet goed verloopt.
- ☐ geeft consultatie aan collega-zorgverleners.

Vorbereiding

Bestudeer uit het boek:

Jonker, C. e.a. (2009) Handboek dementie. Laatste inzichten in diagnostiek en behandeling. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

- ☐ Hoofdstuk 08, Ketenzorg.

Lees van MyAcademy:

- ☐ Uit de NHG-praktijkwijzer Ouderenzorg, bijlage B4 Sociale kaart (niet nodig bij digitale sociale kaart).
- ☐ Hugo van Waarde, Samen om de tafel, het thuis team Dementie, Denkbeeld, december 2013.

Aanbevolen (op MyAcademy):

- ☐ KNMG e.a. De handreiking 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' januari 2010.
- ☐ J. MacNeil Vroomen, e.a. (2015) Community-Dwelling Patients With Dementia and Their Informal Caregivers With and Without Case Management. JAMDA

- ☐ Een overzicht van het aanbod van diensten van de verschillende instanties en hulpverleners;
- ☐ Openingstijden en spreekuurtijden van diverse instellingen en zorgverleners;
- ☐ Voorwaarden voor hulpverlening: intake of verwijzing. Evt. onkosten.

Bijeenkomst

Tijdens de bijeenkomst zullen de volgende 10 stellingen worden besproken

1. Casemanagement zou breder ingezet moeten worden, niet alleen voor mensen met dementie maar vooral voor kwetsbare ouderen.
2. De huisarts en praktijkondersteuner zijn de juiste professionals om casemanagement bij dementie aan te bieden
3. De functie van casemanager dementie kan alleen door verpleegkundigen vervuld worden
4. In het voor- en begin stadium van dementie voldoet zorg van de wijkverpleegkundige
5. Goed Casemanagement bij dementie vraagt ondersteuning van een specialist ouderengeneeskunde en een psycholoog.
6. De casemanager dementie behoort te participeren in de ziektediagnostiek.
7. Casemanagement bij dementie is duurder als reguliere zorg.
8. Een casemanager dementie voert onderdelen van behandeling uit.
9. Cliënten met ernstige gedragsproblemen hebben een casemanager nodig van de GGZ.
10. Een goede casemanager dementie begeleid cursusgroepen voor mantelzorgers.

Vervolgens zullen een aantal lesactiviteiten plaatsvinden.

Lesactiviteit 1. Het belang van ketensamenwerking in ambulante dementiezorg

Wat loopt er goed in jouw keten in de samenwerking? Wat kan beter?

Hoe werk je samen met naaste collega's die werken als casemanager dementie / wv voor een andere organisatie? Overleg even 10 minuten met degene naast je. Noem drie punten die de samenwerking hierin bevorderen. Noem drie mogelijkheden om die samenwerking moeilijker te maken.

Lesactiviteit 2. Samenwerking met ketenpartners in de Eerstelij

Hoe werk je samen met de huisarts en praktijkondersteuner? Hoe zal de huisarts naar de casemanager dementie / wv kijken? Wat zijn behoeften van een huisarts?

Hoe is jouw samenwerking met de GGZ? Wat gaat goed? Waar ervaar je problemen?

Hoe is jouw samenwerking met de (thuis) Zorg en Welzijn? Wat gaat goed? Waar ervaar je problemen?

Lesactiviteit 3. Verbeteren van samenwerking in de keten

Hoe is het mogelijk om beter samen te werken? Formuleer twee adviezen voor bestuurder/beleidsmakers in jouw keten om beter samen te kunnen werken.

Afsluiting en evaluatie

Bijlage 1. Klachtenprocedure

Achtergrond klachtenprocedure

Inholland Academy hecht veel waarde aan een goede klachtenprocedure. Hieronder vindt u beschreven welke procedure Inholland Academy hanteert voor het behandelen en afhandelen van klachten. Klachten worden altijd vertrouwelijk behandeld.

