

**Cursus Ouderenzorg – Hogeschool Viaa
Zwolle**

**Zorg voor ouderen in de
eerste lijn – oktober 2019**

Programma coördinator: Gerda Brummel
Auteurs: Gerda Brummel
Meelezer: Annette Jansma
Oktober 2019

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Achtergronden	4
Visie en doelstellingen van de cursus ouderenzorg in de eerste lijn	7
Verplichte literatuur	7
Planningsoverzicht	8
Bijeenkomst 1.....	9
Huiswerkopdracht voor bijeenkomst 2.....	13
Bijeenkomst 2.....	14
Huiswerkopdracht voor bijeenkomst 3.....	18
Bijeenkomst 3.....	19
Bijeenkomst 4.....	22
Literatuurlijst.....	25
Internetsites	26
Bijlage 1 – Crisissituaties	27
Bijlage 2 – Format assessment ouderen/zorgbehandelplan	30

Voorwoord

Wij heten je van hartelijk welkom op de cursus 'zorg voor ouderen in de eerste lijn'. Deze cursus is in eerste instantie ontwikkeld voor (verpleegkundige) praktijkondersteuners (POH) maar gezien de inhoud en praktische invulling is de cursus ook geschikt voor wijkverpleegkundigen. Praktijkondersteuners, (wijk)verpleegkundigen en de huisartsen moeten complexe situaties kunnen overzien, eigen afwegingen kunnen maken en het beleid daarop afstemmen. Functioneren op hbo-niveau is noodzakelijk, bij voorkeur in combinatie met een verpleegkundige vooropleiding om zorgproblematiek goed in te kunnen schatten. (Medische) zorg, wonen en welzijn zijn sterk met elkaar verweven. Kennis van geriatrische problematiek, sociale kaart, inrichting van het zorgstelsel, regelingen en het aanvragen van indicaties zijn onmisbaar voor een mogelijk takenpakket in de ouderenzorg. De POH-ouderenzorg kan een op zichzelf staande functie zijn binnen de huisartsenzorg afhankelijk van de lokale situatie en de keuzes die een huisarts maakt, met betrekking tot de samenstelling van het team. Er kan nauw samengewerkt worden met de POH-chronische zorg en POH-Geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

In deze cursus sluiten wij ons aan bij de standpunten van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) met betrekking tot sterke medische zorg voor ouderen. Het NHG omschrijft hoe deze zorg eruit zou moeten zien en wat dat betekent voor werkwijzen en de organisatie in de huisartsenpraktijk. De huisarts heeft een actieve rol, bijvoorbeeld voor casefinding of diagnostiek. Als regisseur is de huisarts altijd op de achtergrond betrokken en stuurt en bewaakt de activiteiten van de POH en van andere betrokken hulpverleners. Er zijn verschillende taakgebieden waar u in de huisartsenpraktijk mee aan de gang kunt gaan waaronder versterking van huisartsenzorg in het verzorgingshuis, periodieke medicatiebeoordeling, vroegtijdige opsporing en proactieve zorg voor kwetsbare ouderen en casemanagement van specifieke doelgroepen van ouderen.

De cursus bereidt jou verder voor op het inzetten van instrumenten in uw dagelijkse praktijk. Hiermee is het mogelijk kwetsbare ouderen vroegtijdig op te sporen en systematisch hun functioneren in praktijk te brengen op het gebied van gezondheid, wonen en welzijn. Samen met de oudere en zijn naasten, huisarts en andere hulpverleners in de eerste (en zo nodig tweede) lijn kan een zorg- en behandelplan opgesteld worden.

In de tekst wordt de praktijkverpleegkundige of praktijkondersteuner benoemd als praktijkondersteuner huisartsen en afgekort met POH. Hier kan ook de verpleegkundige en/of wijkverpleegkundige gelezen worden. Waar *zij* of *haar* staat kan ook *hij* of *zijn* gelezen worden.

Zorg voor ouderen in de eerste lijn

Achtergronden

Het is bekend dat de zorg voor een groot deel zorg voor ouderen is. Dit zal de komende jaren verder toenemen. Uit het onderzoek van prof. Dr. Marieke J. Schuurmans, hoogleraar Verplegingswetenschap, bleek dat in de hbo-verpleegkunde opleidingen thema's rond oudere zorgvragers 'te weinig en te weinig expliciet' aan bod komen. In deze cursus willen we diep ingaan op de geriatrie en gerontologie zodat je als verpleegkundige daadwerkelijk het beloop van specifieke gezondheidsproblemen bij ouderen kunt monitoren en waar mogelijk gunstig kunt beïnvloeden.

Vinden ouderen andere zaken belangrijk dan verpleegkundigen? Er kan een discrepantie ontstaan tussen de verwachtingen van de oudere en de zorgverlener. 'Uit meerdere onderzoeken blijkt, tegen de verwachting in, dat oudere mensen zich goed voelen. Dit noemt men de paradox van het ouder worden. Ouderen vinden plezier in hun leven en zijn tevreden. Hoe doen ze dat?' (Visser, Deeg, Van Asselt & Van der Sande, 2016). De eerste opdracht voor jou als cursist in deze cursus zal zijn: ga eens inventariseren wat ouderen belangrijk vinden in hun leven en wat jij als professional belangrijk vindt. Wij willen vooral op zoek gaan naar mogelijkheden voor professionals om ouderen **te zien** en **te horen**. Dit vraagt van een professional een proactieve houding en een pioniersgeest om buiten de regels en muren van instituties te kijken en te opereren.

In Nederland neemt het aantal ouderen dus toe. In 2040 zullen er 4,6 miljoen 65-plussers zijn. Door de vergrijzing worden steeds meer mensen vroeg of laat afhankelijk van zorg (Rijksoverheid, 2016). "Het is geen kunst om oud te worden, het is een kunst om er mee te leven" (Goethe). Soms hoor je oudere mensen deze opmerking weleens maken. Met andere woorden: oud worden gaat vanzelf, maar de gezondheidsproblemen die zich daarbij voordoen vallen niet altijd mee. Mensen gaan heel verschillend om met het ouder worden en de bijbehorende processen van achteruitgang en verlies – dit is erg afhankelijk van de persoonlijkheid en socialisatie van de betreffende zorgvrager. Voor jou als zorgverlener is het van belang zorgvuldig stil te staan bij wie de oudere is en die tools in huis te hebben die het mogelijk maken om op professionele wijze goede zorg te geven.

Veel ouderen lijden aan meerdere aandoeningen tegelijk – multimorbiditeit – en dreigen verstrikt te raken in hun eigen medische situatie. Zorg voor ouderen vraagt om een speciale aanpak. Co- en multimorbiditeit leidt in veel gevallen tot beperkingen in het functioneren; psychisch, lichamelijk en sociaal. De medische zorg voor thuiswonende ouderen is vooral een taak voor de huisarts en de eerste lijn, aldus de gezondheidsraad. In het behandelplan moet staan welke zorg de patiënt moet krijgen van zorgverleners uit de eerste en de tweede lijn en eventueel het verpleeghuis. Wie gelijktijdig hulp ontvangt van verschillende medisch specialisten en andere zorgverleners loopt het risico onsamenvangende zorg te krijgen, en soms zelfs een verkeerde behandeling¹.

De visie Huisartsenzorg voor ouderen (2017) presenteert een ambitieus beeld van de huisartsenzorg voor ouderen. Proactieve, persoonsgericht en samenhangende zorg – gericht op ondersteuning van een goede kwaliteit van leven van de oudere – is uitsluitend mogelijk als aan een aantal randvoorwaarden is voldaan. Die randvoorwaarden zijn: voldoende tijd en middelen, goede lokale netwerkpartners en lokale voorzieningen (korte en langdurige opnames, voorzieningen vanuit de gemeenten) die de zorg mede leveren en ondersteunen (zoals thuiszorg en opnamemogelijkheden). En niet te vergeten: voldoende personeel met de juiste competenties en vaardigheden binnen de praktijk en in het netwerk (NHG, LHV, LAEGO, 2017).

¹ Sturkenboom, Y. Verpleging NU, augustus 2009, Zorg voor ouderen vraagt om speciale aanpak.

Huisartsen beschouwen de huisartsenvoorziening dus als de centrale plaats waar de regie voor de zorg aan kwetsbare oudere in de toekomst vorm moet krijgen. Gezien de positie van de huisartsenzorg (continuïteit, integrale zorg en zorg voor het totale medisch dossier) lijkt dat niet onlogisch, maar er dient dan wel een kwaliteitsslag gemaakt te worden. Landelijk en gemeentelijk wordt steeds meer gesproken over casemanagement bij ouderen met complexe problemen. De huisartsenvoorziening met de POH kan hiervoor de aangewezen plaats zijn. De POH-ouderenzorg (nieuwe naam zonder bestaansrecht) kan een prominente rol spelen, als eerste contactpersoon, bij vroege signalering en bij begeleiding van de kwetsbare ouderen, door de hele situatie waarin de oudere zich bevindt in kaart te brengen, inclusief leefstijl en sociaal netwerk.

In 2015 hebben steeds minder mensen recht op een plek in een instelling. Alleen de meest kwetsbare patiënten die permanent toezicht en 24-uurzorg nabij nodig hebben, komen hiervoor in aanmerking. Sociale wijkteams zijn sinds januari 2015 werkzaam. Deze teams zijn samengevoegd door de gemeente en hierin participeren medewerkers met verschillende expertises. Bij het wijkteam kan men terecht met hulpvragen over: opvoeden, opgroeien, hulp en ondersteuning, hulpmiddelen, dagbesteding, mantelzorg, werk en inkomen, vrijwilligerswerk en ontmoeten (Sociaal wijkteam Zwolle, 2015). De *Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)* kent de noodzaak van grotere efficiency omdat de zorgvraag toeneemt en de middelen niet navenant toenemen².

Kernprobleem vanuit de huisartsen gezien, vormt *de organisatie en de coördinatie van de zorg aan kwetsbare ouderen*, zowel thuis als in ouderencomplexen. Het ontbreekt hier momenteel aan duidelijke regie en aan een financieel beleidskader waarbinnen afspraken kunnen worden gemaakt. De huisartsen zien ook dat de monitoring van kwetsbare ouderen in de thuissituatie onvoldoende functioneert of daar waar deze functioneert langs hen heen gaat. Er wordt nog onvoldoende gebruik gemaakt van praktijkondersteuning voor de doelgroep ouderen. Een rol voor praktijkondersteuning wordt gezien, maar het idee hoe zoiets in te richten en uit te voeren ontbreekt. De wijkverpleegkundige kan van grote betekenis zijn maar niet iedere huisarts werkt samen met een vaste wijkverpleegkundige. Daarnaast 'trek je niet zomaar een blik wijkverpleegkundigen open', die stevig genoeg in de schoenen staan om dit werk goed te doen (Ritmeijer, 2014).

De POH wordt al regelmatig ingezet in de huisartsenpraktijk bij geriatrische problematiek. Zij bezoeken kwetsbare ouderen in de thuissituatie en/of verzorgingshuis, maken gebruik van screeningsformulieren (zoals MMSE), regelen zorg via gemeente en CIZ-indicaties etc. De zorg is nog niet geprotocolleerd en de vraag is of er voldoende ruimte is binnen de generieke taken van de POH Zaken zoals medefinanciering door verzorgingshuis, afspraken met de zorgverzekeraar voor een aanvullend aanbod voor proactieve screening of casemanagement zijn niet overal aan de orde. Een beroep doen op WMO gelden van de gemeente voor mantelzorgondersteuning en proactieve screening zou ook tot de mogelijkheden kunnen behoren.

