

IEDERE DAG VAN WAARDE

Visie Psychogeriatrische Zorg QuaRijn 2017



23 februari 2017

INHOUDSOPGAVE

DEEL 1: GOEDE DEMENTIEZORG

1. KWETSBARE OUDEREN, ONZE ZORG, JOUW ZORG 4
2. DE KERN VAN DE ZAAK: DE MENS VOOROP 5

DEEL 2: HOE WIJ WERKEN (tien werkwijzen voor goede dementiezorg)

1. EEN NIEUW THUIS 7
2. DE BELEVINGSGERICHTE BENADERING: KENNIS EN EMPATHIE 8
3. NAASTEN EN INFORMELE ZORG 8
4. BENADERING BIJ PROBLEMGEDRAG 9
5. FARMACOTHERAPIE: START LOW, GO SLOW (niet te veel en niet te snel)..... 11
6. BOPZ: DE BESCHERMING VAN KWETSBAARHEID 12
7. MAALTIJD EN VOEDING 13
8. EEN OPTIMALE LEEFOMGEVING 14
9. BEWEGEN DOET LEVEN 15
10. KWALITEITSKADERS 16

Geraadpleegde literatuur en bronnen 17

Bijlagen:

1. Integrale teamleden 18

DEEL 1: GOEDE DEMENTIEZORG

1. KWETSBARE OUDEREN, ONZE ZORG, JOUW ZORG

Iedere dag van waarde

Als je bij QuaRijn werkt heb je er voor gekozen je in te zetten voor ouderen. Op onze locaties gaat het om zeer kwetsbare ouderen die kampen met verschillende gezondheidsproblemen welke hun kwaliteit van leven in ernstige mate ondermijnen.

Wij doen ons best om voor onze bewoners, elke dag van waarde te laten zijn. Dat is een mooie uitdaging en betekenisvol werk. Wij mogen met recht trots zijn op onszelf en op het werk wat we doen. Die trots zien we terug in de visie van QuaRijn.

QuaRijn biedt kwalitatief hoogwaardige professionele zorg en diensten op de Utrechtse Heuvelrug en in de Kromme Rijnstreek. Wij zijn gericht op de kwaliteit in het dagelijkse leven. Onze zorg en dienstverlening komt elke dag opnieuw tot stand in dialoog en in samenwerking met de cliënt en directe naasten. Zij houden zo veel mogelijk de regie. Onze inzet is persoonlijk, warm naar de klant en invoegend in de keten. Wij zijn pas tevreden wanneer onze cliënten dat zijn.

Binnen QuaRijn werken we met professionals. Onze professionele drijfveer daagt ons uit om ons werk elke dag weer een beetje beter te doen. Een visie moet ons daarbij scherp houden en ons als team laten samenwerken en excelleren. Zo maken we voor onze bewoners en voor onszelf

“IEDERE DAG VAN WAARDE”

Visie als instrument

Dit document beschrijft onze visie op zorg voor mensen met dementie en de vertaling daarvan in werkwijzen. In eerste instantie gaat het om mensen die 24 uur per dag ondersteunende zorg nodig hebben. Het is de voorloper van een visiedocument voor dementiezorg binnen heel QuaRijn. Een visie is niet een document in een la, een visie is een instrument dat je helpt elke dag weer gezamenlijk op koers te blijven. Een visie *doe* je.

De visie is als volgt opgebouwd. In deel 1 beschrijven we de kern van de visie op goede dementiezorg binnen QuaRijn. Eigenlijk is dat de grondhouding die we van elke collega verwachten. Waar je ook werkt. In deel 2 werken we de visie uit in 10 essentiële werkwijzen die we dagelijks doen. Elk jaar evalueren we de werkwijzen. Elk jaar wordt het document aangepast aan nieuwe gemeenschappelijke inzichten. Zo blijven we onszelf altijd verbeteren.

2. DE KERN VAN DE ZAAK: DE MENS VOOROP

Mensen met dementie

Bij QuaRijn dragen we zorg voor mensen *met* dementie. Zoals het er staat bedoelen we het ook: de mens komt voor de ziekte. Wij respecteren altijd de autonomie van mensen. Bewoners worden bij QuaRijn niet benaderd als een zieke met beperkingen, maar als een mens met een eigen identiteit en mogelijkheden. Mensen met dementie zijn in de eerste plaats individuen, met ieder een unieke persoonlijkheid en levensgeschiedenis. Wij werken vanuit de overtuiging dat voor ieder mens met dementie een waardig bestaan mogelijk blijft. Dat is ons vak en dat doen we gedreven. Met aandacht dichtbij zijn en een nieuwsgierige houding, dat is waar we voor willen staan en met dat vertrouwen in elkaar werken we samen. In onze zorg voor mensen met dementie hanteren we de volgende uitgangspunten:

Autonomie: wij respecteren de persoonlijke leefwereld van onze bewoners

Wij betreden dagelijks het huis van de bewoners. Dat vraagt van ons bewust aanwezig te zijn waarbij wij aansluiten op de situatie zoals de bewoner thuis gewend was en/of bij de belevingswereld van dat moment.

Veiligheid en nabijheid

QuaRijn gaat uit van de belevingsgerichte en persoonlijke benadering. Wij sluiten aan bij de manier waarop iemand met dementie zijn of haar leven en de omgeving ervaart. Dit vraagt om een presente houding van een vakbekwame professional. Met alle betrokkenen creëren wij een omgeving die voor de bewoner herkenbaar en veilig is en waarbij altijd medewerkers in de directe nabijheid aanwezig zijn.

We werken integraal samen vanuit een holistisch mensbeeld

Levenskwaliteit en welbevinden wordt door verschillende factoren beïnvloed: fysieke factoren, psychosociale factoren en de leefomgeving. Alle factoren beïnvloeden elkaar ook weer onderling. Dementiezorg kent vraagstukken die in samenwerking met verschillende experts beantwoord moeten worden. Dat vergt goede samenwerking tussen alle betrokkenen die vanuit een functie-overstijgende houding hun bijdrage leveren.

