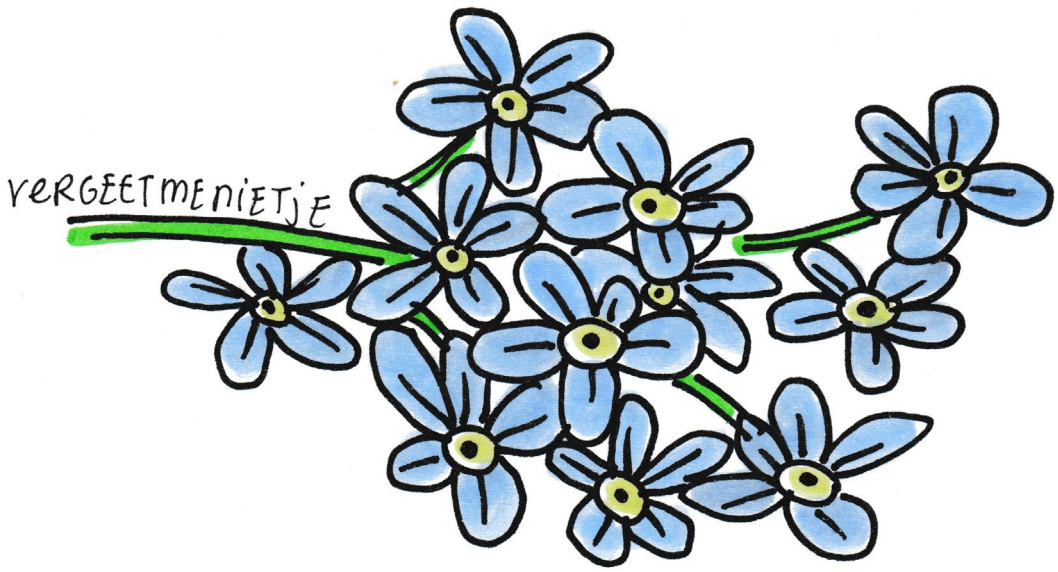
Samenvatting dementiebeleid ZGR			
Prestatienummer	D 1.1	**Datum eerste vaststelling:**	30-01-2019
Procesverantwoordelijke	Adviseur zorg en welzijn	**Laatste evaluatiedatum:**	13-05-2020
Inhoudelijk verantwoordelijke	Manager BS	**Te evalueren**	1e kwartaal 2023
Toepassingsgebied	Alle medewerkers	**Betrokken bij evaluatie**	GVP'ers, SO, Huisarts, breinomgevingscoach, wijkverpleegkundigen

Samenvatting van het dementiebeleid van ZGR



April 2020

Inhoudsopgave

Inleiding 3
1. Visie 4
1.1. Ambitie ZGR 4
1.2. Visie op begeleiding van mensen met dementie 4
2. Cliënt 5
3. Zorg- en begeleidingsconcept 6
3.1 Toezicht 8
3.2 Benadering 8
3.3 Zelfzorg ondersteuning 8
3.4 Welzijn 9
3.5 Behandeling 9
3.6 Kwantiteit en kwaliteit medewerkers 10
4 Zorgproces 11
5. Begeleiding vanaf het niet-pluis gevoel 12
6. Huisvesting 12
7. Domotica 13
Bijlage 1 14

Inleiding

Met al onze collega's en vrijwilligers samen zijn wij ZGR, de specialist in ouderenzorg en begeleiding bij dementie in het hart van Salland. In dit document beschrijven wij onze visie op de begeleiding van mensen met dementie en leggen wij het beleid uit dat wij daarbij hanteren; vanaf het eerste niet-pluisgevoel tot en met de latere stadia.

Wij werken al tientallen jaren met en voor mensen met dementie en hun naasten. Alle kennis die onze organisatie de afgelopen decennia heeft opgedaan is hier steeds op gericht geweest. Het feit dat wij al zo lang zulke specialistische kennis en ervaring hebben opgedaan, maakt dat wij ons inmiddels oprecht specialist kunnen noemen. In elk team zijn gespecialiseerde verzorgenden aanwezig en al onze collega's zijn geschoold in het omgaan met mensen met dementie. Zij hebben bewust voor het vakgebied gekozen en werken daardoor vanuit hun passie. Dat merken onze cliënten en bewoners aan de kwaliteit van de zorg en begeleiding die zij ontvangen en aan de oprechte interesse die er in hen getoond wordt. We bieden op verschillende locaties diverse vormen dagbesteding en van wonen, zoals kleinschalig wonen en individueel wonen. Binnen ZGR bestaat zelfs de mogelijkheid om ook met dementie met een partner samen te blijven wonen. Uiteraard begeleiden en ondersteunen we cliënten met dementie en hun mantelzorgers ook in de thuissituatie. Zo spelen we met een zo passend mogelijk aanbod in op de verschillende wensen en behoeften van onze cliënten en bewoners met dementie en hun mantelzorgers.