In 2008 is het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO), 'beter oud' van start gegaan. Dit programma tracht de zorg voor (kwetsbare) ouderen met complexe hulpvragen te coördineren en te verbeteren. Vele landelijke en regionale organisaties, waaronder het NHG en het landelijk netwerk van kaderhuisartsen ouderengeneeskunde (Leago) participeren hierin met een gezamenlijk doel: een samenhangend zorgaanbod dat beter is afgestemd op de individuele behoeften van ouderen. Bekijk vooral de uitkomsten en de inzichten van vele projecten op <http://www.beteroud.nl/ouderen/nationaal-programma-ouderenzorg-npo.html> In de periode van 2005 -2008 hebben 57 regio's in het land hun dementiezorg verbeterd met ondersteuning van het Landelijk Dementie Project. Hieruit zijn 14 probleemgebieden naar voren gekomen waarvan een landelijke top 5 is samengesteld, die nog steeds actueel zijn.

² Gemeente WMO, Eitjes H, Maar van C, Trajectverkenning ouderenzorg, mei 2007, Bureau Readelijn

1. bang, boos en in de war (omgang met gedrag- en stemmingsproblemen).
2. Het wordt me teveel (overbelasting van de mantelzorgers).
3. Weerstand tegen opname (opzien en zich verzetten tegen opname in een verpleeghuis).
4. Niet pluisgevoel/ wat is er aan de hand.
5. Miscommunicatie met hulpverleners.

In het dementieproject IJssel-Vecht werken zorgorganisaties uit de gemeenten Kampen, Zwartewaterland, Staphorst, Dalfsen, Heino/Wijhe en Zwolle samen met de regionale afdeling van Alzheimer Nederland, aan verbeteringen in de zorg voor mensen met dementie en hun naasten. Dit is vastgelegd in het streefbeeld voor optimale dementiezorg in de regio IJssel-Vecht.

De diagnostiekfase in het dementieproces is erg belangrijk voor de zorgketen. Voor de cliënt en mantelzorger is het van belang dat zij zo spoedig mogelijk een zorgbegeleider/ casemanager toegewezen krijgen die de zorg in de thuissituatie regelt, coördineert en evalueert. Het doel van zorgbegeleiding is de cliënt met een dementieel beeld zo lang mogelijk in de thuissituatie te houden en crisissituaties te voorkomen. Voor cliënt en mantelzorger wordt één contactpersoon toegewezen. Dit is een zorgverlener die al betrokken is bij de cliënt en is naast zorgverlener ook casemanager. Afhankelijk van welke organisatie zorg verleent, is dit een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, wijkverpleegkundige, een maatschappelijk werkende verbonden aan een verpleeg- en verzorgingshuis of een praktijkondersteuner van de huisarts (POH).

In het politieke beleid zou er meer geld beschikbaar moeten komen voor ouderen. Dit biedt kansen maar als kritische kanttekening moet genoemd worden dat samenwerking in de keten en transparantie cruciaal dienen te zijn. Sommige zaken zoals indicaties aanvragen ten aanzien van dagbesteding, dagbehandeling en crisissituaties vragen specialistische kennis. Hierbij is afstemming tussen zorgaanbieders, verzekeraar en zorgverleners nodig. Het belangrijkste blijft: wat wil de oudere van de toekomst zelf en hoe houden we de zorg betaalbaar?

Visie en doelstellingen van de cursus ouderenzorg in de eerste lijn

Visie

Zorg voor ouderen vraagt een speciale aanpak:

- Door zorg (problemen) gestructureerd en basaal op huisartsenniveau aan te pakken kunnen problemen voorkomen dan wel gevonden worden;
- Omdat multi-morbiditeit leidt tot beperkingen in het lichamelijk en psychosociaal functioneren;
- Hogeschool Viaa wil de professional de gelegenheid geven om zich breed te oriënteren op veroudering en de gevolgen daarvan op het individu (scholing en bewustwording);
- Omdat de mens achter de zorgvrager belangrijk is en dat leeftijd maar een betrekkelijk gegeven is (we werken vanuit een belevingsgerichte benadering).

Binnen de praktijkondersteuning in de huisartsenzorg mag er meer gestructureerde aandacht zijn voor de doelgroep ouderen. De professionals in de huisartsenpraktijk kunnen een eigen herkenbaar aanspreekpunt zijn, met kennis en vaardigheden, gericht op deze doelgroep.

Hoofddoelen

De cursist:

- Verwoordt wat de zorgverlening aan ouderen inhoudt vanuit aanbod, vraag, visie, attitude, autonomie en de organisatie van de zorgverlening;
- Is in staat om een verbetering van vroege signalering van kwetsbaarheid bij ouderen te hanteren en leert om methodieken en meetinstrumenten binnen de geriatrische anamnese ten behoeve van zorg- en ziektediagnostiek toe te passen;
- Heeft kennis van de internationale classificatie van het menselijk functioneren (ICF) welke bestaat uit functies, activiteiten, participatie, externe en persoonlijke factoren van een oudere en bespreekt de te verlenen zorg met de oudere (shared decision making);
- Oefent en beschrijft in een continu proces het klinisch redeneren in de onderwijsgroepen met behulp van de stappen: risico-inschatting, vroeg signalering, probleemherkenning, evidence-based interventie, monitoring en evaluatie.

Subdoelen

Na het volgen van de cursus kan de cursist:

- De cursist kan een analyse maken van wat er aan preventie, diagnostiek en behandeling van ziekten die oorzakelijk met veroudering samenhangen bekend is;
- Een aantal actuele trends en ontwikkelingen herkennen en benoemen die betrekking hebben op de ouderenzorg en kan een eigen visie verwoorden op deze trends en ontwikkelingen;
- Verwoorden welke methoden er zijn om medische, psychosociale en psychiatrische gezondheidsproblemen sneller te herkennen, diagnoses beter te stellen en adequater te reageren op zorgvragen;
- Het aanbod van de zorgaanbieders in de regio (sociale en professionele kaart) benoemen.

Verplichte literatuur

- Handboek Easycare. Vooraf te bestellen door cursist op <http://Easycare.nl/Easycare-handboek-bestellen/>
- Bakker, T., Habes, V., Quist, G., Van der Sande, J. & Van de Vrie, W. (2017) *Klinisch redeneren bij ouderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Aanbevolen literatuur

- Maurik-Brandon, S. van, Dam ten, V.H., Dautzenberg P.L.J., *Protocolaire ouderenzorg*, NHG, editie 2015 (nhg.org).

Cursus ouderenzorg in de eerste lijn

Planningsoverzicht

	Colleges	Onderwijsgroep (OWG)	Vaardigheidsonderwijs (VO)
Dag 1	<ul style="list-style-type: none">- Kennismaking- Uitleg cursus- Veroudering: Anatomie, fysiologie en pathologie- Dementie, depressie en delier- Empowerment- GGZ en ouderen- Afronding en voorbereiding dag 2	<ul style="list-style-type: none">▪ Casus (OWG 1) Geen fysieke problemen, geen dementie	<ul style="list-style-type: none">▪ Voorbespreking dag 2: in gesprek met ouderen
Dag 2	<ul style="list-style-type: none">- Mantelzorg- De oudere als cliënt, inclusief wet en regelgeving- Specialist ouderengeneeskunde	<ul style="list-style-type: none">▪ Casus (OWG 2) Problemen met mobiliteit en zelfzorg, lichte/matige dementie▪ Voorbereiden huiswerkopdracht week 3	<ul style="list-style-type: none">▪ In gesprek gaan met ouderen (NSM) nabespreken
Dag 3	<ul style="list-style-type: none">- Polyfarmacie bij ouderen	<ul style="list-style-type: none">▪ Gezamenlijke besluitvorming in complexe situaties (OWG 3)	<ul style="list-style-type: none">▪ Geriatrisch assessment (bespreken huiswerkopdracht)
Dag 4	<ul style="list-style-type: none">- Alcoholproblematiek bij ouderen- Levensende, palliatieve en terminale zorg- Leefstijl	<ul style="list-style-type: none">▪ Proactief handelen in palliatieve zorg (OWG 4)	

Bijeenkomst 1

De oudere als cliënt: het functioneren centraal

Overzicht dag 1

Zelfstudieopdracht (voor eerste studiedag bestuderen en voorbereiden)

Literatuur ter voorbereiding bestuderen (ongeveer 16 uur studiebelasting)

Literatuur bij hoorcolleges bestuderen en voorbereidingsopdrachten maken (ongeveer 8 uur studiebelasting)

Colleges dag 1

Hoorcollege Empowerment

Hoorcollege GGZ en ouderen

Hoorcollege veroudering anatomie, fysiologie en pathologie

Hoorcollege dementie, delier en depressie

Onderwijsgroepsbijeenkomst week 1

Geen fysieke problemen, geen dementie

Vaardigheidsonderwijs

Vaardighedenonderwijs in gesprek gaan met ouderen

Inleiding

Aan de (hoog)complexe zorg voor ouderen kunnen (wijk)verpleegkundigen en praktijkondersteuners een belangrijke bijdrage leveren. Om goede zorg te verlenen aan ouderen is een goed beeld van de belevingswereld een vereiste. Kennis van epidemiologie, geriatrie en gerontologie zijn ook belangrijk om ouderen en mantelzorgers te ondersteunen en een goede gesprekspartner te zijn met onder andere artsen. Aan de hand van het overheidsbeleid, zorg vanuit een belevingsgerichte visie en de organisatie van zorgverlening moeten wij ons herbezinnen op onze eigen houding in zorg voor ouderen.

In 'Aanbod huisartsenzorg voor ouderen', wordt het aanbod beschreven vanuit de toekomstvisie huisartsenzorg 2022 en de richtlijnen van de NHG en LHV over ouderenzorg (zie voorbereidingsliteratuur). In de bijeenkomst gaan we verder in op de vragen, hoe we kunnen handelen vanuit onze professie en hoe we kunnen zorgen dat we een welzijnsvraag niet met zorg oplossen?

Literatuur ter voorbereiding bestuderen (begin op tijd)

- Toekomstvisie huisartsenzorg 2022 <http://www.tkv2022.nl/>
- Aanbod huisartsenzorg voor ouderen: <https://www.lhv.nl/service/aanbod-huisartsenzorg-voor-ouderen>
- Wijkverpleging: <https://www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/wijkverpleging>
- Lees op <http://www.beteroud.nl/ouderen/nationaal-programma-ouderenzorg-npo.html> informatie over de NPO-projecten door en bekijk het onderzoeksinstrument topics-MDS.
- Bekijk de site www.Easycare.nl: bekijk het Easycare instrument voor professionals: trap 1, trap 2 en aanvullende instrumenten.
- Lees uit Bakker e.a. (2017). Klinisch redeneren bij ouderen (verplichte literatuur), hoofdstuk 6 en hoofdstuk 8 door, pag. 320 t/m 388.

Vorbereidingsopdracht (voor de bijeenkomst thuis voorbereiden)

Zoek een foto van een oudere waar jij wat mee hebt en neem deze mee naar de les. Bedenk wat deze oudere voor jou betekent en waarom hij of zij jou zo aanspreekt. *Aan de hand van deze foto willen we met elkaar kennismaken.* Bij deze voorbereidingsopdracht is het de bedoeling dat je jouw opvatting over ouderen, ouderdom en de rollen en verantwoordelijkheden van bij ouderen betrokken personen beschrijft. Betrek hierbij in ieder geval de volgende punten:

- Jouw stage- en/of werkervaringen met betrekking tot geriatrisch zorgvragers.
- Jouw – voorlopige – verpleegkundige visie op ouderen.
- Wat is de reden waarom je voor deze cursus gekozen hebt?
- Wat hoop je te leren?