DEEL 2: HOE WIJ WERKEN (tien werkwijzen voor goede dementiezorg)



1. EEN NIEUW THUIS

Een nieuwe bewoner verhuist naar zijn nieuwe plek. Een plek die zo veel mogelijk moet uitgroeien tot een veilig en vertrouwd thuis. Wij voegen in, in het leven van de bewoner en zijn/haar naasten.

Wij kunnen alleen invoegen en een nieuw thuis creëren als wij het leven van de nieuwe bewoner kennen. Alleen als we de bewoner kennen weten we wat "thuis" betekent. Daar doen we moeite voor. We bezoeken elke nieuwe bewoner vooraf op zijn oude woonplek. We kennen de belangrijkste elementen uit zijn/haar levensgeschiedenis zodat wij onze zorg op de bewoner en op de naasten kunnen afstemmen. We zetten het levensritme van de bewoner op zijn/haar nieuwe plek zo goed mogelijk voort. Dat zien we terug in de inrichting van de kamer, de kleding die iemand graag draagt, het handhaven van het leefritme van de bewoner.

De kennismaking op de woning

De verhuizing zo prettig als mogelijk laten verlopen kan op verschillende manieren. Een nieuwe bewoner kan een paar keer de locatie bezoeken. Er wordt gestreefd naar altijd een huisbezoek. Op de dag van verhuizing verwelkomen medewerkers van het zorgteam de nieuwe bewoner. Er is warme professionele aandacht voor deze nieuwe bewoner: een welkomstgesprek, voorstellen aan andere bewoners, een cake bij de koffie, etc. Ook medebewoners zijn geïnformeerd en zo mogelijk voorbereid op de komst.

De noodzaak van warme professionele aandacht bij de verhuizing.

Een verhuizing is voor veel mensen ingrijpend. Maar voor de mens met dementie is het een totaal onoverzichtelijke en ongrijpbare situatie in een levensfase die toch vaak al zeer stressvol is. Dat vraagt van ons aandacht, kennis en kunde. Vaak leiden de volgende drie factoren tot een verhuizing:

1. Ernstige toename van het dementiebeeld;

Iemand met dementie kan gaan dwalen, weglopen, het dag- en nachtritme omdraaien, gevaarlijke situaties creëren (bv. gas van een fornuis open laten staan). Hij/zij vertoont vaak onbegrepen gedrag zoals hard roepen of agressie. Dat verstoort in ernstige mate de relatie met de partner en maakt het thuis te onoverzichtelijk.

2. Toename van lichamelijke zorgproblemen;

Het omgaan met lichamelijke klachten is voor een iemand met dementie extra zwaar omdat het inzicht in de ziekte en het begrip oorzaak-gevolg niet meer aanwezig is. De extra fysieke verzorging maakt het vaak ook zwaar voor de partner.

3. Overbelasting van de partner of het sociale (mantelzorg)systeem;

De partner heeft vaak de rol van mantelzorger. Hij/zij is vaak zelf op leeftijd en kampt met eigen gezondheidsklachten. De partner loopt het risico uitgeput te raken en kan de zorg voor zijn/haar naaste niet meer aan.

2. DE BELEVINGSGERICHTE BENADERING: KENNIS EN EMPATHIE

De kern van belevingsgerichte zorg is het zoeken naar een manier van verzorgen, begeleiden, behandelen en ondersteunen die aansluit bij de manier waarop iemand met dementie zijn/haar leven en de omgeving ervaart. Hoe iemand zijn situatie beleeft, kan van persoon tot persoon, van ziekte tot ziekte en van dag tot dag verschillen. Zorg en dienstverlening die belevingsgericht is, houdt rekening met deze verschillen en doet daarmee recht aan de betrokkene als persoon.

Binnen QuaRijn doen we elke dag en elk moment ons best het gedrag van de bewoner zo goed mogelijk te 'lezen'. De zorgverlening beweegt mee met het dynamische dementeringsproces. Daarvoor moeten wij ons verdiepen in de wereld, taal en communicatie van onze bewoners.

Onze professionals zijn geschoold in alle gangbare, evidence based benaderingswijzen en kiezen bij iedere bewoner bij iedere fase de benaderingswijze die het beste aansluit bij diens behoeften.

Belevingsgerichte zorg heeft een uitgebreide theoretische ondergrond in zowel de neurologie, psychiatrie, ontwikkelingspsychologie en humanistische psychologie (Bowlby, Erikson, Rodgers, Maslow, Lazarus, Feil etc). (In Nederland: Verdult, Houweling, Droes, Miesen, Buyssen, van de Plaats.)

Voorbeelden van benaderwijzen en methodieken zijn: realiteitsoriëntatie (RO), validation, warme zorg (veilige en warme leefomgeving creëren), Reminiscentie, Snoezelen, Fenomenologische benadering (de methode Urlings), PDL (Passiviteiten van het Dagelijks Leven), Muziekactiviteiten, haptonomie, massage, humor, Levensboeken, etc..

Een belangrijke voorwaarde om belevingsgericht te kunnen werken is "Present aanwezig zijn". We kunnen gehaast rennen om alle praktische zaken voor de bewoner voor elkaar te krijgen. Hoewel je dan bezig bent voor de bewoner, ervaart de bewoner geen echte aandacht. We missen het contact en zien niet hoe het ècht met de bewoner gaat. Bij QuaRijn hechten we juist waarde aan die vorm van aandacht.

3. NAASTEN EN INFORMELE ZORG

Relatie met partner, familie, mantelzorger

Wij leren niet alleen de bewoner maar ook de partner, familie en/of mantelzorger(s) kennen. Zij behoren allen tot de leefwereld van de bewoner en zijn voor hem/haar belangrijk. Daarom houden we het netwerk ook zo veel mogelijk actief in stand.

De partner is/blijft niet automatisch ook mantelzorger. De ene partner wil graag dicht bij de zorg voor zijn of haar naaste betrokken blijven, maar anderen zijn na de hectische periode van het mantelzorg verlenen juist toe aan rust.

De ene partner kan het moeilijk vinden om zijn echtgenote bij het eten te helpen terwijl een andere partner dat als mantelzorger juist als zijn taak gaat zien.