1. Visie

1.1. Ambitie ZGR

Onze collectieve ambitie van ZGR luidt:

Wij gunnen senioren in Salland een goed leven in eigen regie. Wij helpen hen bij het behoud van autonomie en zetten onze dienstverlening zo flexibel in, dat iedere cliënt dit ervaart als optimale ondersteuning op maat. Deze ambitie is de drijfveer voor al ons denken en handelen en houdt ons gericht op het overtreffen van de behoeften van senioren in Salland, zowel binnen als buiten onze locaties.

1.2. Visie op begeleiding van mensen met dementie

Bij het ondersteunen bij dementie staan welzijn, zingeving en de eigen regie centraal. De zorg en begeleiding die wij bieden gaan uit van een respectvolle relatie in een veilige omgeving en sluit aan op wat mensen zelf nog kunnen. Een van onze doelen is om het vertrouwde sociale en maatschappelijke systeem van de cliënt zoveel mogelijk intact te houden. Onze rol daarbij is het steunsysteem en zelfmanagement te versterken.

Binnen onze organisatie zijn welzijn en welbevinden in het dagelijks leven belangrijke componenten. Bij dementiezorg gaat het volgens ons meer over het welbevinden in de brede zin dan alleen over het fysieke welzijn. Uitgangspunt is dat onze zorg moet passen bij het leven van de cliënt, in plaats van dat zijn of haar leven wordt aangepast aan de zorg. Wij werken daarvoor binnen onze woonzorglocaties met de Brein Omgeving Methodiek (BOM). Deze methodiek werkt aan de hand van drie pijlers:

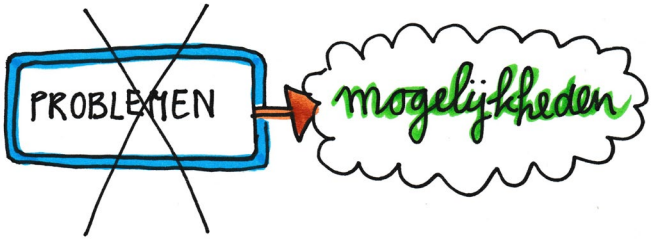
1. De fysieke omgeving: de bouw en inrichting van het gebouw, woning, de huiskamers, de sanitaire ruimtes, de gangen, beleefplekken, licht en geluid;
2. De werkprocessen (eten en drinken, structuur van de dag), zingeving en tijdbesteding;
3. Communicatie met en bejegening van mensen met dementie en collega's.

Kort samengevat is BOM gericht op het creëren van een optimale omgeving voor mensen met dementie. Dat is belangrijk, want zij zijn gevoelig voor hun omgeving en voor stemmingen van anderen. Door de omgeving herkenbaar, overzichtelijk en duidelijk te maken kan iemand beter functioneren. Dat voorkomt het gevoel van falen en versterkt de zelfstandigheid en het gevoel van eigenwaarde. Uitgangspunt hierbij is dat de veiligheid van de cliënt of zijn omgeving niet in het geding mag zijn.

Cliënten met een gevorderde dementie kunnen in de meeste gevallen niet meer alleen de regie over hun eigen leven voeren. Ze zijn in meer of mindere mate gedesoriënteerd in tijd, plaats en persoon, krijgen geheugenstoornissen (feiten en gebeurtenissen uit het verleden worden gewist) en inprentingsstoornissen (dagelijks nieuwe informatie kan niet meer worden ingeprent en opgeslagen).

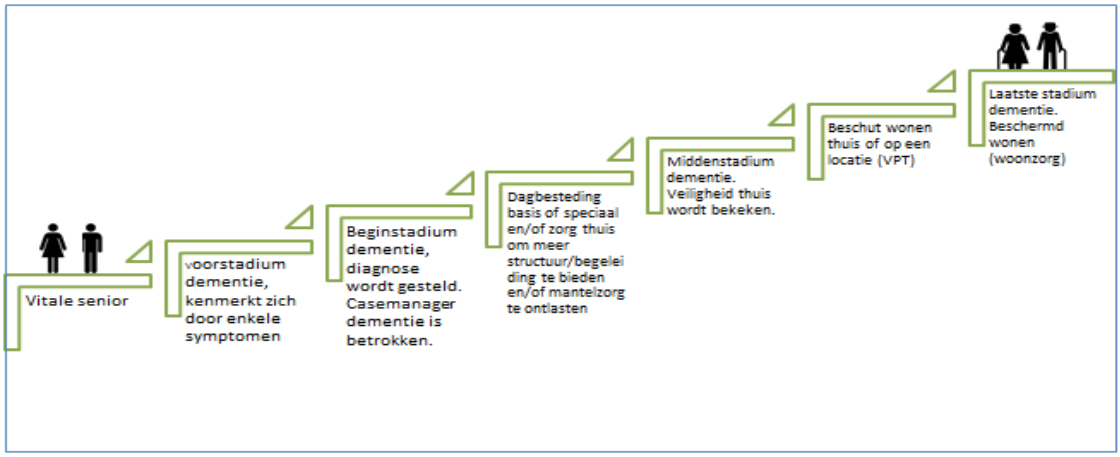
Intelligentie (het vermogen om problemen op te lossen) neemt af en er ontstaan kritiekstoornissen (besef en vaardigheden om in een complexe samenleving te functioneren nemen af). Cliënten vallen vaak in herhaling (zowel verbaal als motorisch) en kunnen een afasie (taalstoornis) of apraxie (welk voorwerp hoort bij welke handeling) ontwikkelen. Hierdoor kunnen cliënten zich angstig, onveilig en onzeker voelen. Ze hebben geen grip meer op hun leven, weten niet meer waar ze zijn, herkennen belangrijke personen uit hun leven niet meer. Ze vergeten te eten, zich te wassen en kleden, naar bed te gaan, herhalen vaak dezelfde zin of woorden of verrichten dezelfde handeling achter elkaar en zijn vaak zoekende.