Colleges dag 1

Hoorcollege 1 – Empowerment

Zoals bekend is de verwachting dat mensen steeds ouder worden. Zij zullen dus een relatief lang leven als oudere leiden. Wat hebben mensen nodig om ‘goed’ ouder te worden? En, wat betekent ‘goed’ ouder worden (Derkx, Maas en Machielse, 2011). Over het algemeen is men in de zorg gericht op dat wat er niet goed gaat. De visie op positieve gezondheid van Huber (2012) vraagt echter om meer aandacht voor mogelijkheden van mensen. Voor ouderen betekent dit meer aandacht voor de eigen kracht. De eigen kracht van ouderen mag meer worden aangesproken, bevorderd en versterkt. Er moet een verschuiving plaatsvinden van nazorg naar voorzorg. Hoe kunnen we ouderen ondersteunen om zo lang mogelijk gezond te blijven en zich gezond te voelen? Kan empowerment hierbij helpen?

Doelstellingen

1. De cursist benoemt welke vaardigheden nodig zijn om empowerment te hanteren in het contact met ouderen.
2. De cursist verwoordt wat het begrip empowerment inhoudt.
3. De cursist kan aangeven hoe empowerment gezien kan worden in relatie tot de visie op positieve gezondheid van Huber.

Vorbereidingsliteratuur

- Lees Empowerment van kwetsbare ouderen gaat altijd ook over zingeving via:
<http://www.socialevraagstukken.nl/empowerment-van-kwetsbare-ouderen-gaat-altijd-ook-over-zingeving/>

Vorbereidingsopdracht

Zoek op het internet, informatie over empowerment van ouderen. Beantwoord vervolgens de volgende vragen en neem de antwoorden mee naar de les:

- Wat houdt het begrip empowerment in?
- Wat houdt empowerment van (kwetsbare) ouderen in en wat betekent dit voor jou als verpleegkundige?

Hoorcollege 2 – GGZ en ouderen

Binnen de huisartsenpraktijk kan er bij een vermoeden van psychische problematiek (bijv. stressklachten, depressie, trauma, angst, relatieproblemen of rouwverwerking) worden verwezen naar een POH-GGZ. Tijdens een gesprek kan er besproken worden wat er verandering behoeft en hoe dit bereikt zou kunnen worden. Dit kan door een aantal gesprekken, begeleiding, kortdurende behandeling, informatie over mogelijkheden om zelfstandig aan de slag te gaan of door verwijzing naar een andere passende zorgverlener.

Doelstelling

1. De cursist benoemt wat een POH-GGZ kan bieden voor een oudere zorgvrager en hoe deze discipline een meerwaarde kan zijn in de huisartsenpraktijk.

Hoorcollege 3 – veroudering anatomie, fysiologie en pathologie

In deze bijeenkomst met de arts wordt aandacht besteedt aan normale veroudering en geriatrie (een vorm van geneeskunde die zich richt op preventie, diagnostiek en behandeling van ziekten die oorzakelijk samenhangen met veroudering of worden beïnvloed door veroudering).

De stoornissen die door ernst en frequentie de gezondheid en zelfstandigheid van de oudere mens het meest bedreigen zijn:

- Gestoorde mobiliteit.
- Gestoorde stabiliteit, vooral duizeligheid en vallen.
- Gestoorde communicatie, zoals slecht horen of zien.
- Psychische stoornissen.
- Incontinentie voor urine en faeces.

(Geriatrische reuzen: Inleiding Gerontologie en Geriatrie, 2007)

Van de bovengenoemde functionele beperkingen en psychische aandoeningen is kennis nodig om observatie van symptomen, inzicht in de behandeling en het omgaan met deze ziektebeelden te vergroten.

Doelstellingen

De cursist verwoordt:

1. Wat de normale veroudering biologisch en psychologisch inhoudt.
2. Wat er aan preventie, diagnostiek en behandeling van ziekten die oorzakelijk met veroudering samenhangen, bekend is.

Vorbereidingsliteratuur

Lees uit Bakker e.a. (2017). *Klinisch redeneren bij ouderen*. Houten: BSL.

Hoofdstuk 7 pag. 132 t/m 141 (ADL en IADL) en 150 t/m 162 (visus en gehoorproblematiek) en 181 t/m 200 (vallen en valpreventie) en 238 t/m 254 (incontinentie en obstipatie) door.

Hoorcollege 4 – dementie, delier en depressie

In dit hoorcollege gaan we onder andere kijken naar het geriatrisch syndroom delier. De eerste belangrijke stap is brede bewustwording van het belang en de noodzaak om een delier te herkennen. In Nederlandse ziekenhuizen wordt sinds enkele jaren een set van drie vragen gebruikt om het risico op delier vast te stellen (VMS Veiligheidsprogramma, 2009). Heeft u geheugenproblemen? Hebt u de afgelopen 24 uur hulp nodig gehad bij de zelfzorg? Zijn er eerdere opname of ziekteperiodes geweest dat u in de war was?

Dementie, delier en depressie worden vaak aan elkaar gekoppeld en dat heeft zijn redenen. De belangrijke overeenkomsten en verschillen helpen om inzicht te krijgen in preventieve activiteiten, vroeg signalering als ook het monitoren van deze aandoeningen.

Casus: Wijkverpleegkundige Anja komt bij een alleenstaande 89-jarige man die na herstel van zijn longontsteking nog af en toe in de war is. Hij woont op een tweede verdieping in de stad, maar ziet soms als hij naar buiten kijkt een groen weiland met koeien. Zijn dochter vraagt zich af of hij dement wordt.

Doelstelling

De cursist verwoordt hoe zij de verschillen en overeenkomsten tussen depressie, dementie en delier kan duiden.

Vorbereidingsliteratuur

- Bekijk de achtergronden van de MMSE, GDS, DOS en de kloktekentest in het Easycare handboek (in jullie bezit)
- Bekijk de tips van Pieter de Boer en zijn vrouw Grietje op www.dementienet.com/dementie/tips-bij-dementie
- Bestudeer: Dementie, delier en depressie: <https://www.nursing.nl/Global/Downloads/NURSING%20Delier%20dementie%20en%20depressie.pdf>

Onderwijsgroep dag 1

Geen fysieke problemen, geen dementie

Simon Kuiper is 87 jaar oud. Twintig jaar geleden verhuisde hij met zijn vrouw Liesje (84) naar een boerderijtje met een grote tuin op de Veluwe. Zijn vrouw heeft Alzheimer. Hun slaapkamer en badkamer zijn beneden.

Hun vier kinderen wonen redelijk in de buurt: maximaal op een half uurtje rijden. Ze komen regelmatig langs en bellen vaak. Bij calamiteiten schieten ze te hulp. Meneer en mevrouw Kuiper hebben goed contact met hun burens die een stukje verderop wonen.

Meneer Kuiper krijgt wekelijks bezoek van zijn oude kennissen, uit de tijd dat hij aan duivenmelken deed. Met hen neemt hij het nieuws door. Ook de tuinman komt regelmatig langs.

Zijn vrouw is graag in de tuin aan het werk; elke dag wel een paar uur. En zij zingt bij het koor in het nabijgelegen dorp Ugchelen. Koorleden uit de buurt komen haar ophalen.

Het winkelcentrum is 2,5 km verderop; te ver om te lopen. Meneer Kuiper mag in verband met zijn slechte zicht geen gewone auto meer rijden en heeft daarom een 15-km auto gekocht. Daarmee gaat hij boodschappen doen of kennissen bezoeken. Voor grote afstanden maken hij en zijn vrouw gebruik van een taxi. Boodschappen doet hij zelf, want zijn vrouw is vergeetachtig geworden. Zij komt met de verkeerde dingen thuis. Soms doen ze de boodschappen samen. Meneer Kuiper wordt wat stijver, maar wil graag zo fit mogelijk blijven. Hij beweegt daarom elke dag een half uurtje. Als het kan gaat hij naar buiten en bij slecht weer fietst hij op de hometrainer. Hij loopt zonder rollator.

Elke dag na de koffie zit meneer Kuiper thuis een poosje achter zijn computer. Omdat hij slecht ziet kost dat hem veel moeite en tijd, maar hij wil graag op de hoogte blijven van wat er in de wereld speelt. En hij onderhoudt op die manier contact met zijn kleinkinderen. Opstaan van zijn stoel gaat hem nog redelijk goed af, al is het op sommige dagen wat lastig. Hij voelt zich nog te goed voor een sta-op stoel. Meestal voelt meneer Kuiper zich gezond. Hij hoopt dat de dementie van zijn vrouw niet te snel vordert. Hij denkt erover de bovenverdieping van hun huis geschikt te maken voor inwonende hulp, zodat ze zo lang mogelijk in hun boerderijtje kunnen blijven. Op dit moment komt er tweemaal per week een hulp in de huishouding, springen de kinderen bij als het nodig is en redden ze zich verder nog goed zelf (TNO & zorginstituut Nederland).

Werkvorm tijdens de bijeenkomst

Lees de casus en geef aan wat er volgens jou zou moeten gebeuren om het functioneren van de oudere te optimaliseren. Wat zouden professionals, de sociale omgeving en de oudere zelf kunnen doen?

Vaardighedenonderwijs

Vorbereiding op dag 2.

Huiswerkopdracht voor bijeenkomst 2

Door de fragiliteit van de oudere patiënt moeten we alert zijn op veranderingen in de situatie. Het herkennen van signalen is arbeidsintensief en verlangt goed uit- en doorvragen en dat kost tijd. Met behulp van gevalideerde meetinstrumenten en observaties wordt er veel geduld, creativiteit en kennis van zorgverleners gevergd.

Deze opdracht staat in het teken van het verzamelen van informatie en het vaststellen van gegevens die nodig zijn om te komen tot het vaststellen van problemen, doelen en interventies. In veel methodieken wordt een anamnese gebruikt waarbij er vragen aan de cliënt gesteld worden, in dit geval de oudere zorgvrager. Het is echter goed om ook zicht te krijgen op de eigen perceptie van de cliënt. Een mooie manier om informatie te verzamelen en in gesprek te gaan is het stellen van zes vragen van het Neuman Systems Model (NSM) aan de cliënt. Ter voorbereiding op deze les stel je de zes vragen van het NSM aan een oudere in jouw werkomgeving. Vervolgens beantwoord je de vragen vanuit jou perceptie als zorgverlener.

Doelstellingen

1. De cursist is in staat de zes anamnese vragen van het NSM met een oudere uit de eigen omgeving te bespreken en vervolgens de vragen vanuit de eigen perceptie te beantwoorden.
2. De cursist reflecteert op de opdracht met de oudere.

Vragen Neuman Systems Model (NSM)

- Wat zijn volgens u de belangrijkste spanningsbronnen of gezondheidsproblemen?
- Op welke wijze verschillen uw huidige omstandigheden van uw gebruikelijke leefpatroon?
- Heeft u ooit eerder een soortgelijk probleem ervaren? Zo ja, wat was dit probleem en hoe bent u er toen mee omgegaan?
- Hoe ziet u gezien uw huidige omstandigheden uw toekomst tegemoet?
- Wat doet u op dit moment zelf en wat zou u kunnen doen om het probleem te verhelpen?
- Wat verwacht u van hulpverleners, familieleden, vrienden of andere voor u kunnen doen?"

(uit Verberk & Kuiper (2016) hoofdstuk 6: Het Neuman Systems Model: verpleegkundig proces de zes anamnesevragen, pag. 56 t/m pag. 59).

Vorbereidingsopdracht (thuis voorbereiden)

Ter voorbereiding op de les ga je in gesprek met een oudere uit jouw eigen praktijk en stel je de zes anamnesevragen van het NSM. Vervolgens beantwoord je de zes vragen vanuit jouw perspectief.

Leg de antwoorden op de vragen vast. Eventueel kun je de antwoorden opnemen. De antwoorden op de vragen geven inzicht in de perceptie van de oudere op stressoren en de gevolgen hiervan op het huidige functioneren en het functioneren in de toekomst (Verberk en Kuiper, 2016).

Wat levert de informatie je op? Wat leer je hiervan? Neem de uitkomsten mee naar de les.