Bij QuaRijn zullen we de partner en naasten altijd actief in de zorg betrekken. De partner en naasten kunnen afhankelijk van de draagkracht zelf bepalen wat en hoe zij bij kunnen dragen aan deze zorg. Niet alleen de bewoner maar ook de partner en naasten benaderen wij daarom persoonlijk. We zorgen ervoor dat de partner en naasten zich welkom voelen en waardering krijgen voor de hulp die zij bieden.

Contactpersoon

Binnen QuaRijn houden we partners en familie goed op de hoogte van de gebeurtenissen op de woning en betrekken we hen bij veranderingen en beslissingen. Daarvoor gebruiken we zo veel mogelijk digitale middelen. De familie wordt vertegenwoordigd door een contactpersoon. Deze persoon is elk halfjaar aanwezig bij de zorgleefplanbespreking en wordt altijd betrokken bij belangrijke beslissingen. Deze contactpersoon heeft de taak om dit binnen de familie verder te bespreken.

Inzet van formele en informele zorg

Niet alleen professionele zorg, maar ook welzijn en informele zorg kan waarde toevoegen aan het leven van de bewoners. Denk aan de inzet van vrijwilligers, naar de kapper gaan, massages, etc. Allemaal activiteiten die de dag van waarde kunnen maken.

Daarom staan locaties van QuaRijn in open verbinding met de buitenwereld. Vrijwilligers zijn net als burens die bij je op bezoek komen en je een handje helpen. Van vrijwilligers wordt wel dezelfde grondhouding verwacht als van medewerkers van QuaRijn. Iedere vrijwilliger zal vooraf worden geschoold in het omgaan met mensen met dementie.

4. BENADERING BIJ PROBLEEMGEDRAG

Mensen met dementie kunnen door cognitieve beperkingen vaak niet of nauwelijks gebruik maken van communicatiemethoden die gezonde mensen gebruiken. Uit het gedrag van mensen met dementie valt voor de getrainde medewerker een schat aan informatie af te leiden.

Bij QuaRijn gaan we ervan uit dat, wanneer er sprake is van probleemgedrag zoals agitatie of onrust, dit een teken is dat de bewoner niet lekker in zijn/haar vel zit. Het is dan aan het multidisciplinaire team van behandelaars en verzorgenden/verpleegkundigen om de oorzaak van het gedrag te achterhalen en op deze oorzaak in te spelen. Door methodisch te werken weet je dat je geen belangrijke stappen overslaat en dat er, zelfs wanneer geen duidelijke oorzaak van het gedrag gevonden wordt, alles aan gedaan is de oorzaak van het gevoel van onbehagen te vinden. Door gedrag altijd grondig en multidisciplinair te analyseren wordt onnodig gebruik van psychofarmaca voorkomen.

Recent is in het rapport 'omgaan met onbegrepen gedrag bij dementie' van Trimbos/Vilans een omschrijving gemaakt van de 8 belangrijke kernelementen die een goede aanpak van probleemgedrag bij dementie horen, welke door QuaRijn gehanteerd worden:

1. Tijdig signaleren van onbegrepen gedrag zodat ingegrepen kan worden voordat escalatie plaatsvindt;
2. De oorzaak van het gedrag aanpakken en niet het gedrag zelf;

3. Een gedegen analyse maken van het gedrag met nagaan van oorzaken op lichamelijk-, psychisch- en sociaal terrein;
4. Multidisciplinair werken in een team met in ieder geval een arts, de psycholoog en een verzorgende;
5. Familie en mantelzorg betrekken bij de analyse en de aanpak van het probleem;
6. Eerst psychosociale interventies toepassen. Psychofarmaca worden alleen toegepast wanneer kan worden aangetoond dat psychosociale interventies niet (voldoende) werkzaam zijn (met uitzondering van een lichamelijke oorzaak of bij sprake van een delier of psychose);
7. Psychofarmaca volgens de richtlijn toepassen tenzij er belangrijke redenen zijn om hiervan af te wijken;
8. De behandeling evalueren.

QuaRijn spant zich in om complex gedrag via de acht kernelementen te benaderen. Daarnaast maken we de volgende afspraken:

- **Vast team**
We streven naar een vast team van verzorgend personeel en behandelaars. Pas als men de bewoner goed kent kunnen veranderingen van gedrag goed en tijdig gesignaleerd worden.
- **Kennis en kunde**
Er is voldoende kennis en kunde over probleemgedrag aanwezig in het team. Alle medewerkers die werken met mensen met dementie worden voortdurend geschoold in het omgaan met gedrag van mensen met dementie.
- **Afstemming**
Er vinden wekelijks afstemmingsoverleggen plaats tussen de specialist ouderengeneeskunde en het verzorgend personeel en minimaal twee-wekelijks met de psycholoog erbij. Hiermee kunnen behandelaars een vinger aan de pols houden en verzorgenden/verpleegkundigen kunnen laagdrempelig vragen over gedrag en andere zaken inbrengen.
- **Psychofarmaca**
Psychofarmaca heeft zelden een goede uitwerking op de bewoner met dementie. Daarom wordt onnodig gebruik van psychofarmaca voorkomen. Als er toch psychofarmacon wordt voorgeschreven, wordt dit genoteerd in het zorgleefplan en volgens voorschrift geëvalueerd. Langdurig gebruik van psychofarmaca wordt tegen gegaan door één keer per kwartaal te evalueren waarbij aandacht is voor pogingen tot begeleid afbouwen.
- **GRIP**
Binnen QuaRijn wordt gewerkt met GRIP, een zorgprogramma voor het zorgvuldig doorlopen van een multidisciplinaire aanpak bij probleemgedrag op psychogeriatrische afdelingen. Een digitale tool Grip Online ondersteunt dit proces. Onvrijwillige zorg wordt alleen als onderdeel van een behandelplan toegepast. Doordat gestructureerde evaluatie onderdeel is van het zorgprogramma wordt ook

gewaarborgd dat onvrijwillige zorg frequent geëvalueerd wordt en nooit langer dan noodzakelijk plaats vindt.