Bovenstaande beschrijving van de gevolgen van de dementie en de visie op begeleiding van mensen met dementie heeft een schijnbare tegenstelling in zich. We voelen ons echter voor de uitdaging gesteld om hierbij, conform onze ambitie, te kijken naar mogelijkheden en niet naar problemen. Uitgangspunt hierbij is uiteraard dat de veiligheid van de cliënt of zijn omgeving nooit in het geding mag zijn en dat zorg/begeleidingstekorten alleen geaccepteerd worden als de cliënt dat wil, waarbij we een bewust genomen risico altijd vastleggen in het zorgleefplan van onze cliënt. Het accepteren van zorgtekorten kent wel een ondergrens. Die stellen onze professionals vast tijdens een cliëntbespreking of MDO, waarbij de zorgstandaard dementie en het normenkader verantwoorde zorg worden gebruikt.



2. Cliënt

Mensen met dementie doorlopen verschillende stadia (zie figuur 1). Op iedere trede neemt de mate van ondersteuning en begeleiding toe. Bij ons staat hierbij steeds de cliëntvraag centraal. Wij zullen onze zorg- en dienstverlening hier zoveel mogelijk op afstemmen.



Figuur 1. Verschillende stadia

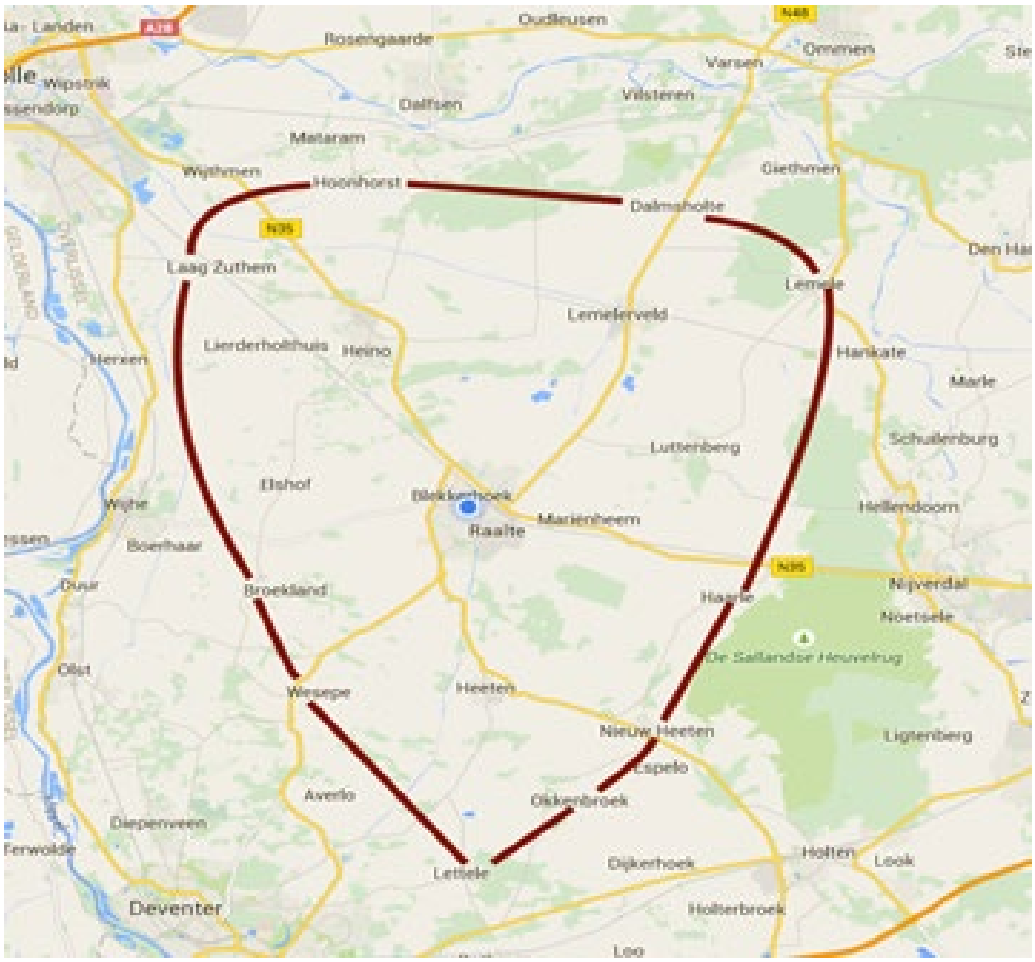
Onze casemanager dementie kan al ingezet worden op het moment dat er in de thuissituatie een niet-pluisgevoel is. Ook voor het verhuizen naar een appartement binnen een van onze woonzorglocaties kan al in de thuissituatie begeleiding opgestart worden. De verschillende vormen van wonen met dementie staan in principe open voor alle cliënten met een CIZ-indicatie V&V van Zorgprofiel 5 en 7 met grondslag psychogeriatrie. Afhankelijk van de woonvorm is in sommige gevallen wel een artikel 21 verklaring nodig. Daarnaast kunnen bij ons op een aantal woonzorglocaties ook cliënten met hun partner komen wonen. In overleg met de cliënt, de casemanager dementie, de praktijkverpleegkundige en/of de specialist ouderengeneeskunde zal besloten worden waar de cliënt het beste kan wonen, waarbij met domotica eventuele veiligheidsvoorzieningen op maat te regelen zijn. Als een cliënt eenmaal in een van onze appartementen woont, dan is het ons streven dat de cliënt hier kan blijven wonen tot aan zijn of haar dood. Dit geldt uiteraard tot het moment dat niet meer voldaan kan worden aan de zorgvraag of als de veiligheid van de cliënt of de omgeving in het geding is. Je kunt hierbij denken aan extreme gedragsstoornissen of bijzondere medische handelingen. Dan zullen we een andere woonomgeving gaan zoeken.