Bijeenkomst 2

Kwetsbaarheid en kracht bij ouderen en passende zorg bieden

Overzicht dag 2

Zelfstudieopdracht

Huiswerkopdracht voor bijeenkomst 2: zes anamnesevragen NSM
Literatuur bij hoorcolleges bestuderen en voorbereidingsopdrachten maken.

Colleges dag 2

De oudere als cliënt; financiering en wet- en regelgeving
Specialist ouderengeneeskunde
Mantelzorg

Onderwijsgroepsbijeenkomst dag 2

Bespreken casus meneer van Buren
Voorbespreking huiswerkopdracht dag 3

Vaardigheidsonderwijs

Vaardighedenonderwijs nabespreken zes anamnesevragen NSM

Inleiding

Ouderen zijn belangrijke zorgvragers en behoren bij een sterk groeiende groep. Niet ieder heeft zorg en bemoeienis nodig op oudere leeftijd. Niet de leeftijd, maar de behoefte van de oudere moet centraal staan. Wanneer de professionals in de eerste lijn met ouderen te maken krijgen betreft het vaak ouderen die meerdere ziekten tegelijkertijd hebben. Soms gaat het om een combinatie van lichamelijke en psychische klachten, samen met het gebruik van verschillende geneesmiddelen. Deze combinatie van ziekten leidt tot een hoge kwetsbaarheid. Dit kan zich bijvoorbeeld uiten in vallen of verminderde zelfredzaamheid. Het is belangrijk om een goed beeld te krijgen van de te verwachten problematiek. Dit vergt kennis van bijvoorbeeld gezondheidsproblemen, vaardigheden zoals het afnemen van gestructureerde anamneses maar vooral een passende houding van de hulpverlener.

Volgens professor Slaets (hoogleraar ouderengeneeskunde) gaat het in de zorg voor ouderen om verlangengerichte zorg. De gezondheidszorg focust zich gewoontetrouw op zaken waar mensen last van hebben. Narigheden. "Leefplezier is veel belangrijker", stelt Slaets, daartegenover. Dat hangt samen met welzijn, de sociale omgeving, eenzaamheid en de woning van een persoon. "We moeten een welzijnsvraag niet met zorg willen oplossen", volgens Slaets.

'Daar waar bijvoorbeeld casefinding een geaccepteerde manier is om tot het opsporen van een probleemcasus te komen, is vanuit de gemeentes (welzijn en zorg) een populatiegerichte benadering van belang. Er zal ook moeten worden bezien, wat de huidige situatie binnen een hele groep mensen is, juist om het mogelijk te maken om vroegtijdig te ondersteunen en daar waar nodig actiever te interveniëren voordat de situatie te zeer verslechterd is. Ieder mens zal op termijn meer hulp nodig hebben. Dit moment van noodzaak van intensievere begeleiding en behandeling uitstellen is al een doel op zich. Dit betekent dat de progressie binnen het model van Slaets naar een meer intensievere en meer kostbare volgende stap wordt uitgesteld dan wel voorkomen' (Visiedocument Medrie, 2014).

We gaan in de komende bijeenkomst bekijken hoe we de behoeften van de oudere centraal kunnen stellen. Kennen we deze behoeften? Daarnaast willen we dat ondersteuningstypen naadloos op elkaar aansluiten (zorg, welzijn, wonen en financiën). In de trajecten zijn altijd vertegenwoordigers van

verschillende partijen betrokken om samenhang in de gehele keten te bewerkstelligen). Hoe werken we samen om toe te werken naar één huishouden, één plan en één centrale hulpverlener?

Kunnen we daarbij doelmatig monitoren: onderzoek om uitkomsten te meten en vast te stellen of de nieuwe manier van interventie/zorg aanbieden doelmatig is en tot effectieve en kwalitatief goede zorg leidt. Moeten wij bij bewezen ondoelmatigheid, direct stoppen?

Colleges week 2

Hoorcollege 5 – de oudere als cliënt, financiering en wet- en regelgeving

In het politieke beleid wordt er meer geld beschikbaar gesteld voor ouderenzorg. Dit biedt kansen maar als kritische kanttekening moet genoemd worden dat samenwerking in de keten en transparantie cruciaal dienen te zijn. Er wordt door verschillende disciplines langs er elkaar heen gewerkt en is er weinig overleg en afstemming tussen de verschillende instituten in de gezondheidszorg. Sommige zaken zoals indicaties aanvragen ten aanzien van dagbesteding, dagbehandeling en crisissituaties vragen specialistische kennis. Hierbij is afstemming tussen zorgaanbieders, verzekeraar en zorgverleners nodig. Sinds 2015 is de financiering ouderen en welzijn anders ingedeeld. De zorgverzekeringswet (Zvw), de wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) kom je tegen. Voor sommige onderdelen van de zorg is een eigen bijdrage vereist. Deze wordt door het centraal administratiekantoor (CAK) gevorderd.

In dit hoorcollege gaan we luisteren naar een gemeenteconsulent, waarin zij vertelt wat zij tegen komt in haar werk met ouderen.

Doelstellingen

1. De cursist benoemt de financieringsstromen in de ouderenzorg.
2. De cursist benoemt het overheidsbeleid ten aanzien van indicatiestelling en zorgaanbod via wet en regelgeving centrum indicatiestelling zorg (CIZ), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Wet langdurige Intensieve zorg (Wlz), zorgverzekeringswet (Zvw).
3. Het overheidsbeleid ten aanzien van ouderen, de procedure voor het aanvragen van zorg bij de gemeente, wijkverpleging en CIZ.

Vorbereidingsopdracht

- Lees het artikel via <http://www.vilans.nl/publicatie-werken-met-positieve-Gezondheid-brengt-persoonsgerichte-zorg.html>
- Vanuit bovenstaand artikel blijkt dat het goed is om te voelen wat Positieve Gezondheid inhoudt. Scoor de beleving van je eigen gezondheid aan de hand van het spinnenweb in zes dimensies. De volgende link kan een hulpmiddel zijn: <https://mijnpositievegezondheid.nl/#/>
- Lees hoofdstuk 9a door uit Bakker e.a. (2017). *Klinisch redeneren bij ouderen*. Houten: BSL. Pag. 390 t/m 404.

Hoorcollege 6 – specialist ouderengeneeskunde

Kernprobleem vanuit de huisartsen gezien, vormt *de organisatie en de coördinatie van de zorg aan kwetsbare ouderen*, zowel thuis als in ouderencomplexen. Het ontbreekt hier momenteel aan duidelijke regie en aan een financieel beleidskader waarbinnen afspraken kunnen worden gemaakt. De huisartsen zien ook dat de monitoring van kwetsbare ouderen in de thuissituatie onvoldoende functioneert of daar waar deze functioneert langs hen heen gaat. Er wordt nog onvoldoende gebruik gemaakt van praktijkondersteuning voor de doelgroep ouderen. Een rol voor praktijkondersteuning wordt gezien, maar het idee hoe zoiets in te richten en uit te voeren ontbreekt. De wijkverpleegkundige kan van grote betekenis zijn maar niet iedere huisarts werkt samen met een vaste wijkverpleegkundige. 'Daarnaast 'trek je niet zomaar een blik wijkverpleegkundigen open', die stevig genoeg in de schoenen staan, om dit werk goed te doen' (Ritmeijer, 2014). Een specialist ouderengeneeskunde (SO) kan veel betekenen in de

zorg voor ouderen thuis. Een SO heeft veel specialistisch kennis van de zorg voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken met verschillende gezondheidsproblemen.

Een specialist ouderengeneeskunde (SO) kan ingezet worden voor: cognitieve achteruitgang: hulp bij de diagnostiek van dementie, onbegrepen gedrag bij dementie, verwardheid (delier), apathie, hallucinaties, wanen, afwerende gedrag. Algehele achteruitgang: bij multimorbiditeit, polyfarmacie, vallen, chronische neurologische aandoeningen, late gevolgen van CVA. Maatschappelijke aspecten: advies over zorg, opname en indicatie, wilsbekwaamheid. Advance care planning: op tijd bespreken wat iemand zelf nog wil, levenseindevragen, palliatieve zorg, ziekenhuisopnames voorkomen (Verenso. Handreiking Samenwerken huisarts en SO van LHV en Verenso, 2016).

Doelstelling

1. De cursist kan benoemen wat een specialist ouderengeneeskunde kan bijdragen in de zorg voor (kwetsbare) ouderen.

Er zal in deze les casuïstiek besproken worden. Jullie worden in de gelegenheid gesteld om deze zelf in te brengen.

Vorbereidingsopdracht

Lees bijlage 1: crisissituaties door.

Hoorcollege 7- Mantelzorg

Mantelzorgers zorgen voor een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind (of ander familielid), vriend of kennis. Mantelzorgers zijn geen professionele zorgverleners maar geven zorg omdat zij een persoonlijke band hebben met degene voor wie ze zorgen. Mantelzorg is vaak langdurig en intensief. Professionals die werken met chronisch zieken komen onvermijdelijk in contact met familieleden, vrienden of buren van de zieke die (een deel van) de zorg op zich nemen. Deze informele zorgverleners, of mantelzorgers, hebben vaak al jarenlang –voordat de professionele hulpverlener, bijvoorbeeld de praktijkondersteuner, op het toneel verschijnt– gezorgd voor de zieke. Zij kennen de zieke en zijn/haar ziekteverloop goed. Zonder mantelzorg zouden veel chronisch zieken niet thuis kunnen blijven wonen. De mantelzorger vormt daarmee een essentieel onderdeel van de zorgverlening.

Hoewel hulpverleners en mantelzorgers een gemeenschappelijk doel nastreven -zorg verlenen aan de zieke - verlopen het contact en de samenwerking tussen hen niet altijd zonder problemen. Zo kunnen de opvattingen van mantelzorgers en hulpverleners over de te verlenen zorg botsen, waardoor het lijkt alsof de mantelzorger niet wil samenwerken of zelfs de hulpverlener tegenwerkt. Soms wil de mantelzorger bepaalde taken niet uit handen geven, terwijl duidelijk is dat hij of zij die niet (meer) aankan, waardoor de relatie tussen mantelzorger en professionele hulpverlener ook moeilijk verloopt. De professional moet bijvoorbeeld niet alleen ondersteuning bieden, maar tegelijkertijd de mantelzorger overtuigen van de noodzaak van die ondersteuning. En soms heeft de mantelzorger zelf ondersteuning nodig, waardoor de professional het gevoel krijgt ineens twee cliënten te hebben in plaats van één.

Literatuur ter voorbereiding bestuderen

- Bekijk de site www.zorgvoorjeouders.nl
- Bekijk de EDIZ (instrument voor mantelzorgbelasting) in het Easycare handboek. Neem de EDIZ af bij een mantelzorger. Bekijk de uitkomsten en neem deze mee naar de schooldag.
- Bekijk cijfers over ouderenzorg: www.zorg.nu/ouderenzorg
- <https://zorgnu.avrotros.nl/nieuws/detail/ruim-70-procent-mantelzorgers-ervaart-hoge-werkdruk/>
- Lees hoofdstuk 9b uit Bakker e.a. (2017). *Klinisch redeneren bij ouderen*. Houten: BSL. Pag. 405 t/m 418.

Onderwijsgroep dag 2

Problemen met mobiliteit en zelfzorg, lichte/matige dementie

Henk van Buren is 75 jaar en sinds 2 jaar weduwnaar. Hij woont in een aanleunwoning in Den Bosch aan de rand van het centrum. Vroeger was hij vrachtwagenchauffeur en reed altijd op verre bestemmingen in het buitenland. Het echtpaar kreeg een zoon en een dochter.