5. FARMACOTHERAPIE: START LOW, GO SLOW (niet te veel en niet te snel)

Het voorschrijfbeleid van de arts dient deskundig te zijn. Uitgangspunten hierbij zijn het Formularium QuaRijn (2013)¹, de Verenso richtlijn probleemgedrag (2011) en de Vilans richtlijn omgaan met onbegrepen gedrag (2013). Het voorschrijfbeleid is voorzichtig, niet te snel en niet te veel ('start low, go slow'). Er wordt gezocht naar de laagst werkzame dosering.

Bij ouderen treden er allerlei lichamelijke veranderingen op die een grote invloed hebben op het geneesmiddelgebruik. De spiermassa en het lichaamswater nemen af en het vetgehalte neemt toe. Ook nemen de lever- en nierfuncties af. Bij ouderen komen multimorbiditeit (meerdere ziekten) en polyfarmacie (meerdere geneesmiddelen) veel vaker voor. De reactie op medicatie is daardoor onvoorspelbaarder en er is een groter risico op bijwerkingen. Voorbeelden hiervan zijn: lage bloeddruk, duizeligheid, verwardheid, spierzwakte, spierpijn, loopstoornissen, vallen, depressie, apathie, minder goed drinken, etc.

Bij ouderen met dementie komen hier nog extra complicaties bij zoals een verhoogde gevoeligheid voor psychofarmaca en het niet ofwel onduidelijk aan kunnen geven van bijwerkingen. Het is daarom belangrijk om zeer kritisch en terughoudend te zijn bij het voorschrijven van medicatie bij ouderen met dementie. Zeker als het gaat om psychofarmaca zoals benzodiazepinen en neuroleptica.

Vaak vragen medewerkers uit de zorg en familie om medicatie voor de bewoner. Daarom is het belangrijk dat niet alleen de arts maar iedere betrokkene op de hoogte is van dit beleid. Zowel de arts als de verpleegkundige hebben hierin een voorlichtende rol.

Het medicatiebeleid wordt cyclisch deskundig geëvalueerd. Tweemaal per jaar worden er medicatiereviews uitgevoerd door de specialist ouderengeneeskunde en de apotheker. Hierbij worden ook de start-en-stop-criteria gebruikt. Ook wordt er kostenbewust voorgeschreven. Daarnaast wordt er viermaal per jaar (bij de kwartaalevaluatie) een medicatie-evaluatie uitgevoerd door de specialist ouderengeneeskunde en de coördinator.

De medicatieverstrekking wordt goed en veilig georganiseerd. Van belang hierbij zijn goede afspraken met de apotheek en het beschermen van de medicatie uitdelende verzorgende tegen stoorfactoren.

¹ Een formularium is een bondige samenvatting van medicamenteuze adviezen bij een ziekte of indicatie, waarover tussen zorgverleners overeenstemming bestaat (Bron: Wikiwoordenboek – formularium).

6. BOPZ: DE BESCHERMING VAN KWETSBAARHEID

Binnen QuaRijn houden we ons aan de wet BOPZ. Het eigen lichaam en de woonplek van de bewoner zijn persoonlijke domeinen die wij te allen tijde respecteren als de persoonlijke autonomie van de cliënt. Wij beperken in uitzonderingsgevallen de vrijheid van de cliënt. Dat ontslaat ons echter niet van de plicht bij elke bewoner te zoeken naar de minst ingrijpende oplossing. Een 'zachtere' vorm van vrijheidsbeperking is bijvoorbeeld het gebruik van toezichthoudende domotica. Maar ook het inzetten van domotica overschrijdt de persoonlijke integriteit van onze cliënten en dient alleen te worden ingezet waar dat noodzakelijk is. Uitvoering geven aan de BOPZ is een verantwoordelijkheid voor alle betrokken medewerkers. Daarom wordt iedere medewerker hierop geschoold. Het voorschrijven van een vrijheidsbeperking verloopt altijd via de arts en wordt uitgevoerd volgens de zorgvuldige procedure die is opgenomen in het BOPZ beleid.

QuaRijn heeft als uitgangspunt² dat onvrijwillige zorg een uiterst middel moet zijn. Er wordt dus te allen tijde getracht onvrijwillige zorg te voorkomen.

Er zijn uitzonderingssituaties waarin onvrijwillige zorg nodig is om goede zorg te kunnen leveren. Wanneer er sprake is van onvrijwillige zorg streeft QuaRijn ernaar, dit enkel na zorgvuldige analyse en overweging en voor een zo kort mogelijke periode te doen.

Binnen QuaRijn hanteren wij hierbij een aantal uitgangspunten:

- Valgevaar of vergelijkbare risico's zijn binnen QuaRijn geen reden om een bewoner te fixeren;
- Verzorgenden, artsen en paramedici zijn goedgeschoold over het gebruik van middelen en maatregelen. Zij moeten op de hoogte zijn van de nadelen om het gebruik te voorkomen dan wel tot een minimum te beperken;
- Er wordt actief gezocht naar alternatieven, zoals extra lage bedden, relaxstoelen, op het individu afgestemde daginvulling en gecamoufleerde buitendeuren;
- Er is altijd goede communicatie met familie. Middelen en maatregelen mogen nooit zonder toestemming van de vertegenwoordiger toegepast worden. Omgekeerd kan familie geen maatregel eisen als daarvoor onvoldoende professionele onderbouwing bestaat;
- Daar waar uiteindelijk toch besloten wordt tot toepassing van een middel of maatregel wordt dit zorgvuldig onderbouwd, regelmatig geëvalueerd en zo spoedig mogelijk weer gestopt;
- Bij verzet van een bewoner tegen een middel of maatregel dient de Bopz- arts hierover geïnformeerd te worden. In de meeste gevallen wordt de maatregel gestaakt.

QuaRijn kent een Bopz-commissie die toeziet op een zorgvuldige uitvoering van de Wet Bopz en een kritische attitude bewaakt.

² Zie ook: 2015, QuaRijn, Beleid onvrijwillige zorg/ Bopz

7. MAALTIJD EN VOEDING

Op veel locaties kennen we het begrip "kleinschalig wonen". Daarmee willen we een veilig thuis creëren. Voeding en de maaltijden hebben daarin een belangrijke rol.