3. Zorg- en begeleidingsconcept

Voor de optimale zorg en begeleiding tijdens de hiervoor genoemde stadia van dementie werken wij vanuit verschillende invalshoeken. Denk hierbij aan zaken als de manier waarop wij mensen benaderen, de ondersteuning die naasten wensen bij zelfzorg, het welzijn en de wijze van behandeling, huishoudelijke ondersteuning, de kwaliteit en kwantiteit van onze collega's en de begeleiding van de mensen met dementie en hun naasten in de thuissituatie. Daarbij zijn diverse woonvormen mogelijk. We zetten die hieronder voor jou uiteen.

Zelfstandig wonen

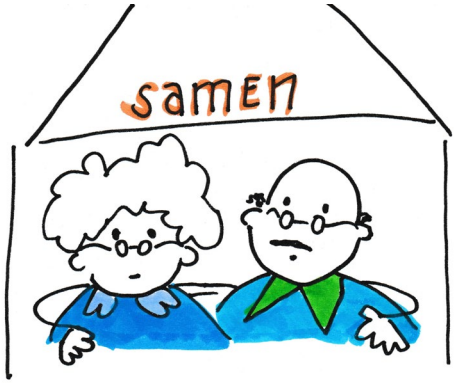
Zo lang iemand nog zelfstandig woont, ligt de regie bij die persoon of bij zijn of haar mantelzorger. Wij bekijken in zo'n geval per situatie waar de behoefte in ondersteuning ligt. Vaak zal gestart worden met minimale zorg, bijvoorbeeld met het realiseren van een gestructureerde invulling van de dag. Wij bieden hiervoor in het hart van Salland (zie figuur 2) diverse vormen van dagbesteding, die op enkele plekken ook in de avonden en weekenden beschikbaar zijn. Is ondersteuning in de huishouding nodig? Ook daarin voorzien wij met collega's die specifieke scholing voor het omgaan met dementie gevolgd hebben. Het uitgangspunt is dat zoveel mogelijk dezelfde collega's over de vloer komen.