Het werk van meneer van Buren bracht een zeer ongezonde leefstijl met zich mee. Hij at ongezond en bewoog te weinig. Daaraan heeft hij diabetes en een hoge bloeddruk overgehouden. Toen hij met pensioen ging, was zijn vrouw zo blij dat zij hem schromelijk verwendde met nog meer lekker eten. En hij bewoog eerder minder dan meer. De DM zorgde ervoor dat dhr. wondjes kreeg aan zijn voeten. Zijn linker voorvoet is geamputeerd en rechts zijn grote teen. Hij is daardoor in een rolstoel beland en kan niet meer zelfstandig lopen. Zich verplaatsen van de rolstoel naar het toilet of stoel lukt nog net zelfstandig. Douchen is een probleem vanwege zijn omvang en ook het aankleden valt niet mee. Zo goed en kwaad als het gaat hiep zijn vrouw hem daarbij. Sinds het overlijden van zijn vrouw helpt de thuiszorg twee keer per week met douchen. Hij vindt het niet fijn om door een vreemde geholpen te worden. Om meer zorgmomenten te vermijden kleedt hij zichzelf aan. Dat kost hem zoveel moeite dat hij vaak besluit om zijn pyjama maar aan te houden. Maar eigenlijk had hij liever zijn gewone kleren aan. De afgelopen jaren is ook op mentaal gebied achteruitgegaan, maar zelf wil hij daar niets van weten. Meneer en mevrouw van Buren gingen altijd gezellig met de andere bewoners van de aanleunwoningen om. Vroegere vrienden en kennissen zijn overleden of niet meer in staat te komen. Vooral mevrouw van Buren onderhield deze contacten en zij maakte ook af en toe gebruik van de activiteiten in het verzorgingshuis naast de aanleunwoningen. Meneer van Buren houdt daar niet van. Hij zit het liefst thuis in zijn stoel voor het raam met de tv en een sjekkie. Hij kijkt veel televisie en zit regelmatig te dutten.

De dochter van meneer van Buren is niet meer in beeld sinds ze vijftien jaar geleden gebrouilleerd raakten. Zijn zoon komt regelmatig op bezoek en maakt zich grote zorgen. Hij vindt dat zijn vader zijn leefstijl moet aanpassen om niet nog verder achteruit te gaan. Ook de mentale achteruitgang van zijn vader baart hem zorgen. Het liefst zou hij zien dat zijn vader naar de huisarts gaat om zijn situatie te bespreken. Hoewel zijn vader zorgverleners liever mijdt merkt hij ook dat het steeds lastiger wordt om zichzelf te redden (TNO & zorginstituut Nederland).

Vorbereidingsopdracht (thuis voorbereiden en uitwerking meenemen naar de les)

1. Lees de casus en geef aan wat er volgens jou zou moeten gebeuren om het functioneren van de oudere te optimaliseren.
2. Wat zouden professionals kunnen doen? En de sociale omgeving en de oudere zelf?
3. Bekijk het assessment in het Easycare boekje en welke vragen wil je nog stellen om de situatie nog beter te kunnen inschatten?
4. Bekijk de screeningslijsten in het Easycare boekje. Welke zou je in de ze casus willen gebruiken en waarom?
5. Stel je wilt een multidisciplinair overleg organiseren. Welke disciplines zou je hierbij willen uitnodigen mits de patiënt hier toestemming voor geeft?

Doelstellingen

1. Is in staat om op basis van klinisch redeneren de verpleegkundige zorg vast te stellen, gericht op het handhaven of (opnieuw) verwerven van het zelfmanagement van de patiënt en diens naasten.
2. Kan probleemgericht rapporteren op basis van verpleegkundige en medische diagnostiek.

Huiswerkopdracht voor bijeenkomst 3

Een handzaam instrument waarmee je het niet-pluisgevoel kunt onderbouwen?

Vorige week heb je een aan de hand van het concept positieve gezondheid een spinnenweb ingevuld en je eigen gezondheid gescoord. In deze cursus vinden we het belangrijk dat ouderen in hun kracht en mogelijkheden gezien worden. Hierbij helpt het concept van positieve gezondheid. Op deze manier denken en kijken is bijna een paradigmashift. Hoe hebben jullie dit ervaren en wat betekent dit voor je zorgverlening aan ouderen?

Met behulp van het Easycare geriatisch assessment is het de bedoeling dat je oefent om goed door te vragen bij geuite en vooral niet geuite problemen van ouderen. Goed doorvragen is hierbij van belang. De oudere kan met ja of nee antwoorden en hierdoor mogelijk de problemen bagatelliseren. In dat geval word je gedwongen om goed door te vragen en geen genoegen te nemen met het eerste de beste antwoord. Hier dringt zich ook een spanningsveld op omdat tijd en aandacht nemen voor de oudere bemoeilijkt lijkt te worden doordat er tegelijkertijd moeten reageren op een tekort aan personeel, de introductie van o.a. zorgzwaartebekostiging en zorgzwaartepakketten en het in toenemende mate beoordeeld worden op en zorgresultaten en -effecten.

Easycare staat voor Elderly Assessment System en omvat een werkwijze die leidt naar een patiëntgerichte integrale behandeling, waarbij de oudere zelf zoveel mogelijk wordt gehoord en wordt gezien als een actieve partner. Binnen de werkwijze wordt het **Easycare** instrument toegepast om de mate van kwetsbaarheid van de oudere vast te stellen (screening), de behoeften van de oudere te inventariseren en op professionele wijze de noden van de oudere in beeld te brengen. Het is ontwikkeld door geriater Ian Philip met als missie het leven van ouderen te verbeteren door problemen sneller te herkennen, diagnoses beter te stellen en adequater te reageren op zorgvragen. Daarmee is het in Sheffield (Groot-Brittannië) bedachte **Easycare**-concept uniek te noemen. Zeker omdat het naadloos aansluit bij de wereld van nu: het aantal kwetsbare ouderen neemt de komende jaren alleen maar toe. Het **Easycare** instrument is door prof. Marcel Olde Rikkert, hoofd van de afdeling geriatrie Radboudumc, opgepakt en voor de Nederlandse situatie doorontwikkeld (zie www.Easycare.nl). **Easycare** is evidence-based: het verbetert de zelfredzaamheid en het welbevinden (Melis, 2008).

“Easycare is een meetinstrument waarmee de gezondheidssituatie van kwetsbare ouderen op een gestandaardiseerde wijze in kaart gebracht wordt. Kenmerkend is dat het aspecten inventariseert op het gebied van gezondheid, wonen, en welzijn. Hiermee kan een analyse van de situatie van de oudere gemaakt worden, een diagnose gesteld worden en zo nodig een zorg-welzijns-of behandelplan opgesteld worden.” (Easycare, 2010).

Doelstelling

De cursist is in staat om een verbetering van vroege signalering van kwetsbaarheid bij ouderen te hanteren en leert om methodieken en meetinstrumenten binnen de geriatrische anamnese ten behoeve van zorg- en ziektediagnostiek toe te passen.

Vorbereidingsopdracht

Neem het Easycare handboek en de vragenlijst goed door.

Neem de Easycare vragenlijst af bij een oudere. Zie hiervoor de werkinstructie in bijlage 2. Stuur de samenvatting en het zorgbehandelplan ruim een week voor de volgende bijeenkomst door naar de docent. g.brummel@viaa.nl

Bijeenkomst 3

Wat thuis kan, thuis doen.

Overzicht dag 3

Zelfstudieopdracht

Huiswerkopdracht voor bijeenkomst 3; geriatrisch assessment afnemen
Literatuur bij hoorcollege bestuderen en voorbereidingsopdrachten maken.

Colleges dag 3

Polyfarmacie bij ouderen

Onderwijsgroepsbijeenkomst dag 3

Nabespreken geriatrisch assessment Easycare

Vaardigheidsonderwijs

Gezamenlijke besluitvorming

Hoorcollege 8 – polyfarmacie bij ouderen

De gemiddelde oudere blijkt vijf verschillende soorten van medicatie te slikken. We noemen dat polyfarmacie. De hoeveelheid medicijnen kunnen door fysiologische veranderingen problemen geven van allerlei aard. Als zorgverlener moet je op de hoogte zijn van de indicatie en werking van medicatie, maar dien je ook te monitoren of medicatie wel ingenomen wordt (therapietrouw). Er zijn verschillende factoren die invloed hebben op de terapietrouw van zorgvrager. Het analyseren van deze factoren is de basis om er wat aan te gaan doen.

Doelstellingen:

1. De cursist kan omschrijven wat therapieontrouw is.
2. De cursist kent de belangrijkste aandachtspunten bij medicatiegebruik bij ouderen en kan een signalerende functie vervullen.
3. De cursist verwoordt hoe periodieke medicatiebeoordeling plaats kan vinden op een gestructureerde manier en voert deze uit (kritische evaluatie van medische, farmaceutische en gebruikersinformatie).

Voorbereidingsliteratuur

Lees hoofdstuk 7j, uit Bakker e.a. (2017). *Klinisch redeneren bij ouderen*. Houten:BSL. Pag. 301 t/m 318 door.

Voorbereidingsopdracht

Zoek een patiënt met meer dan 4 verschillende soorten medicijnen. NB. Polyfarmacie is niet altijd negatief. Met gerichte en weloverwogen farmacotherapie kan zowel de kwaliteit van leven als de levensverwachting positief worden beïnvloed. De afweging tussen werkzaamheid en veiligheid en het maken van keuzes zal onder andere gebaseerd worden op wensen en mogelijkheden van de patiënt.

Opdracht

Voer een medicatiebeoordeling uit. Farmacotherapeutisch kompas bekijken en schrijf de werking- en belangrijkste bijwerkingen van het medicijn op. Daarna bekijk je de stop en start criteria van het betreffende medicijn op https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/2015-07-07_start-en_stopp-criteria_zakboekje_2015.pdf

Wanneer je niet werkzaam bent in de praktijk kun je een lijst met medicatie vragen aan G. Brummel (g.brummel@viaa.nl). Neem de uitwerking mee naar de les.

Doelstelling

De cursist verwoordt hoe periodieke medicatiebeoordeling plaats kan vinden op een gestructureerde manier en voert deze uit (kritische evaluatie van medische, farmaceutische en gebruikersinformatie).

Onderwijsgroep dag 3

Nabespreken geriatrisch assessment Easycare

Een goede geriatrische anamnese afnemen is geen gemakkelijke opgave. Het is bekend dat ouderen hun klachten vaak anders presenteren soms mede omdat ze bang zijn voor de gevolgen zoals een uithuisplaatsing of ziekenhuisopname. Ouderen schrijven hun klachten vaak toe aan de ouderdom. Wanneer er sprake is van cognitieve achteruitgang kun je in de anamnese soms moeilijk alle vragen stellen. In dat geval zijn observatievaardigheden van belang. We gaan oefenen met het aanleren van een grondhouding in het doorvragen. Dit betekent dat een verpleegkundige leert niet te snel genoeg te nemen met een antwoord. Dit vraagt soms een licht confronterende houding: zeggen dat je het antwoord niet helemaal begrijpt, vragen naar een concreet voorbeeld of de situatie te laten beschrijven. 'Je bent als verpleegkundige voortdurend bezig met de vragen 'wat is er veranderd, sinds wanneer en waarom?' Gericht observeren is ook belangrijk. Met behulp van je zintuigen: wat zie ik, wat ruik ik, wat hoor ik en wat voel ik? Het spiegelen van emoties en gedrag van ouderen kan zorgen dat bepaalde problemen toch aan de oppervlakte komen. Het is belangrijk om discrepanties vast te stellen tussen wat je observeert en wat de oudere vertelt. Dit kun je later toetsen bij de oudere zelf of bij de mantelzorgers.

Vaardigheidsonderwijs

Gezamenlijke besluitvorming wordt gezien als de gouden standaard in zorg en welzijn (Stiggebout et al., 2012). Het is het proces waarbij professionals en cliënten samenwerken om te komen tot voorkeuren voor een te voeren beleid voor zorg en welzijn op basis van het beste beschikbare bewijs vanuit wetenschappelijke kennis en de waarden van de cliënt. Hogeschool Windesheim heeft een model ontwikkeld voor gezamenlijke besluitvorming dat uitgaat van kwetsbare cliënten die te maken hebben met complexe zorgvragen (Groen – van de Ven, 2017).