Mensen met dementie worden steeds afhankelijker van omgevingsprikkels zoals geur, kleur, tast, geluid, smaak, sfeer, temperatuur, bejegening, inrichting, meubilair, hulpmiddelen. Deze prikkels hebben bij het vorderen van de dementie een steeds grotere invloed op het welzijn van de bewoner. Prikkels die juist bij de maaltijden en voeding heel goed ingepast kunnen worden. Daarom kookt men zelf/samen op de units. Als bij het "zelf koken" een huiselijke en veilige sfeer wordt gecreëerd draagt dit bij aan de levenskwaliteit van de bewoners.

Daarnaast ondersteunen terugkerende maaltijden het dagritme van bewoners.

- 1) *Herkenbare / belevingsgerichte ambiance*
Denk aan het serveren van 'ouderwetse' gerechten, het gebruik van 'ouderwets' servies en een koffiezetapparaat met filterkoffie;
- 2) *Ondersteunende omgevingsactiviteiten bij het creëren van de juiste beleving van het eet-moment*
Denk aan meehelpen met koken in de woning, helpen bij tafeldekken, mede het menu bepalen;
- 3) *Algemene aandachtspunten voor gezonde voeding voor mensen met dementie*
Een goed ritme is 3 kleine hoofdmaaltijden en 3 kleine voedzame tussenmaaltijden per dag 'op maat'. Gebruik beperkt geraffineerde suikers/ 'lege' koolhydraten, zoetstoffen, zout en smaakversterkers. Zorg voor voldoende groente en vers fruit, zo nodig verwerkt in (zelfgemaakte) vruchtenmoes of smoothies bij kauw- en slikproblemen. Zo mogelijk drie keer daags een zuivelproduct.

Belangrijk bij voeding is een pijnvrije mond. Dat wordt ondersteund door mondzorg aan te bieden via de mondhygiënist en de geriatrietandarts. Daarnaast is ondersteunende begeleiding mogelijk van het multidisciplinaire 'slikteam' wanneer er sprake is van kauw- en slikproblemen.

Het risico op het ontstaan van ongewenst gewichtsverlies en ondervoeding wordt bij QuaRijn door de coördinator en specialist ouderengeneeskunde geëvalueerd door middel van de SNAQ – lijst of maandelijks wegen. Deze is ook beschikbaar in de 'gereedschapskoffer' van de thuiszorgteams. QuaRijn kent een terughoudend beleid ten aanzien van de toepassing van dieetproducten en sondevoeding bij dementie. Op de voorgrond staat kwaliteit van leven en de voorkeur van de bewoner.

8. EEN OPTIMALE LEEFOMGEVING

QuaRijn streeft naar een zo veilig mogelijke leefomgeving. Wanneer met het vorderen van de dementie het denken en herkennen vertroebelt, voelen zowel externe als interne prikkels al snel onbekend en beangstigend. Een herkenbare omgeving biedt dan rust, houvast en vertrouwen. Wat is herkenbaar?

Met het vorderen van de dementie zal dat steeds meer een omgeving zijn die wij 'ouderwets' noemen, met gebruiksvoorwerpen, kunst en inrichting zoals dat een generatie terug gebruikelijk was. Het wonen 'zoals vroeger'. Kenmerken als de oor fauteuil, de staande schemerlamp en een tafelkleed zijn daarbij onmisbaar.

Als mens sta je voortdurend middels al je zintuigen in contact met de omgeving. Je weet alle prikkels die binnen komen te filteren, interpreteren, en kan er waar nodig wel doordacht en gepast op reageren. Met het vorderen van de dementie wordt deze adequate prikkelverwerking steeds beperkter. Daarnaast hebben mensen met dementie minder mogelijkheden om te interacteren en communiceren met de wereld om zich heen om deze aan zijn/haar wensen en behoeften aan te passen. Kortom, men wordt steeds afhankelijker van de omgeving. Daar ligt dus, op het gebied van zorg en behandeling, een enorme verantwoordelijkheid om goede zorg te leveren. Tegelijkertijd biedt dit een schat aan mogelijkheden, want 'de omgeving', dat houdt alles in wat de persoon met dementie kan waarnemen. Denk aan geur, kleur, tast, geluid, smaak, sfeer, temperatuur, bejegening, inrichting, meubilair, beweging, hulpmiddelen, etc.

Wij sluiten aan bij de prikkelbehoefte van de mens met dementie, die per fase, per dag(deel) en per persoon verschillend kan zijn. Voor de één is dat meer lichamelijk (lopen, dansen, voelen, bewegen), voor de ander is dat meer visueel of vestibulair.

Een geschikte omgeving is een veilige, uitnodigende omgeving waar mensen, liefst door zichzelf te bewegen naar de gewenste niche, zelf kunnen 'scharrelen' naar wat op dat moment voor hen het best aansluit bij de behoefte, waar nodig begeleid door verzorgenden. Eveneens is het een omgeving die op alle mogelijke manieren helpend is bij het creëren van de juiste beleving, bijvoorbeeld het eet-moment, of het moment van de dag waarop men naar bed gaat. Als er muziek is, is dat muziek uit de oude tijd.

Voor een belevingsgerichte omgeving kun je denken aan een bibliotheek met boeken met veel plaatjes, over onderwerpen die de bewoners aanspreken. Er is een kinder(kamer)hoek, een wasruimte, een 'mannenschuur'. Er is een stuk belevingswand waar door men van alles kan voelen, ruiken, zien, in gang zetten (dynamische prikkels). Er is een snoezelbadkamer, er is een hoek met attributen die gesorteerd, verzameld, verplaatst, gevoeld, geknepen etc. kunnen worden. Er is een schommelstoel die precies de juiste vestibulaire prikkel geeft (horizontaal heen en weer, rustgevend). De eigen slaapkamer is herkenbaar en ook is er een weersonafhankelijke 'buitenruimte', daar waant men zich buiten, maar is men onafhankelijk van weersinvloeden.

