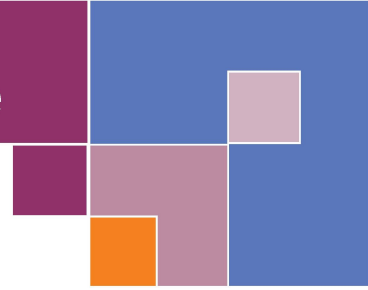


Netwerk Dementie Drenthe



D e m e n t i e p r o t o c o l



Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Dementieprotocol IRIS 2010	4
1. Inleiding	5
2. Dementie	6
2.1 Definities	6
2.2 Typen dementie	6
2.3 Criteria	7
3. Stroomschema	8
4. Signalen	9
4.1 Probleemverheldering door praktijkondersteuner na melding 'niet pluis gevoel'	10
4.2 Juiste gesprekshouding	11
4.3 Samenvatting signalen	13
5. Ziektediagnostiek	14
5.1 Ziektediagnostiek door de huisarts	14
5.2 Ziektediagnostiek door de praktijkondersteuner	15
5.3. Vervolgtaken praktijkondersteuner	16
6. Evalueren	17
6.1 Huisarts en praktijkondersteuner	18
6.2 Huisarts en praktijkondersteuner + patiënt en mantelzorger	18
7. Verwijstraject	19
8. Zorgdiagnostiek en Zorgbegeleiding	20
8.1 Zorgplan	21
8.2 Zorgbegeleiding algemeen	23
8.3 Zorgbegeleiding – Ondersteuning mantelzorger	23
8.4 Zorgbegeleiding – Emotionele ondersteuning individueel of groepsverband	24
8.5 Zorgbegeleiding – Gedrags- en omgangsverandering	24
8.6 Zorgbegeleiding – Praktische ondersteuning	25
9. ZorgBegeleidingsOverleg	26
9.1 Inhoud ZBO	26
9.2 Taken en verantwoordelijkheid van Partners ZBO	27
10. Sociale kaart	28
11. Bronvermelding + sites	29

BIJLAGEN

1. Anamnese volgens M. Gordon
2. Signalenkaart (ook geplastificeerd) + Interventiekaart
3. LESA Dementie
4. MMSE
5. NHG richtlijn Dementie
6. Netwerk Dementie Drenthe Bestuursnetwerk, Ketenzorg, zorgbegeleidingspartners
7. OLD (ook geplastificeerd)
8. Slechtnieuwsgesprek
9. Standaard Zorgplannen
10. Test Cognitieve Functiestoornissen
11. Verwijsrichtlijn Sociale kaart
12. CIZ Knelpuntenformulier
13. 3e scholingsdag POH/IRIS
14. Scholing huisartsen

Voorwoord

Dit dementieprotocol is ontwikkeld voor de huisartsenpraktijk en is gebaseerd op plan IRIS. Het plan werd, naar aanleiding van uitkomsten van de werkconferenties Landelijk Dementie Programma (LDP), ontwikkeld in Coevorden. Het werd in 2008 als meest succesvolle richtlijn gekozen vanwege de positieve resultaten en jarenlange ervaring in huisartsenpraktijk 'Meander' te Coevorden en de geheugenpoli van de GGZ Coevorden.

De Visie IRIS van waaruit wordt gewerkt bestaat uit het professioneel, persoonlijk en geprotocolleerd verbeteren van de zorg voor patiënten (met verdenking op) dementie en de mantelzorger(s) in de eerste lijn.

Vroegsignalering, vroegdiagnostiek wordt gedelegeerd door de huisarts aan de praktijkondersteuner.

De praktijkondersteuner draagt zorg voor toewijzing aan een Zorgbegeleider.

De praktijkondersteuner verbetert daarmee de poortwachtfunctie van de huisartsvoorziening en stimuleert samenwerking met andere disciplines over de grenzen van de eigen organisatie heen.

Het protocol wordt door de praktijkondersteuner gebruikt als scholingsmateriaal en dient als leidraad voor de dagelijks praktijk. Met haar ondersteuning en begeleiding slaat de praktijkondersteuner een belangrijke nieuwe weg in, waarbij zij zich volledig gesteund weet door de huisarts en de projectgroep IRIS.

Coevorden: Maart 2010

Dementieprotocol IRIS 2010

Op initiatief van Netwerk Dementie Drenthe en met hulp van ProGez (ondersteuning eerste lijn) kwam dit protocol onder verantwoordelijkheid van de projectgroep IRIS tot stand.

Projectgroep bestaat uit:

- ProGez, **Willem Hulshof** (adviseur) projectleider, **Jenny vd Boon** (praktijkadviseur),
- Huisartsenpraktijk 'Meander' Coevorden, **Johan Stoffels** (huisarts), **Ina Boelen** (POH)
- Saxenburghgroep, **Martha Lucas** (algemeen maatschappelijk werk)
- Huisartsenpraktijk Dedemsvaart, **Dieter Boswijk** (huisarts)
- Huisartsenpraktijk Zuidwolde, **Joke Vliegthart**, (wijkverpleegkundige)
- Netwerk Dementie Drenthe, **Els v.d. Veen**, coördinator
- Netwerk Dementie Overijssel, **Bettie Freriks**, coördinator

Contact over inhoud protocol

Ina Boelen, praktijkondersteuner huisartsenpraktijk Meander, meander@ezorg.nl

Joke Vliegthart-Fokkema, wijkverpleegkundige Zuidwolde. J.vliegthart@icare.nl

Verklarende afkortingenlijst

PraktijkOndersteuner Huisarts of praktijkverpleegkundige, bijna altijd een vrouw, dus hierna te noemen: POH en zij

Geriatrische Hulp = GH

Probleem, Etiologie, Symptomen = PES

1. Inleiding

Centraal in het protocol staat de POH. Zij gaat de stimulerende en sturende rol vervullen in het diagnostisch traject en zij draagt zorg voor de patiënt met dementie totdat binnen het regionale ZorgBegeleidersOverleg een vaste Zorgbegeleider is toegewezen. De vaste Zorgbegeleider coördineert gedurende het hele ziekteproces de zorg over de grenzen van de eigen organisatie heen.