Casus dreigende uitval van mantelzorger

Echtpaar woont zelfstandig in appartement complex dichtbij zorgcentrum. Mijnheer heeft Alzheimer, mevrouw is fysiek kwetsbaar (COPD en reuma). De thuiszorg komt viermaal per dag. Mijnheer gaat vijf dagen per week naar de dagopvang. Dochter woont ver weg, heeft een drukke baan en komt ongeveer iedere 14 dagen langs. Kan niet meer bieden dan dat. Mevrouw wil zo lang mogelijk thuis voor haar man zorgen. De laatste tijd zijn er grote zorgen bij de thuiszorg over mijnheer. Hij gaat achteruit, is met regelmaat incontinent van urine en feces. De thuiszorg biedt extra zorgmomenten, maar zit nu op het maximum wat zij kunnen bieden. Mijnheer maakt soms een verwarde indruk, is gedesoriënteerd in plaats, kan het toilet niet vinden en kan risico's tot gevaar moeilijk inschatten. Bij de dagopvang gaat het ook niet goed. Mijnheer is wisselend gestemd. Meestal is hij rustig, vriendelijk en goed gestemd. Maar, dit kan ineens omslaan in boosheid naar andere mensen toe. De dochter heeft aangegeven bij de casemanager dat zij zich erge zorgen maakt of haar moeder de zorg nog wel vol kan houden op deze manier. Er moet een multidisciplinair overleg (MDO) gepland worden met mevrouw en de dochter. Vraag die centraal staat: Hoe kunnen we met elkaar op een doelmatige en verantwoorde manier zorg thuis blijven bieden?

Vorbereidingsopdracht

Gebruik bovenstaande casus of gebruik een eigen casus uit jouw praktijk.

1. Schrijf in het format (wordt nog uitgedeeld), jouw eigen (of bovenstaande) situatie uit.
2. Pak de 'kaarten': 'hoe pak ik gezamenlijke besluitvorming aan' en 'waar moet ik op letten' en bekijk hoe je een gezamenlijke besluitvorming vorm kunt geven (kaarten worden nog uitgedeeld).

Cursus ouderenzorg in de eerste lijn

3. Wanneer je daadwerkelijk geoefend hebt in de praktijk kun je jezelf beoordelen aan de hand van het zelfevaluatie-instrument (zelfevaluatie-instrument wordt nog uitgedeeld).

In de les gaan we aan de hand van de casuïstiek oefenen en de opbrengst bespreken.

Bijeenkomst 4

Palliatieve zorg is intensieve care zorg (De Hosson, 2018).

Overzicht dag 4

Zelfstudieopdracht

Literatuur bij hoorcolleges bestuderen en voorbereidingsopdrachten maken.

Colleges dag 4

Alcoholproblematiek bij ouderen

Palliatieve en terminale zorg

Leefstijl

Onderwijsgroepsbijeenkomst dag 4

Proactief handelen en ethische dilemma's

Afronding en certificering

Hoorcollege 9 – Alcoholproblematiek bij ouderen

Overall zien we mensen die worstelen met verslavingen. Verslaving leidt tot verlies van leven. Als zorgverlener kom je ook in aanraking met verslavingen. Je hebt niet altijd in de gaten hoe deze verslavingen zich manifesteren en welke gevolgen dit kan hebben. Hoe herken je symptomen en hoe kun je hierover in gesprek gaan met de patiënt?

'Verslaving, wat is dat eigenlijk? Blijven drinken of spuiten terwijl je daardoor alles verliest: vrijheid, geld, huis, gezondheid, werk, partner, het contact met de kinderen ... Ernstig verslaafd zijn is iets dat de meeste mensen zich niet kunnen voorstellen. Wat maakt dat iemand, ondanks al die negatieve gevolgen op de langere termijn, het korte termijn genoeg of -belang – want een genoeg is het dan vaak allang niet meer – van het gebruik van alcohol of drugs niet kan weerstaan?

In de les kunnen we aandacht hebben voor allerlei verslavingen maar vooral ingaan op alcoholgebruik bij ouderen.

Doelstellingen

1. De cursist benoemt adviezen voor 'gezond' alcoholgebruik bij ouderen
2. De cursist kan overmatig alcoholgebruik bij ouderen herkennen en de behandelmogelijkheden voor overmatig alcoholgebruik benoemen
3. De cursist verwoordt hoe zij verslavingen kan herkennen en hoe zij hierover in gesprek kan gaan

Vorbereidingsopdracht

Lees het volgende artikel en kijk op de website van Tactus.

<http://www.henw.org/archief/volledig/id5308-alcoholproblematiek-bij-ouderen.html#abstract>
www.tactus.nl

Hoorcollege 10 – palliatieve en terminale zorg

Driekwart van de mensen wil thuis overlijden. Maar een derde doet dat (Groenewoud, 2015).

Proactieve zorgplanning (of Advance Care Planning) is een vrijwillig proces van gespreksvoering waarbij de patiënt met zijn/haar zorgverlener wensen, doelen en voorkeuren bespreekt met betrekking tot toekomstige zorg en eventuele behandelingen (Guldmond et al, 2014). Het gaat om een continu proces van gesprekken over levensdoelen, hoe de zorg daarbij past, eventuele

reanimatie, opties voor palliatieve zorg en (behandel)beslissingen door naasten (Groenewoud, 2015). Zorgverleners vervullen in dit proces verschillende taken, zoals: het informeren van de patiënt, het verkennen van voorkeuren, het aanduiden van een vertegenwoordiger en bieden van emotionele ondersteuning (Groenewoud, 2015). Een juiste timing van proactieve zorgplanning is van belang. Wanneer introduceert een (huis)arts of verpleegkundige het onderwerp 'het naderende levenseinde' bij een patiënt?

In de ouderenzorg kun je te maken krijgen met ziekteprocessen waarbij geen genezing meer mogelijk is. Curatieve zorg kan dan niet voldoende of zelfs belastend zijn. De aandacht voor de laatste levensfase is vaak onvoldoende en wordt vaak niet besproken met de oudere. Waardoor sommige ouderen te lang worden doorbehandeld. 'Dokters zijn doeners maar soms doen ze te veel', zegt het KNMG. Zie hun mooie Handleiding/folder: tijdig spreken over het levenseinde", een aanrader!

Niet alles wat kan, hoeft of moet. In de laatste fase krijgen mensen niet altijd passende zorg. Er blijven meerdere oorzaken te zijn die passende zorg in de laatste levensfase in de weg staan.

Bestudeer uit Bakker, T. Et al. (2017) *Klinisch redeneren bij ouderen: Hoofdstuk 12 Palliatieve zorg*. Pag. 471 t/m 476.

En bekijk de volgende site over het spreken over levenseinde.

<http://knmg.artsennet.nl/Dossiers-9/Dossiers-thematrefwoord/Levenseinde/Spreken-over-levenseinde.ht>

<https://www.netwerkpalliatievezorg.nl/Portals/22/documenten/2015/KIZartikelen/levenseinde.pdf>

Hoorcollege 11 – Leefstijl

Een gezonde leefstijl kan bijdragen aan vitaliteit en welzijn. Gezond blijven houdt ook in dat er voldoende moet worden bewogen. Gezondheid is een breed begrip, over veel voedingsmiddelen zijn zowel positieve als negatieve dingen te vertellen. Hoe zie je door de bomen het bos en maak je gezonde keuzes? Daarbij moet de mondzorg niet vergeten worden. Bij het ouder worden veranderen eetgewoontes maar blijft het belangrijk om te 'blijven kauwen' (Scherder, 2013).

Doelstellingen

1. De cursist verwoordt de oorzaken en gevolgen van de aandoeningen (cariës, parodontale aandoeningen, slijmvliesafwijkingen, speekselsecretie, presbyfagie en dysfagie) in de mond en keelholte benoemen.
2. De cursist benoemt hoe zij overgewicht en ondergewicht kan vaststellen.
3. De cursist benoemt de belangrijkste voedingsproblemen bij ouderen benoemen.
4. De cursist benoemt de verschillende beweegnormen van ouderen.

Vorbereidingsliteratuur

- Bestudeer uit Bakker, T. Et al. (2017) *Klinisch redeneren bij ouderen: Hoofdstuk 7e: Ondervoeding en dehydratie*,
- Bekijk het filmpje: waarom vernietigt vanillevla onze hersenen, van Prof. Dr. Eric Scherder
<https://www.youtube.com/watch?v=PSm2XbKKnCQ>

Onderwijsgroepsbijeenkomst dag 4

In de gezondheidszorg kom je in aanraking met medisch-ethische besluitvorming. Kennis van ethiek is dan ook een voorwaarde om verantwoord als verpleegkundige te kunnen werken. Waarom? Omdat ethiek een onderwerp is dat iedereen raakt. In een hulpverleningsrelatie zijn patiënt en hulpverlener afhankelijk van elkaar. Daardoor is het nodig om verantwoording af te kunnen leggen van wat je doet. Het gaat erom dat je je eigen handelen kunt onderbouwen. Op dat moment is ethiek in volle gang. Door je te verdiepen in ethiek kun je je beter voorbereiden op problemen waar je tijdens je stage of werk mee te maken krijgt.

Tijdens deze les wordt stilgestaan bij concrete ethische dilemma's in de ouderenzorg en op welke manier je hier als verpleegkundige mee te maken kunt krijgen

Doelstellingen

1. De cursist weet wat ethische besluitvorming inhoudt en welke professionele houding hierbij vereist is
2. De cursist kent het stappenplan ethische reflectie

Vorbereidingsliteratuur

- Beroepscode voor verpleegkundigen en verzorgenden, te raadplegen via:
<http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2015%20documenten/20150108%20Beroepscode%20Verpleegkundigen%20en%20Verzorgenden.pdf>
- Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst, te raadplegen via:
<https://www.dwanginzorg.nl/rechten/wetten/wgbo>
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ), te raadplegen via:
<https://www.dwanginzorg.nl/rechten/wetten/bopz>

Vorbereidingsopdracht

Vul de test in en neem de uitwerking mee naar de les.