Bij de inrichting is rekening gehouden met de verandering van zintuigelijke verwerking bij het dementieproces: zo is er overdag sterkere verlichting van de juiste kleurtemperatuur, er is prettige luchtvochtigheid (planten!) er is gewerkt met contrast (waarneming), een geschikte mix tussen harde en zachte materialen (lichaamswaarneming), akoestiek, zicht op toiletruimte vanuit bed en woonkamer (incontinentie, lichaamswaarneming), er wordt gewerkt met indirect licht en niet-glimmende oppervlakten etc.

De omgeving is dynamisch in die zin, dat met het inhuizen van een nieuwe bewoner het mogelijk is in overleg met familie en naasten bijvoorbeeld aanpassingen te doen die bij de nieuwe bewoner passen.

9. BEWEGEN DOET LEVEN

Bewegen

Bewegen is belangrijk voor ieder mens, ook voor mensen met dementie. Bij mensen met gevorderde dementie kan de neiging ontstaan om deze mensen te gaan verzorgen. Daarmee ontnemen we onze bewoners hun autonomie, hun resterende zelfredzaamheid maar vaak ook de mogelijkheid om zich nog te bewegen en zichzelf te ervaren. Hoe beperkt die beweging soms ook is, elke beweging is van waarde. Het gaat van wandelen tot aan zelf de haren kammen.

Hoe geven we dat vorm?

Het bewegen wordt afgestemd op de mogelijkheden van de bewoner. Als een bewoner binnen QuaRijn komt wonen wordt er gekeken naar de lichamelijke en fysieke mogelijkheden op het gebied van bewegen. In overleg met de bewoner, familie/mantelzorg, verzorging en aandachtfunctionaris bewegen wordt er gekeken welke kleine huishoudelijke klussen iemand nog kan doen binnen de nieuwe woonvorm. Ook op het gebied van de eigen lichamelijke verzorging wordt gekeken hoe de bewoner hier nog in staat is om deze zelfzorg taken uit te voeren.

Deze vormen van zelfstandig bewegen zijn ook belangrijk om de hospitalisatie tegen te gaan. Enkele voorbeelden zijn, aardappels schillen, post ophalen, stoffen, koffie zetten, inschenken, haren kammen, gezicht wassen en tandenpoetsen. Dat zijn prachtige beweegmomenten.

Als het nog mogelijk is en er ook interesse is, wordt er in overleg met de bewoner gekeken waar de bewoner kan aansluiten bij bestaande beweegactiviteiten die er aangeboden worden binnen het huis waar de cliënt woont. Dit zijn activiteiten die in de huiskamer worden gegeven, denk aan gym, spelvormen en fitness.

Binnen QuaRijn heeft elke bewoner een cliëntenagenda. Elke vorm van bewegen wordt hierin vastgelegd, zowel individuele, als groepsactiviteiten. Ook de zelfstandig uitgevoerde ADL en HDL activiteiten worden beschreven omdat ook dit waardevolle beweegactiviteiten zijn. Op die manier zorgen wij ervoor dat de bewoner ook de kans krijgt om deel te nemen aan deze dagelijkse activiteiten.

Er zijn 3 beweegvormen die beschreven kunnen worden:

1. Therapeutisch bewegen; Hiervoor zijn doelen opgesteld waar de bewoner in samenwerking met de therapeut aan werkt;
2. Recreatieve bewegen; Deze vorm van bewegen is gericht op het plezier van bewegen en wordt vaak in een groep gegeven onder begeleiding van een beweegagoog en activiteitenbegeleider;
Niet alleen professionele zorg maar ook familieleden en mantelzorgers hebben een belangrijk taak bij het bewegen. Denk aan een stukje lopen, een spelletje spelen en vooral niets overnemen en de bewoner zelfstandig laten eten en drinken;
3. Functioneel bewegen; Dit kan de bewoner nog zelf of gebeurt onder begeleiding van een verzorgende. Dit zijn de ADL en HDL handelingen.

10. KWALITEITSKADERS

QuaRijn wil medewerkers zo veel mogelijk eigen ruimte geven om vanuit aandacht, kennis en expertise in te spelen op de cliëntvraag. Op een aantal domeinen hanteert QuaRijn meer voorgeschreven beleidskaders. Dit beleid is voor elk team verplicht en staan in de diverse nota's beschreven. Het gaat om BOPZ, medicatie, hygiënisch werken, risicovolle handelingen, mondzorg en probleemgedrag.

- **De wet BOPZ: Behoud van autonomie**

De Wet Bopz³ beschermt de rechten van cliënten die te maken krijgen met dwang in de zorg. In de Wet Bopz staat wat de rechten zijn van patiënten tijdens een onvrijwillige opname in een instelling. Hoe we hier mee omgaan staat beschreven in werkwijzen 4, 5 en 6.

- **Veilige zorg**

Veilige zorg betekent dat we zo handelen dat de zorg geen schade kan toebrengen aan de cliënt. Denk aan het zorgvuldig omgaan met medicatie, goede mondzorg, altijd hygiënisch werken en risicovolle handelingen alleen uitvoeren als je bekwaam bent. Om zo veel mogelijk te werken volgens de laatste inzichten stellen we voor een aantal kritische handelingen protocollen op. Voor infectiepreventie, medicatie en de risicovolle handelingen kent QuaRijn kwaliteitscommissies die het beleid ontwikkelen. In de teams worden aandachtfunctionarissen aangesteld die op dit beleidsterrein de kwaliteit bewaken. Via jaarlijkse audits wordt de uitvoering gecontroleerd. Er is bij deze dossiers doorlopend aandacht voor bewustwording, kennis en houding.

- **Vakbekwaam**

Als je deze visie goed leest, begrijp je dat zorgen voor mensen met dementie een vak is, waarbij de juiste kennis, houding en vaardigheden van belang zijn. QuaRijn stelt al haar medewerkers in staat om vakbekwaam te worden en te blijven. Van medewerkers wordt daarin een actieve houding verwacht. Dat komt tot uitdrukking in het volgen van de trainingen, zichzelf continu willen verbeteren, lezen van vakbladen, consulteren van collega's etc.

Professionals bij QuaRijn werken volgens de professionele standaarden en richtlijnen van de diverse beroepsverenigingen (Verenso, Nederlands Instituut van Psychologen, etc.)