Figuur 2. Het hart van Salland

Samenwonen op een woonzorglocatie

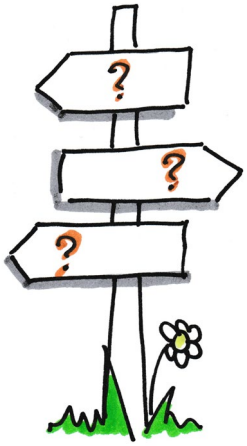
Binnen onze woonzorglocaties ZGR Brugstede in Lemelerveld en ZGR Schuilenburg in Raalte-Noord bestaan mogelijkheden om samen met een partner met dementie te wonen. Het uitgangspunt hierbij is het “samen zorgen” voor de dementerende partner. De planbare en niet-planbare zorg wordt dan, in samenwerking met de partner, door ons zorgteam geleverd. De partner wordt dan ook gezien als volwaardig lid van het multidisciplinair team. Uiteraard zijn de behoeften van de cliënt en de mogelijkheden van de gezonde partner hierbij het vertrekpunt. Als de partner door welke oorzaak dan ook geen ondersteuning meer kan bieden en/of zelf zorg nodig heeft, ondersteunen wij hierin: hetzij door het bieden van zorg, hetzij in het ondersteunen bij het vinden van een oplossing. Als de partners dat wensen, kunnen zij samen deelnemen aan dagactiviteiten die door ons georganiseerd worden.



Individueel wonen
Als iemand meer behoefte heeft aan privacy, kan diegene ervoor kiezen om op zichzelf te gaan wonen binnen een beschermde woonomgeving. De zorg wordt dan in samenwerking met mantelzorgers en vrijwilligers geleverd door ons zorgteam. Er is altijd een van onze collega's in de buurt, maar niet constant aanwezig in het appartement. Met behulp van domotica zijn veiligheidsvoorzieningen vaak op maat te regelen en afspraken over de mate van toezicht zijn in het zorgleefplan vastgelegd.

Groepswonen
Bij groepswonen met dementie is er naast het eigen appartement een gezamenlijke huiskamer, waar een zo gunstig mogelijke omgeving wordt gecreëerd voor zes tot tien bewoners. Deze woonvormen worden aangeboden op onze woonzorglocaties ZGR Angeli Custodes, ZGR Brugstede, ZGR Schuilenburg en ZGR Stevenserf. Er wordt met een kleine bezetting gewerkt, waardoor de collega's en de bewoners elkaar goed leren kennen. De inzet van mantelzorgers en vrijwilligers is essentieel bij deze vorm van wonen en de mate van toezicht wordt op individueel niveau vastgelegd in het zorgleefplan.

3.1 Toezicht



Onder toezicht verstaan wij letterlijk iemand in de gaten houden en bij iedereen bekijken wij afzonderlijk in welke mate dat nodig is. Het toezicht wordt primair gedaan door onze collega's en vrijwilligers en met domotica, maar ook de familie heeft hierin een rol. Er zal overigens altijd toezicht zijn als een of meer cliënten onrustig gedrag laten zien, als er een vrijheid beperkende interventie heeft plaatsgevonden, er gegeten of gedronken wordt, er potentieel gevaarlijke materialen voor handen zijn en als iemand bewegingsdrang heeft met daarbij een verhoogd valrisico.

3.2 Benadering

De manier waarop iemand door ons benaderd wordt, hangt van het individu af. We stellen een zorgleefplan op en daarbinnen heeft de benaderingswijze een duidelijke rol. Er wordt gewerkt volgens de eerder genoemde Brein Omgeving Methodiek. Onze collega's hebben kennis van het demente brein, de verschillende benaderingsvormen en de fases van dementie. Zij kunnen deze kennis toepassen en delen met elkaar, met mantelzorgers en met vrijwilligers.

3.3 Zelfzorg ondersteuning

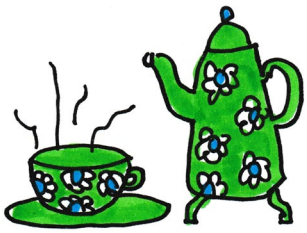
In het zorgleefplan benoemen we wat iemand eventueel nog zelf kan doen, waar partners, de familie of mantelzorgers in zouden kunnen ondersteunen en wat door vrijwilligers ingevuld zou kunnen worden. Vrijwilligers en mantelzorgers kunnen desgewenst door ons geschoold, gecoacht of begeleid worden.

Wanneer er een grotere zorg- of welzijnsbehoefte is dan door naasten geboden kan worden, zetten wij uiteraard altijd onze collega's in. Dit geldt ook als het gaat om specifieke expertise of voorbehouden handelingen. We hebben volop aandacht voor privacy en voor de veiligheid van de eigen woon- en leefsituatie. Het kan zijn dat we met wederzijds goedvinden bewust risico's nemen. Die worden dan ook in het zorgleefplan vastgelegd.