<https://zorgenwelzijn.cnvconnectief.nl/themas/ethiek/hulp-ethische-vragen/>

Literatuurlijst

- Bakker, T., Habes, V., Quist, G., Sande, van der, J. & Vrie, van de W. (Red.) (2017). *Klinisch redeneren bij ouderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Groen, Van de Ven, L. (2017). Zelfbeoordelingsinstrument gezamenlijke besluitvorming. Promemo, Sia, Windesheim
- Handboek Easycare. Vooraf te bestellen door cursist op
- <http://Easycare.nl/Easycare-handboek-bestellen/>
- Maurik-Brandon, S. van, Dam ten, V.H., Dautzenberg P.L.J., *Protocollaire ouderenzorg*, NHG, editie 2015 (nhg.org).
- Stiggelbout, A.M. (2015). Gedeelde besluitvorming. Geraadpleegd op 19 januari 2019 <http://www.verenotijdschrift.nl/assets/Uploads/Stiggelbout-TvO5.pdf>
- TNO & Zorginstituut (2015). *Een nieuwe bril een andere kijk (het functioneren centraal)* casusbundel
- Van Nistelrooij, I. (2016). *Basisboek zorgethiek, over menslievende zorg, moreel beraad en de motivatie van verpleegkundigen*. Heeswijk: Berne Media.
- Van Velsen, T. & Gloudemans, M. (2012) *Competentieprofiel HBO Verpleegkundige Gerontologie - Geriatrie (HBO-VGG), Uitwerking volgens de Canmeds systematiek*.
- Verberk, F. & Merks, A. (2016). *Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model*. Assen: Koninklijke van Gorcum bv.
- Visiedocument Medrie (2014) geraadpleegd op 20 januari 2019 <https://medrie.nl/ouderenzorg>
- Visser, M., Deeg, D.J.H., van Asselt, D.Z.B. & van der Sande, R. (Red.) *Inleiding in de gerontologie en geriatrie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Internetsites

- www.beteroud.nl samen werken aan wonen, werken en zorg
- www.zorg.nu/ouderenzorg Taboes op tafel
- www.Easycare.nl in kaart brengen van behoeften ouderen
- www.nhg.org (NHG) Landelijke eerstelijns samenwerkingsafpraak dementie en NHG standaard dementie
- www.hersenletsel.nl (Vereniging voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel)
- www.ciz.nl (Centrum Indicatiestelling zorg)
- www.cva-samenverder.nl (Nederlandse CVA Vereniging)
- www.gewetensbezwaar.nl (over medisch-ethische vraagstukken en gewetensbezwaar)
- www.kwfkankerbestrijding.nl (Nederlandse Kankerbestrijding)
- www.mezzo.nl (Landelijke Vereniging voor mantelzorgers en vrijwilligerszorg)
- www.minvws.nl (allerlei; actualiteit, wet- en regelgeving)
- www.nivel.nl (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg)
- www.rivm.nl (Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu)
- www.vilans.nl (Vilans Kenniscentrum ouderen)
- www.zonmw.nl (Nederlandse Organisatie voor Gezondheidsonderzoek en Zorginnovatie)
- www.cboimpact.nl geriatrie (richtlijnen)
- www.veiligheid.nl kennisnetwerk valpreventie senioren
- www.progez.nl (ondersteuning Overijssel, Flevoland, noordoost Veluwe)
- www.geriatrie.venvn.nl (website geriatrie verpleegkunde)
- www.kiesbeter.nl hulpmiddelen. Vilans geeft onafhankelijke informatie over meer dan 10.000 hulpmiddelen.
- www.platformouderenzorg.nl voor praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners
- www.zorgvoorbeter.nl voor professionals in de ouderenzorg
- www.Pharos.nl expertisecentrum gezondheidsverschillen
- www.nkop.nl kenniscentrum ouderenpsychiatrie
- www.tvcn.nl tolk-en vertaalcentrum Nederland
- www.lezenenschrijven.nl leren lezen en schrijven
- www.leago.nl kaderhuisartsen ouderengeneeskunde

Bijlage 1 – Crisisituaties

Crisissituaties

Het mag duidelijk zijn dat het voorkomen van een crisis altijd de intentie van de gegeven zorg is. Er zijn situaties waarin dit echter niet altijd te voorkomen is. Dan is het belangrijk om te weten dat het dementienetwerk in uw omgeving inzicht geeft in waar crisisopnames mogelijk zijn (uit: Zorgstandaard Dementie).

BOPZ (Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen)

De meeste mensen met dementie willen liever niet ergens anders wonen/opgenomen worden. Zij verzetten zich niet actief tegen opname, maar zijn het er ook niet echt mee eens. De wet BOPZ heeft hiervoor artikel 60: geen bereidheid, geen bezwaar. Een klein aantal mensen wil wel opgenomen worden in een verpleeghuis. Zij worden volgens de BOPZ vrijwillig opgenomen. Als iemand dit echt niet wil, kan opname alleen als er gevaar is voor henzelf of de omgeving. Is iemands leven acuut in gevaar? Dan geldt **In Bewaring Stelling** (IBS). Iemand wordt dan gedwongen opgenomen. Als iemand opname niet wil, beoordeelt een psychiater of de specialist ouderengeneeskunde hoe groot het gevaar is. Zij maken dan een geneeskundige verklaring. De burgemeester kan met deze verklaring iemand verplicht laten opnemen. De opname gebeurt dan binnen 24 uur. De cliënt krijgt een advocaat. De rechter spreekt binnen drie dagen met de cliënt. Daarna beslist de rechter of de cliënt nog drie weken moet blijven.

Als het gevaar langdurig is en iemand verwaarloost zichzelf, dan geldt de **Voorlopige of Rechterlijke Machtiging**. Zie verder de website www.dwangindezorg.nl. VM (**Voorlopige Machtiging**). Het kan gebeuren dat iemand niet direct in levensgevaar is, maar zich zo verwaarloost dat hij of zij moet worden opgenomen. Als deze persoon dat weigert, geldt de 'Voorlopige Machtiging' (VM). Een andere reden voor opname kan zijn dat de familie de zorg niet meer volhoudt en de cliënt zonder die zorg niet veilig thuis kan wonen. De rechter kan dan besluiten dat iemand verplicht ergens opgenomen wordt. Zie verder de website www.geriant.nl.

Een CIZ- indicatiestelling met een artikel 60 is altijd nodig voor een opname in een verpleeghuis in welke vorm dan ook. Om deze indicatie te kunnen stellen heeft de indicatieadviseur een medische diagnose nodig.

Belangrijke beslissingen bij wilsonbekwaamheid liggen op drie gebieden: welzijn, gezondheid en financiën. Praktisch komt dit neer op afspraken en regelingen over:

- volmachten: schriftelijke verklaringen waarmee de patiënt een ander de bevoegdheid geeft bepaalde (rechts)handelingen voor hem te verrichten; deze worden vaak vastgelegd in een *levenstestament*.
- (Medische) verzorging.
- Het levenseinde (euthanasie, reanimatie, orgaandonatie).

Uitgebreide informatie over wilsonbekwaamheid en de verschillende rechtsvormen die hierbij van toepassing zijn, vindt u in de brochure **Dementie en rechtsbescherming** van de patiëntenvereniging Alzheimer Nederland.

Wilsbekwaamheid is het vermogen om op een bepaald moment de gevolgen van een bepaalde handeling, situatie of besluitvorming te overzien. Er zijn er vier criteria van wilsbekwaamheid:

- het vermogen om een keuze te maken en deze keuze tot uitdrukking te brengen.
- Het vermogen om informatie te begrijpen.
- Het vermogen om een situatie te overzien en juist in te schatten.
- Het vermogen om gegevens rationeel te hanteren.

Wie stelt bij beginnende dementie vast of iemand wilsonbekwaam is? Antwoord:

Wilsonbekwaamheid moet worden bewezen, in principe door de specialist ouderengeneeskunde, geriater, psychiater, neuroloog of (neuro)psycholoog, maar nooit zonder raadpleging van de familie en andere hulpverleners. Wilsonbekwaamheid is situationeel: de patiënt kan een bewindvoerder nodig hebben, maar toch wilsbekwaam zijn als het gaat om besluiten over de verzorging of euthanasie. Hoe belangrijker de problemen zijn, waarover een besluit moet worden genomen, hoe hoger de eisen zijn die aan de besluitvaardigheid moeten worden gesteld.

Een wilsverklaring (zoals een euthanasieverzoek) is alleen geldig als de verklaring wordt opgesteld op het moment dat de cliënt wilsbekwaam is. Dit is vaak bij beginnende dementie nog wel het geval, maar in een gevorderd stadium niet meer. Het is raadzaam de cliënt hierop opmerkzaam te maken en na te gaan of dit onderwerp met de arts al besproken is.

Op de website van de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NWE) staat informatie over wilsverklaringen, die (tegen betaling) zijn te bestellen. Het probleem bij dementie is ook dat de persoon met dementie als het eerder omschreven moment daar is, vaak zegt geen euthanasie meer te willen. In dat geval kan geen euthanasie toegepast worden. In de wet *Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* is de schriftelijke wilsverklaring verankerd in artikel 2, lid 2: 'Indien de patiënt van zestien jaren of ouder niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat werd geacht, en een schriftelijke verklaring, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging, heeft afgelegd, dan kan de arts aan dit verzoek gevolg geven.' De zorgvuldigheidseisen (lid 1) zijn van overeenkomstige toepassing. Het is volgens bovenstaande nu dus aan de arts om te beoordelen of de cliënt nog wel of niet euthanasie zoals hij of zij eerder aangegeven heeft te willen. De duur en de intensiteit van de behandelrelatie kan een rol van belang spelen in deze moeilijke situaties. Het kan altijd voorkomen dat de betreffende arts moeite heeft met het uitvoeren van de wilsverklaring. Als u, als verpleegkundige, in een vroeg stadium betrokken (dus een relatie op hebt kunnen bouwen) bent en deze zaken helpt open te bespreken, helpt dit zowel cliënten als hulpverleners.

Rijbewijs

Meestal vertelt de huisarts aan een cliënt bij wie dementie is vastgesteld dat hij de diagnose zelf moet doorgeven aan het CBR via het formulier Eigen verklaring. Als verpleegkundige begeleidt u een cliënt in dit proces van accepteren dat het op enig moment veiliger is om de auto te laten staan. Dit kan voor sommige cliënten gevoelens van afhankelijkheid, verlies en rouw met zich meebrengen. Ook voor de partner kan dit beperkingen en/of extra belasting betekenen.

De huisarts kan de cliënt niet dwingen het CBR in te lichten. De verpleegkundige heeft ook geen controlerende functie. De geheimhoudingsplicht staat u niet toe informatie over de rijongeschiktheid van cliënten zonder hun toestemming door te geven. De Nationale beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden zegt wel iets over al het mogelijke doen om voor een cliënt de gezondheid te bevorderen/verbeteren. De cliënt in een onveilige situatie laten is niet conform deze beroepscode.

Voor artsen geldt: Op grond van de huidige jurisprudentie over doorbreking van de geheimhoudingsplicht wijst de KNMG artsen erop dat dit, in uitzonderlijke situaties en na een zorgvuldige afweging van belangen, te overwegen valt:

- u probeert eerst de cliënt te overtuigen van het belang van herkeuring.
- Als dit niet lukt, probeert u de naasten van de patiënt in te schakelen om de patiënt 'uit de auto te houden'. Tips hierover zijn te vinden op: www.alzheimer-nederland.nl.
- Als dit niets oplevert en het risico reëel is dat er situaties ontstaan waarin ernstig gevaar dreigt voor de patiënt en/of anderen, kunt u het CBR en/of de politie inlichten. De patiënt wordt dan opgeroepen voor herkeuring of zijn rijbewijs wordt, bij afwijkend rijgedrag, (tijdelijk) in beslag genomen.

De veiligheid van de cliënt, maar zeker ook die van andere weggebruikers dient leidend te zijn in de stappen/keuzes die gemaakt worden. Het multidisciplinair overleg kan ondersteunend zijn om dit dilemma met andere professionals aan te gaan. (Jurisprudentie waarin de arts wordt verweten dat hij zijn geheimhoudingsplicht had moeten doorbreken maar dit niet heeft gedaan, ontbreekt nagenoeg). Bron: KNMG Artseninflijn.

Bron: elearning NHG dementie (2015)

Bijlage 2 – Format assessment ouderen/zorgbehandelplan

Onderdeel geriatrisch assessment cursus ouderenzorg

Probleemanalyse en zorgplan bij kwetsbare ouderen d.m.v. het Easycare-instrument.

Voorwaarden

- Er is tijdens de zorgrelatie of uit een eerste screening op kwetsbaarheid gebleken dat:
Een betreffende oudere een hulpvraag heeft;
Een betreffende oudere zelf geen hulpvraag heeft, maar er zijn wel aanwijzingen voor kwetsbaarheid of geriatrische problematiek (Zie powerpoint startcollege cursus Frailty markers, Puts et al., 2005).
- De cursist krijgt de mogelijkheid om in de eerstelijns-ouderenzorg of verzorgingshuis een huisbezoek af te leggen en de mogelijkheid om zelf of via een ander betrokken hulpverlener over de bevindingen bij de oudere te overleggen.
- De cursist is bekend met de basisprincipes van het maken van zorgplannen met de PES-structuur.
- De cursist kan met de Office programma's (Outlook, Word) omgaan.
- De cursist vraagt toestemming aan de oudere op grond van de WGBO voor het afnemen van het Easycare instrument.
- De cursist anonimiseert de verkregen gegevens om deze te bespreken met derden.