Daarnaast zijn alle medewerkers bij QuaRijn die werken met mensen met dementie op de hoogte van de grondbeginselen van belevingsgerichte zorg en van bijbehorende methodieken en theorieën.

³ Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.

Geraadpleegde literatuur en bronvermelding

- Alzheimer Nederland (2007). Alzheimerwijzer
- Blokhuis, W.B. (2014). De Alzheimer Papers
- Blom, M. (2000). Weten van vergeten
- Bowlby, J. (1962/1982). Attachment and loss: Vol. 1. Attachment. New York: Basis Books
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger. New York: Basic Books
- Buysen, H. (2011). De magische wereld van Alzheimer
- Buysen, H. (2007). De beleving van Dementie
- Coolen, J. (2015). Ouderen in zorghuizen
- Droës, R.M. (2001). Belevingsgerichte zorg bij dementie
- Droës, R.M. (1991). In beweging, Nijkerk, Intro
- Erikson EH. (1963). Childhood and Society. New York: Norton & Company
- Houweling H.(1987). Warme zorg, een visie op psychogeriatrische zorgverlening Tijdschr voor Bejaarden-,Kraam-, en Ziekenverzorgenden (20), 39-42
- Hoveling, Peter (1995). De belevingsgerichte benadering van dementerende ouderen
- IMOZ, Schema 4 fasen
- Kooij, C van der. (2000). Gewoon lief zijn? Boom Lemma Uitgevers
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer Publ. Comp., New York
- Naomi Feil, A.C.S.W and Vicki de Klerk-Rubin. (2012). The Validation Breakthrough: Simple Techniques for Communicating with People with 'Alzheimer's-Type Dementia' (3rd edition)
- Neuvel, Koos (2014). Alzheimer
- Plaats van der, A. (2008). De wondere wereld van dementie
- Rogers, C.R. (1976). Mens worden. Erven Bijleveld, Utrecht
- Shenk, D. (2001). Het vergeten
- Verduld, R. (1993). Dement worden. Belevingsgerichte begeleiding van dementerende ouderen
- Verduld, R. (2001).De lijdende dementerende mens. Over de empathische attitude in belevingsgerichte begeleiding. Afscheid van de psychogeriatric
- Verenso (2008). Richtlijn probleemgedrag
- Vilans/ Trimbos (2013). Omgaan met onbegrepen gedrag bij dementie
- Vinke, Hans (2207). Zorgboek Dementie
- V&VN (2008). Richtlijn omgaan met gedragsproblemen bij dementie

Bijlage 1: Integrale teamleden

Binnen de PG zorg wordt het kernteam gevormd door de verzorgenden, verpleegkundigen, de specialist ouderengeneeskunde en psycholoog. Paramedici en gespecialiseerde verpleegkundigen werken op verwijzing als het gaat om een individuele behandeling (behandeling op basis van te behalen doelen in een vooraf te bepalen tijd). Niet complexe wondzorg, dagelijks lopen en de ADL zijn primair het domein van verzorgenden. Daarnaast kunnen verzorgenden ondersteund worden in hun werk door middel van coaching en training.

Het zorgteam bestaat uit de volgende medewerkers

Verzorgende niveau 2

Ondersteunt ouderen bij de persoonlijke zorg waaronder voeding, persoonlijke hygiëne en aankleden en wassen.

Verzorgende niveau 3

Als niveau 2. Dient medicatie toe, oraal, rectaal, subcutaan en intramusculair. Geeft voorlichting aan de familie over het verlenen van mantelzorg en maakt daarover afspraken. Stelt individuele begeleidings- en verzorgingsprogramma's op. Plant en verzorgt activiteiten om de fysieke, sociale, emotionele staat en beleving van de bewoner te bevorderen. Stelt een dossier op over de conditie en ontwikkeling van bewoner en de geleverde zorg/diensten en houdt dit dossier bij. Signaleert en rapporteert veranderingen in de toestand van de bewoner en bespreekt dit met de arts of psycholoog. Overlegt met andere betrokken collega's over de bewoner.

Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric (GVP)

GVP staat voor Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric. De GVP is het eerste aanspreekpunt bij vragen met betrekking tot psychogeriatric, benaderingswijze en problemen. Zij begeleidt en geeft informatie aan collega's, mantelzorgers en vrijwilligers (rechtstreeks of via verzorgende). De GVP is een specialist in de zorg voor de psychogeriatric cliënt. De GVP heeft extra taken en verantwoordelijkheden naast die van verzorgende. De GVP werkt in de directe zorg met psychogeriatric mensen. Daarnaast is de GVP inhoudelijk deskundig op het gebied van psychogeriatric. Zij of hij adviseert en ondersteunt collega's, mantelzorgers en vrijwilligers in de zorg voor de dementerende cliënt.

Rol van de GVP

De GVP verplaatst zich in de behoeften, wensen en mogelijkheden van de psychogeriatric cliënt. De GVP behartigt de kwaliteit van leven van een psychogeriatric cliënt. Ze stelt de cliënt centraal in de zorgverlening en attendeert collega's, stagiairs en leerlingen hierop. Ze overlegt met andere zorgverleners en behandelaars, zoals artsen, psychologen, activiteitenbegeleiders en fysiotherapeuten. Verder geeft ze ook informatie en voorlichting over psychogeriatric aan mantelzorgers en vrijwilligers.

De GVP-er wordt op verschillende wijzen ingezet: zij maken deel uit van een multidisciplinair team of werken als zorginhoudelijk expert in kleinschalige woongroepen.

Positionering ten opzichte van GRIP

Alle medewerkers vangen signalen op en werken met het zorgprogramma GRIP. De GVP'er bekijkt als eerste de GRIP en onderneemt acties. De psycholoog bekijkt vervolgens de acties en heeft contacten met de GVP'ers.

De Sociaal pedagogisch SPH of SPW:

Als verzorgende niveau 2. Bewaakt het wonen en welzijn voor bewoners, daarnaast coachen zij anderen binnen het team (vrijwilligers, mantelzorg) op gebied van welzijn / welbevinden.