Algemene uitgangspunt is dat op het eigen appartement geen permanent toezicht aanwezig is. Cliënten zijn niet altijd in staat aan te geven wanneer zij zorg nodig hebben.
Hierbij zal eventueel gebruik gemaakt worden van domotica-toepassingen om zorg te signaleren of er worden afspraken gemaakt over geplande momenten van zorg. In de gezamenlijke huiskamers is permanent toezicht aanwezig. Het kan daarbij voorkomen dat een collega's de huiskamer even moet verlaten. Veelal wordt dan gekeken of er een stagiaire, vrijwilliger, familielid of een collega van de andere huiskamer het toezicht over kan nemen. Er kan soms ook een inschatting gemaakt worden om de huiskamer even (max. 10 minuten) zonder toezicht te laten. Dit hangt vanzelfsprekend af van de aanwezige cliënten in de huiskamer en in welke mate de toezicht van de cliënt beschreven staat.

Veel cliënten met dementie krijgen één of meer voedingsproblemen. Vaak neemt het honger- en dorstgevoel af, verandert de smaak en neemt het initiatief om te eten en drinken af. Daarnaast kunnen zich ook problemen voordoen als de cliënt niet goed meer weten hoe te eten of hoe het bestek te gebruiken. Er kunnen problemen optreden met kauwen en/of slikken. Het is bekend dat cliënten met dementie in een groep vaak beter eten: zien eten, doet eten. Er wordt daarom een mogelijkheid gecreëerd voor gezamenlijk eten en drinken.

3.4 Welzijn



Ons uitgangspunt is dat de daginvulling bijna gelijk is aan de thuissituatie. Dat betekent dat men hier zoveel mogelijk zelf vorm aan geeft. We zullen samen bekijken of dit ook in de praktijk lukt en anders maken we een plan, waarbij ervan uit wordt gegaan dat iedere cliënt dagelijks - naast de zorg- en huishoudelijke activiteiten - ook een andere activiteit heeft. Hierbij wordt als richtlijn het schema "de dag door met dementie" van de Brein Omgeving Methodiek (BOM) gebruikt, zie bijlage 1. Dit kan het uitoefenen van een hobby zijn, maar ook het afleggen van een bezoekje, zelf bezoek ontvangen of het maken van een wandeling. Er wordt eerst gekeken naar wat het bestaande sociale netwerk (eventueel aangevuld met vrijwilligers) hierin kan bieden. Mocht dit niet lukken, dan wordt dit door ons ingevuld. We organiseren ook regelmatig gezamenlijke activiteiten, waar alle cliënten voor worden uitgenodigd.

3.5 Behandeling

Ons zorgteam wordt ondersteund door diverse behandeldisciplines zoals de specialist ouderengeneeskunde, de huisarts, fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog, diëtist en logopedist.

Zij hebben een belangrijke signalerende rol met betrekking tot de zorg- en leefbehoefte van de cliënt en bij het geven van ondersteuning aan de collega's, mantelzorgers, familie of vrijwilligers. Zij zullen mede de grenzen bewaken tussen professionele en niet-professionele zorg.

De laatste tijd is er steeds meer onderzoek dat uitwijst dat bewegen bij mensen met dementie positief bijdraagt aan hun geestelijk functioneren. De cliënten zouden minimaal een half uur per dag moeten bewegen. Dit bewegen kan heel functioneel zijn, zoals lopen naar het toilet, de brievenbus en het doen van de afwas, maar ook ter ontspanning of als therapie. Het is belangrijk dat de omgeving het bewegen stimuleert. Ook cliënten die ernstig fysiek beperkt zijn, kunnen vaak nog wel bewegen. Er is aangetoond dat het bewegen van vingers of handen of zelfs het kauwen bijdraagt aan het beter geestelijk functioneren.

Om te kunnen bewegen is meestal geen fysiotherapeut nodig. Het is belangrijk dat bewegen in het zorgleefplan is opgenomen. Lukt het een cliënt niet om minimaal een half uur per dag te bewegen, dan kan bijvoorbeeld de fysio- of ergotherapeut gevraagd worden om mee te kijken, om een beweegplan op te stellen en om daarbij de betrokkenen ook in instrueren, coachen of begeleiden. Alleen als therapie geïndiceerd is door de arts zal de therapeut een deel hiervan invullen, al dan niet in de vorm van een groepstherapie.

3.6 Kwantiteit en kwaliteit collega's

Binnen de locatie is 24/7 minimaal een verzorgende niveau 3 aanwezig, die binnen 5 minuten op het appartement van een cliënt kan zijn. Deze collega is niet alleen deskundig op het gebied van zorg, maar beschikt ook over kennis op het gebied van welzijn/ daginvulling, behandeling en huishoudelijke ondersteuning. Bij behoefte aan specifieke expertise en extra ondersteuning kan zij een beroep doen op een extra collega of kennis op het niveau van een verpleegkundige 4 of 5 die minimaal binnen 15 minuten op het appartement kan zijn.