Werkwijze

Na het de uitleg 'geriatrisch assessment Easycare', gaat de cursist de Easycare vragenlijst afnemen bij een oudere en bespreekt de cursist de verkregen informatie met een medecursist en later tijdens het onderwijs in de lesgroep samen met de docent.

Aan de hand van de uitkomsten van het huisbezoek die de cursist inbrengt, reflecteert zij op de organisatie van het huisbezoek en op de manier van doorvragen en conclusies trekken. Daarnaast werkt de cursist aan de vaardigheden: het maken van een samenvatting, een probleemanalyse m.b.v. de PES en het opstellen van een zorgplan.

Doelstelling

1. De cursist is in staat tijdens een huisbezoek met behulp van het Easycare-instrument betrouwbare gegevens te verzamelen over het actueel functioneren t.a.v. gezondheid, wonen en welzijn bij de oudere en zijn mantelzorgers.

Hierbij is gereflecteerd op de wijze van voorbereiden van het huisbezoek, het observeren, doorvragen en het benaderen van de oudere tijdens het huisbezoek, het inzetten van aanvullende meetinstrumenten en het doen van een hetero-anamnese (proces).

2. De cursist kan haar bevindingen over het actueel functioneren van de oudere vastleggen in een beknopte samenvatting (product).
3. De cursist is in staat om een concept probleemanalyse te maken m.b.v. de PES-methodiek.

Hierbij is er oog voor de samenhang van complexe problemen en is de prioriteit van de oudere zelf duidelijk voor mogelijke oplossingen.

Voorbereiding en bespreking

1. Plan een huisbezoek en neem de vragenlijst af uit het Easycare handboek (verplichte literatuur) pag. 17 t/m 44. Bekijk vooraf de Rubrics. Beschrijf jouw beginsituatie in het schema 'beginsituatie, leerpunten en leerrendement'.
2. Maak een samenvatting van de bevindingen en een eerste opzet voor een zorgplan in het formulier 'samenvatting en zorgplan Easycare'.

3. Plan nogmaals een huisbezoek om ontbrekende gegevens te verzamelen en de eerste aanzet tot een zorgplan met de oudere te bespreken.
4. Evalueer jouw uitkomsten van het huisbezoek met een medecursist en beoordeelt elkaars werk aan de hand van de Rubrics en beschrijf vervolgens in het schema 'beginsituatie, leerpunten en leerrendement' jouw ervaringen.
5. Beschrijf een reflectie op de wijze van voorbereiding van het huisbezoek, wat je geobserveerd hebt, hoe het gesprek verliep, of je aanvullende meetinstrumenten hebt gebruikt en of er een hetero-anamnese afgenomen is.
6. Beschrijf de leerpunten die je hebt voor de toekomst en het totale leerrendement van deze opdracht.
7. Evalueer de opdracht in de vaardigheidsles samen met je medecursisten en de docent.

Samenvatting en zorgplan Easycare

Samenvatting ouderenasessment Datum: Huisarts: Afgenomen door:	Patiënt: Adres: Geboortedatum: Burgerlijke staat: Woonsituatie:
RR Pols Gewicht Lengte BMI Oren: Contactpersoon:	Persoonlijke gegevens/Levensloop: Hoogst afgemaakte opleiding: Hulpvraag: Aanwezigheid mantelzorger : Relevante medische voorgeschiedenis: Medicatievoorschrift: Zelfmedicatie:
Zorggebruik, opnames, dagopvang, mantelzorger. Hoe wordt gezondheid ervaren.	
1. Zien, horen en communiceren	
2. Voor u zelf zorgen (inclusief wondjes, incontinentie)	
3. Verplaatsen (inclusief vallen, autorijden)	
4. Uw veiligheid	
5. Woning en financiën	
6. Gezond blijven (inclusief bloeddruk, gewicht)	Roken Alcohol
7. Psychische gezondheid en welzijn	Rapportcijfer voor het leven:
8. Aanvullende informatie	
9. Behoeftebepaling van uzelf	
10. Toestemming van uzelf	
11. Vragen aan de mantelzorger	

12. Toestemming van de mantelzorger	
13. Reanimatie/vragen wensen t.a.v. levenseinde	
Aanvullende instrumenten	
1. Cognitieve problemen a. OLD b. MMSE c. Kloktekentest	
2. Stemningsproblemen GDS 15	
3. Eenzaamheidsschaal	
4. Overbelasting mantelzorger EDIZ	
5. Mobiliteit/valrisico Get-up-and-go-test	
6. Risico op ondervoeding: SNAQ 65	
7. Visus en gehoor PON	
8. Urine-incontinentie PRAFAB mictiedagboek	
9. Alcohol Five Shot	
10. Pijn (VAS/PACSLAC-C)	
11. Lab uitslagen/bevindingen huisarts	

Voorbeeld: Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch, Communicatie

	Probleem	Etiologie oorzaak	Sympto- men signalen	Doel	Interventies	Door wie	Evaluatie
--	-----------------	------------------------------	-------------------------------------	-------------	---------------------	---------------------	------------------

S							
A							
M							
P							
C							

S: lichamelijk functioneren, anders dan medicatie

S: medicatie: medicatiegebruik, polyfarmacie, risicovolle medicatie

F: functioneren in het dagelijks leven/mobiliteit/vallen

M: veiligheid/leefomgeving/sociaal netwerk/sociale activiteiten/eenzaamheid/kwaliteit van leven

P: psychisch welbevinden, anders dan geheugen

P: geheugen

C: zintuigen

Zorgplan van:	naam:	Datum:	Casemanager:
Somatisch						
Probleem	Etiologie	Symptomen/signalen	Behandeldoel	Acties	Door wie	Evaluatie

Functioneel						
Probleem	Etiologie	Symptomen/signalen	Behandeldoel	Acties	Door wie	Evaluatie

Maatschappelijk						
Probleem	Etiologie	Symptomen/signalen	Behandeldoel	Acties	Door wie	Evaluatie

<i>Psychisch</i>						
Probleem	Etiologie	Symptomen/signalen	Behandeldoel	Acties	Door wie	Evaluatie

<i>Communicatief</i>						
Probleem	Etiologie	Symptomen/signalen	Behandeldoel	Acties	Door wie	Evaluatie

Doel: Competent in een probleemanalyse en het maken van een zorgplan bij kwetsbare ouderen d.m.v. geriatrisch assessment

Criteria	Goed	Voldoende	Onvoldoende	Score	Feedback
Geriatrisch assessment	1. De cursist geeft een beknopte en volledige samenvatting volgens de SAMPC clustering van het geriatrisch assessment.	De cursist mist een onderdeel in de samenvatting van de SAMPC clustering van het geriatrisch assessment.	De cursist mist meerdere onderdelen in de samenvatting van de SAMPC clustering van het geriatrisch assessment.		
Aanleiding huisbezoek is duidelijk beschreven					
Naam, geboortedatum, adres en woonplaats gegevens zijn geanonimiseerd					
Medische voorgeschiedenis en het actuele medicatiegebruik zijn beschreven.	2. Uit het verslag en de mondelinge evaluatie blijkt dat de cursist in staat is om door te vragen op de gegeven antwoorden en de kwaliteit van de vragen is relevant voor de probleem-inventarisatie.	Uit het verslag en de mondelinge evaluatie blijkt dat de cursist in staat is om door te vragen op de gegeven antwoorden, al is de kwaliteit niet altijd relevant voor de probleem-inventarisatie.	Uit het verslag en de mondelinge evaluatie blijkt dat de cursist onvoldoende in staat is om door te vragen op de gegeven antwoorden ten behoeve van de probleeminventarisatie.		
Samenvatting huisbezoek is op volgorde geformuleerd en alle onderdelen (SAMPC) zijn beschreven	3. Er blijkt uit het zorgplan dat de oudere meegenomen is in prioritering van de problemen en mogelijke oplossingen en dit is helder beschreven.	Er blijkt uit het zorgplan dat de oudere onvoldoende is meegenomen in de prioritering van de problemen en de mogelijke oplossingen en/of dit is onduidelijk beschreven.	De oudere is onvoldoende meegenomen in de prioritering van de problemen en mogelijke oplossingen en de beschrijving is onduidelijk.		
Voorzet zorgplan vloeit logisch voort uit de samenvatting van het huisbezoek aan de hand van de PES-structuur	4. De cursist kan aan de hand van de verzamelde gegevens een probleemanalyse maken m.b.v. de PES-methodiek waardoor	De cursist heeft aan de hand van de verzamelde gegevens de probleemanalyse onvoldoende gemaakt m.b.v. de PES-methodiek	De cursist heeft aan de hand van de verzamelde gegevens de probleemanalyse onvoldoende gemaakt m.b.v. de PES-methodiek waar weinig of geen inzicht is verworven in de		

		inzicht is verworven in de samenhang van complexe problematiek bij kwetsbare ouderen.	waar op onderdelen inzicht is verworven in de samenhang van complexe problematiek bij kwetsbare ouderen.	samenhang van de complexe problematiek bij ouderen.		
Reflectie op voorbereiding huisbezoek en het benaderen, observeren van- en het doorvragen bij de oudere.	5. Benoemt ontwikkelpunten ten aanzien van de eigen ontwikkeling in de kwaliteit van het benaderen, observeren en doorvragen en geeft voorbeelden van het uitbreiden van het gedragsrepertoire.	Benoemt ontwikkelpunten ten aanzien van de eigen ontwikkeling in de kwaliteit van het benaderen, observeren en doorvragen.		De cursist geeft blijk van weinig zicht op de eigen ontwikkeling in de kwaliteit van het benaderen, observeren en doorvragen.		
Inzet van aanvullende meetinstrumenten en het doen van een hetero-anamnese (proces).	6. Communiceert feitelijk, neutraal en integer over de resultaten van mogelijke aanvullende meetinstrumenten en/of hetero-anamneses die aangewend kunnen worden ten behoeve van de anamnese (doel, toepassing en vervolg).	Communiceert over de resultaten van mogelijke aanvullende meetinstrumenten en/of hetero-anamneses met enige kenmerken van subjectiviteit en/of eigen interpretatie.		Communiceert over de resultaten van mogelijke aanvullende meetinstrumenten en/of hetero-anamneses subjectief en/of met eigen interpretatie.		

Bijlage Schema beginsituatie, leerpunten en leerrendement voor cursist

Competent in probleemanalyse en het maken van een zorgplan bij kwetsbare ouderen d.m.v. het Easycare-instrument

Naam cursist	
Werkervaring in ouderenzorg	

Beginsituatie

Wat wil je leren tijdens dit traject? Probeer deze leerdoelen/leerpunten concreet te formuleren (zie STARR methodiek pagina 16).

Leerpunten	Leerpunten door cursist geformuleerd	Feedback van medecursist/docent	Reflectie van cursist op leerpunten medecursist/docent/en eigen ervaringen.
Voorafgaand aan het traject.			

Na huisbezoek			
Na beoordeling medecursist			

Na beoordeling docent			

Situatie

Concrete relevante situatie: Wie, wat, waar?(feiten en omstandigheden)

Taak

Wat was je doel? Wat wilde je bereiken? Waar wilde je heen in de situatie? Welke opdracht had je jezelf gegeven?

Acties

Wat deed je daarvoor in deze situatie? Wat waren de reacties? Waarom? Hoe reageerde jij toen? Wat weerhield je ervan? Hoe voelde jij je toen? Wat deden de anderen en waarom?

Resultaat

Wat was het resultaat van je aanpak? In hoeverre heeft het effect opgeleverd? Ben je geslaagd in je opzet?

Reflectie

Wat heb je geleerd uit deze situatie? Wat zou je nu wellicht anders doen en waarom?