Verpleegkundige niveau 4

Als verzorgende niveau 2 en 3. Verpleegkundigen zijn daarnaast spin in het web tussen steeds meer verschillende actoren: verzorgenden, behandelaren, mantelzorgers en vrijwilligers, ect. Ze coördineert de zorg en voert de regie over al die activiteiten; die de overige actoren professioneel ondersteunt. Daarnaast heeft de verpleegkundige een extra rol bij het bewaken van de kwaliteitskaders.

Verpleegkundige niveau 5

Elke locatie of afdeling heeft de beschikking over enkele dagdelen een verpleegkundige niveau 5. Zijn ondersteunt en coacht het team bij de bewaking en verbetering van de kwaliteit. Ook kan ze de regie voeren over de behandeling van somatische klachten zoals de behandeling van complexe wonden.

De specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde (SOG) is de regievoerder en eindverantwoordelijk voor het medisch- en paramedisch beleid. De SOG behandelt naast de somatische problemen de psychogeriatrische problemen en is eindverantwoordelijk voor een goede 'advanced care planning⁴' en de BOPZ.

De SOG is behandelcoördinator van de cliënt. Hij of zij kan zijn of haar coördinerende taak (tijdelijk) delegeren aan de psycholoog van het team. De SOG blijft echter eindverantwoordelijk voor het medische- en paramedische deel van het zorgleefplan en ondertekent ook het medische deel van het zorgleefplan. Voor acute situaties geldt dat de SOG direct telefonisch beschikbaar is. Buiten kantoor tijd of bij grote drukte voert het verpleegkundig team eerst de verpleegkundige zorg dan wel een triage uit. Binnen QuaRijn is ook altijd een SOG in opleiding werkzaam.

Psychologen

De psychologen van QuaRijn zijn speciaal opgeleid om gevolgen van hersenschade op het gedrag te herkennen en verklaren.

De psycholoog begeleidt het team in het omgaan met het complexe gedrag van mensen met dementie. Daarnaast monitort de psycholoog door middel van observaties op de woningen en door informatie tijdens het afstemmingsoverleg de gemoedstoestand van de bewoners. Bij complex gedrag maakt de psycholoog een analyse van mogelijke oorzaken en stelt hij/zij een behandelplan op, samen met de zorg.

⁴ *Advanced care planning* (ACP) is een proces waarbij de patiënt met zijn behandelend arts zijn wensen, doelen en voorkeuren voor zorg rond het levenseinde bespreekt en eventueel vastlegt, vooruitlopend op het moment dat de patiënt zelf niet meer in staat is om beslissingen te nemen (bron: Nederlands tijdschrift voor geneeskunde).

Overkoepelend houdt de psycholoog in de gaten of er in de behandeling van en omgang met de bewoners steeds volgens de belevingsgerichte visie gewerkt wordt.

De beweegagoog

De beweegagoog begeleidt het zorgteam om de cliënten zoveel mogelijk uit te dagen tot bewegen. Men geeft inzicht en handvatten om de bewoner zo te begeleiden dat de bewegingsinzet bij de bewoner vandaan komt.

Paramedici

De paramedici worden op indicatie bij de behandeling van een bewoner betrokken. Naast behandeling op bewonersniveau hebben paramedici een belangrijke taak als het gaat om deskundigheidsbevordering en training van andere collega's.

Zo trainen de fysiotherapeuten verzorgenden en verpleegkundigen in de juiste til- en transfertechnieken. De logopedisten geven deskundigheidsbevordering met betrekking tot slik- en spraakproblemen.

De fysiotherapeut

De fysiotherapeut begeleidt mensen met dementie in het mobiel zijn en blijven. Daarnaast wordt de fysiotherapeut betrokken als er pijnklachten zijn bij het bewegen of in relatie tot bewegen. Het bewegend functioneren wordt in kaart gebracht. Dit kan variëren van het adviseren van een loophulpmiddel tot het revalideren na een nieuwe heup. Na anamnese en onderzoek wordt een behandelplan opgesteld. Hierin zijn behandeldoelen opgenomen waarvan uitgewerkt wordt. Deze doelen worden geregeld geëvalueerd om te kijken of de behandeling die gegeven wordt voldoende aansluit bij de bewoner en effect heeft. De fysiotherapeut probeert zoveel mogelijk aan te sluiten bij de bewoner en de behandeling zo te geven dat het voor mensen met dementie herkenbaar is.

De ergotherapeut

De ergotherapeut begeleidt en adviseert op vier gebieden:

1. bewoners zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren in betekenisvolle activiteiten;
2. participatie zo lang mogelijk te bevorderen bij de bewoners;
3. de bewoner zo comfortabel mogelijk te verzorgen en
4. complicaties als contracturen en decubitus zoveel mogelijk te voorkomen.

De ergotherapeuten nemen observatiemethoden af, analyseren en passen behandelstrategieën toe, die wetenschappelijk onderbouwd zijn en die rekening houden met bewoners, omgeving en de activiteit. Zo sluiten ze nauw aan bij de belevingsgerichte visie, cliëntgericht - en het multidisciplinair werken van de organisatie.

De logopedist

De logopedist wordt ingeschakeld wanneer sprake is van problemen op het gebied van communicatieve vaardigheden, veilig kunnen eten en drinken of goed kunnen horen om adequaat te kunnen communiceren. De behandelintensiteit is afhankelijk van de ernst van de problematiek en de leerbaarheid van de cliënt.

De diëtist

De diëtist begeleidt het team in het omgaan met het complexe gedrag van mensen met dementie bij de eet- en drinkmomenten op de dag. Wanneer gedrag of ziekte de voedingstoestand en daaraan gerelateerd de kwaliteit van leven negatief beïnvloedt, stelt zij op consultbasis samen met de zorg een behandelplan op.

Aanvullende persoonlijke wensen

Het is mogelijk dat cliënten persoonlijke wensen hebben zoals massage of vormen van alternatieve en complementaire zorg. QuaRijn levert deze zorg zelf niet maar als de bewoner deze zorg organiseert zal er waar gewenst en mogelijk integraal worden samengewerkt.