Onze collega's beschikken over de volgende vaardigheden en competenties. De collega's die bij het zorgleefplan betrokken zijn hebben een dienstverlenende attitude en zijn in hoge mate flexibel om aan alle individuele zorgplannen vorm te kunnen geven. Ze kunnen systematisch en planmatig werken en daarbij het overzicht kunnen bewaren. Ze zijn in staat de regie te voeren en beschikken over een grote mate van verantwoordelijkheid en zelfstandigheid. Onze collega's beschikken over goede communicatieve vaardigheden en in staat zijn de andere bij het zorgplan betrokken deelnemers zo nodig te motiveren, te instrueren, te coachen en te begeleiden. Ze zijn zich bewust van hun belangrijke signalerende functie, waarbij bij onvoldoende functioneren de consequenties voor de individuele cliënt groot kunnen zijn. Ze kunnen goed samenwerken en zijn zich bewust van hun eigen grenzen en in staat hulp te vragen en deze ook te aanvaarden. Ze dragen onze visie uit en weten om te gaan met de situatie waarin hun professionele oordeel in strijd is met de wens van de cliënt of met de visie. Onze collega's hebben affiniteit met alle doelgroepen in het gebouw en

kunnen op hoofdlijnen hier ook mee omgaan. Voor collega's die ook op de gezamenlijke huiskamers werken is het van belang dat zij in staat zijn kleine huiselijke activiteiten te organiseren die aansluiten op de wensen en behoeften van de cliënt.

Op verschillende locaties liggen twee huiskamers naast elkaar die zijn voorzien van een tussendeur die niet op slot is. Van belang is dat op een van de beide huiskamers minimaal een verzorgende niveau 3 aanwezig is. Om het werken in kleine groepen te kunnen handhaven binnen de beschikbare budgetten kan er op de andere huiskamer een helpende aanwezig zijn. De helpende, niveau 2 beschikt over bovengenoemde vaardigheden en wordt volledig meegenomen in het scholingsplan voor werken met mensen met dementie. Ze zullen altijd hulp kunnen vragen aan de verzorgende in de naastgelegen woonkamer voor zaken waar de helpende niet bevoegd en bekwaam voor is. Tevens zal de verzorgende minimaal twee keer per dienst in de huiskamer komen kijken voor overleg en observatie.

4 Zorgproces

Ons zorgproces kent drie fases. De eerste fase is van aanmelding tot inhuizen, de tweede fase is de zorgplancyclus en de derde fase is het uithuizen of overlijden.

Aanmelding tot inhuizen
Bij deze fase draait het om het managen van verwachtingen van de cliënt - en zijn of haar familie en mantelzorgers - en om het ervoor zorgen dat er een concept zorgleefplan is op de dag van inhuizing. Onze collega's zijn deskundig, maar de familie en de mantelzorgers kennen de cliënt het best en dragen daarom bij aan het zorgleefplan. Het gaat om het "samen doen". Op de dag van inhuizing zal het concept zorgleefplan klaar zijn, om individueel maatwerk te kunnen leveren. Hiertoe vindt in de fase voor inhuizing een uitgebreide kennismaking en intake met een van onze collega's van het zorgteam plaats. In het zorgleefplan wordt de bijdrage van de partner, familie en mantelzorgers vastgelegd, net zoals de eventuele inzet van vrijwilligers. Er is extra aandacht voor toezicht, veiligheid, benadering, daginvulling, voeding en bewegen.

De zorgplancyclus
In deze fase wordt uitgegaan van de cirkel van Deming (plan-do-check-act). Dit betekent dat circa zes weken na inhuizing de eerste evaluatie plaatsvindt door middel van een Multi Disciplinair Overleg (MDO). De cliënt, de mantelzorger, ons zorgteam en de eventuele behandelaren zijn hierbij betrokken. Na het MDO zal een definitief zorgleefplan opgesteld worden. Dat wordt vervolgens ieder half jaar geëvalueerd, tenzij veranderingen bij de cliënt of bij de betrokkenen van het zorgleefplan daar eerder aanleiding toe geven.

Uithuizing of overlijden
De derde fase is die van uithuizing of overlijden. Wij gaan ervan uit dat een cliënt in zijn of haar woning kan blijven wonen tot aan de dood. De cliënt kan opgebaard worden in het eigen appartement en bij samenwonen op de woonzorglocatie kan de achterblijvende partner in het appartement blijven wonen, tenzij dat voor ons om bedrijfseconomische redenen niet haalbaar is. Hulp bij het zoeken naar een passend alternatief wordt altijd geboden en zonder zo'n alternatief zal van verhuizen geen sprake zijn.