Klachtenprocedure Inholland Academy

Stap 1

Probeer altijd eerst om de klacht met de direct betrokkene te bespreken. Vaak komen klachten voort uit wederzijds onbegrip of onvoldoende communicatie. Maak de klacht daarom kenbaar aan de persoon waarop de klacht betrekking heeft (docent, medewerker) of aan het secretariaat. Probeer in goed overleg tot een oplossing te komen.

Stap 2

Als stap 1 niet het gewenste resultaat oplevert, kunt u mondeling of via e-mail een klacht indienen bij de verantwoordelijke opleidingscoördinator of accountmanager. Er wordt binnen vijf werkdagen persoonlijk contact met u opgenomen.

Stap 3

Als bovengenoemde stappen niet tot het gewenste resultaat leiden, kunt u schriftelijk een officiële klacht indienen bij de klachtencoördinator. Vermeld in alle gevallen bij het indienen van een schriftelijke klacht:

1. Uw naam en adres
2. Uw telefoonnummer waarop u overdag bereikbaar bent en uw e-mailadres
3. De opleiding, cursus of workshop die u volgt (of hebt gevolgd)
4. Een duidelijke omschrijving van de klacht en eventuele bewijsstukken

Een klacht moet binnen drie jaar na beëindiging van de opleiding, cursus of workshop zijn ingediend.

U kunt uw klacht sturen naar het volgende adres:

Inholland Academy
T.a.v. Klachtencoördinator
Postbus 403
1800 AK Alkmaar

Binnen vijf werkdagen ontvangt u schriftelijk een bevestiging van ontvangst. Er wordt zo snel mogelijk, doch uiterlijk binnen tien werkdagen, persoonlijk contact met u opgenomen. De klacht wordt inhoudelijk door de directeur van Inholland Academy afgehandeld. De behandeling van de klachtenprocedure neemt maximaal 4 weken in beslag.

Indien de termijn van 4 weken niet kan worden gehaald, bijvoorbeeld omdat er nader onderzoek is vereist, wordt u hierover schriftelijk geïnformeerd door de klachtencoördinator. In deze brief staat om welke reden(en) de termijn van 4 weken niet kan worden gehaald. Tevens wordt er aangegeven op welke termijn uw klacht wel kan worden afgehandeld.

Indien u niet tevreden bent over de klachtenafhandeling door de directeur van Inholland Academy kunt u zich wenden tot een onafhankelijke klachtencommissie, namelijk: Geschillencommissie Particuliere Onderwijsinstellingen (onderdeel van De Stichting Geschillencommissies Consumentenzaken).

De uitspraken van deze klachtencommissie zijn bindend. Inholland Academy zal conform de uitspraak van de klachtencommissie handelen.

U kunt in dat geval contact opnemen met:

Geschillencommissie Particuliere Onderwijsinstellingen

Postbus 90600

2509 LP Den Haag

T: 070-3105310 (maandag t/m vrijdag van 9.00 tot 17.00 uur)

F: 070-3658814

U kunt uw klacht ook indienen via de website van de Geschillencommissie Particuliere Onderwijsinstellingen:

www.degeschillencommissie.nl

Referenties

- i) Alzheimer Nederland. Cijfers en feiten over dementie. Amersfoort: 13 juni 2017. (<https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/factsheet-dementie-algemeen.pdf>)
- ii) http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2017/Trendscenario_VTV_2018_identificeert_maatschappelijke_opgaven_voor_de_toekomst.
- iii) www.dementiezorgvoorelkaar.nl
- iv) Peeters J.M., Francke A.L., Pot A.M., Organisatie en invulling van “casemanagement dementie” in Nederland. Verslaglegging van een landelijke peiling onder regionale projectleiders. Utrecht: Nivel, 2011. (<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-organisatie-casemanagement-dementie.pdf>)
- v) visie RPD regio West-Brabant; H. Alofs, A. Keij, Y. Faber en G. Jansen, 4 juli 2016 (<http://mgz.venvn.nl/Portals/30/Vakgroepen/Casemanagers%20dementie/2017/Visie%20CMD%20GV%20GC%20en%20Specifieke%20expertise%20RPD%20West%20Brabant.pdf?ver=2017-07-07-193104-783×tamp=1499448685077>).