5. Begeleiding vanaf het niet-pluis gevoel

Wanneer mensen nog in hun eigen huis wonen, kan een casemanager dementie begeleiding beiden. Dat betekent dat er dan systematisch gecoördineerde hulp, zorg en ondersteuning wordt aangeboden door een vaste professional. Casemanagement dementie is een specialisme en binnen onze organisatie is ervoor gekozen om die rol aan de wijkverpleegkundige te koppelen. De wijkverpleegkundige heeft voor haar taken als casemanager heeft een onafhankelijke positie ten opzichte van ZGR. Haar ondersteuning duurt het gehele traject, van het niet pluis gevoel tot aan een opname of overlijden. Zowel de cliënt met dementie als zijn of haar naasten worden door de casemanager begeleid. Het doel hiervan is dat de cliënt zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen, met kwaliteit van leven. De casemanager begint vaak wanneer er vanuit familie of vanuit een van onze collega's een vraag of onderbuikgevoel is. De begeleiding vindt bijna altijd plaats bij de cliënt in huis. Een casemanager is minimaal vier tot acht uur per week flexibel inzetbaar voor de begeleiding van cliënten en komt met regelmaat op bezoek. De zorg en begeleiding sluit aan op wat mensen zelf nog kunnen. De casemanager bewaakt tevens de draagkracht en de draaglast van het mantelzorgnetwerk. Bij comorbiditeit is dementie dominant voor het medisch in te zetten beleid. De casemanager werkt nauw samen met andere disciplines. Daarbij is de casemanager de regisseur. Wanneer de situatie van de cliënt niet meer veilig is voor zichzelf of de omgeving, dan kan een inhuizing op een woonzorglocatie aan de orde komen. De casemanager zal dit proces begeleiden. Na een opname op een woonzorglocatie of na het overlijden van de cliënte stopt de begeleiding van de casemanager.

6. Huisvesting

Bij het wonen voor mensen met dementie wordt de kennis vanuit de Brein Omgeving Methodiek gebruikt. Voor mensen met dementie is het belangrijk dat ze wonen in een omgeving die ze herkennen. De omgeving moet lijken op de omgeving van hun jeugd. Dit wil niet zeggen dat het ouderwets moet zijn, maar een keuken moet bijvoorbeeld op een keuken uit hun jeugd lijken (denk aan handgrepen, servieskast). Bij het inrichten van een appartement wordt dan ook geadviseerd om de meubels vanuit de bestaande woning te gebruiken. Door de herkenning ervaart men minder onrust, want de cliënt weet waar men is. Hetzelfde geldt voor woonkamer, slaapkamer en sanitaire ruimtes. Ook kleuren zijn belangrijk. Omdat het zicht bij oudere mensen minder wordt, heeft men contrast nodig (denk aan vloer/ muur, toiletbril), zodat men direct kan zien in welke ruimte men zich bevindt. Wit en lichte pastelkleuren worden niet waargenomen. We zorgen voor warme kleuren die bij de beleving past.

7. Domotica

Domotica is bij verschillende zorgvormen van groot belang. In de basis zijn al onze appartementen voorzien van domotica. Dit bestaat enerzijds uit een algemeen alarmeringssysteem - al dan niet gekoppeld aan een spreekluisterverbinding/uitluistersysteem - en anderzijds uit specifieke cliëntgebonden domotica. In beide gevallen is het doel hiervan het vergroten van de veiligheid of ondersteuning bij de uitvoering van het zorgleefplan. Het mogelijk om domotica in te zetten die is afgestemd op een individuele behoefte, zoals “uit-bed” alarmering of “verlaat-de-kamer” alarmering.

Bijlage 1

Schema de dag door met dementie volgens Brein Omgeving Methodiek

De dag door met dementie.

Sfeer ochtend 7.00 tot 11.00 uur
- Fris opgeruimd gevoel, vol verwachting beginnen we de dag; vrolijk en uitgerust;
- Licht, geluid, geur en beeld kunnen deze sfeer ondersteunen.

Verloop tot 11.00 uur met ochtendlicht
- Muziek die bij de ochtend past (vogelgeluiden bijvoorbeeld);
- Geur die past bij het ontbijt;
- Beeld met opgaande zon of andere beelden van de natuur die gemaakt zijn bij het ochtendgloren

Sfeer van 11.00 tot 12.00 uur
- De dag is goed begonnen;
- We gaan wat doen en we doen wat (afgestemd op de groep)
- Muziek die niet afleidt van activiteiten, die zorgt voor een ondersteuning in wat je aan het doen bent.

Sfeer middag van 12.00 tot 15.00 uur
- Middagmaaltijd: daarna rustgevend, ontspannend, je hoeft niets, niet te slapen, dutten;
- Muziek, beelden die de rust binnen brengen, het is aangenaam verpozen, je rust, maar slaapt niet.

Sfeer 15.00 tot 18.00 uur
- Opgewekt activerend,
- We lopen wat, we praten wat, we luisteren of kijken wat.

Sfeer avond van 18.00 tot 19.00 uur
- Avondmaaltijd: rustgevend, ontspannend, je hoeft niets.

Sfeer van de avond: 19.00 tot 23.00 uur:
- Je voelt de avond;
- Je verstilt.