Het doel van de beschrijving en implementeren van het Dementieprotocol IRIS is:

- verbetering van vroegsignalering van mogelijke symptomen van dementie, door alle medewerkers van de huisartsvoorziening
- verbeteren van de uitvoering van ziekte diagnostiek door de huisarts
- uitvoeren van zorg diagnostiek door de POH
- opstellen van een zorgaanbod door de POH samen met de huisarts
- bespreken en afstemmen van het zorgaanbod door huisarts en POH met de patiënt en zijn mantelzorger(s)
- de toeleiding tot het ZorgBegeleidingsOverleg (ZBO)

De POH-dementie beschikt bij aanvang van haar taak, over voldoende kennis van het totale proces van patiënten met dementie en zal na de speciaal ontwikkelde training dit protocol op juiste wijze kunnen toepassen. In de loop van de tijd leert zij het netwerk en de ketenstructuren kennen. De doelstellingen van dit unieke project worden samen met de pilotpraktijken onder leiding van de projectgroep een half jaar en een jaar na aanvang geëvalueerd. De projectgroep verfijnt tijdens de pilotfase, samen met de betrokkenen, het dementie-protocol IRIS.

Het ontwikkelen en implementeren van dit protocol en de tweedaagse training voor POH's uit de pilotpraktijken in Drenthe en Overijssel worden financieel mogelijk gemaakt door de Stichting Netwerk Dementie Drenthe (Bijlage 6 blz 67). Tevens maakt het Netwerk Dementie Drenthe op korte termijn de financiering mogelijk van uitbreiding POH-formatie in pilotpraktijken in Drenthe. Hier ligt een transparante kostenberekening aan ten grondslag. De verwachting is dat het Netwerk Dementie Overijssel snel zal volgen, zodat ook de pilotpraktijken in Overijssel plan IRIS ten uitvoer kunnen brengen.

2. Dementie

2.1 Definities

Dementie betekent in het Latijn letterlijk ont-geesting, ontdaan van geest.

Volgens de 'klassieke definitie' is dementie een aandoening die in de loop van de tijd steeds verder verslechtert en ongeneeslijk is. Dit is het beeld dat bijvoorbeeld past bij de ziekte van Alzheimer: een niet aangeboren blijvend verlies van functies van het verstand . Het bewustzijn blijft echter intact. Dementie kenmerkt zich door een geleidelijke achteruitgang van het geestelijk functioneren. Het is een aandoening die bestaat uit meerdere stoornissen, waarbij het geheugenverlies meestal voorop staat. Wanneer verlies van functies zodanig is dat de persoon niet meer als voorheen in de maatschappij kan functioneren, is er sprake van dementie.

Volgens de moderne definitie wordt dementie omschreven als een toestandsbeeld van slecht cognitief functioneren (zonder iets te zeggen over de onderliggende oorzaak of het beloop). Het nut van deze definitie is de implicatie dat er soms herstel mogelijk is. Het is dus altijd noodzakelijk om zorgvuldig diagnostiek te verrichten als iemand een dementerende indruk maakt.

2.2 Typen dementie

Dementie is een verzamelnaam voor een aantal ziekteverschijnselen die allemaal veroorzaakt worden door niet-aangeboren afwijkingen in de hersenen. Dementie is dus niet een bepaalde ziekte op zich. Er zijn meer dan 60 soorten oorzaken van dementie bekend (NIA 1980). De meest bekende vormen van dementie zijn

- Ziekte van Alzheimer
- Vasculaire dementie
- Lewy body dementie
- Fronto temporale dementie of ziekte van Pick

Deze ziektebeelden zijn tevens de meest voorkomende oorzaken van dementie en nemen 90% van de oorzaken van dementie voor hun rekening.

Minder bekende vormen van dementie zijn

- Dementie bij ziekte van Creutzfeldt-Jakob
- Dementie bij ziekte van Huntington
- Dementie bij ziekte van Parkinson

2.3 Criteria

Dementie is een klinisch syndroom en de diagnose wordt op basis van klinische criteria vastgesteld.

Het wordt gekenmerkt door

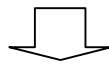
- Geheugenstoornissen:
 - verminderd vermogen nieuwe informatie te leren (inprentingstoornis)
 - verminderd vermogen zich geleerde informatie te herinneren (stoornis in reproductie)
 - er is sprake van desoriëntatie in tijd, plaats en persoon
- Eén of meer andere cognitieve stoornissen;
 - afasie: verminderd taalbegrip en problemen met taalexpressie
 - apraxie; verminderd vermogen handelingen uit te voeren ondanks intacte motorische functies (bijvoorbeeld onhandig met aankleden en gebruik bestek)
 - agnosie: verminderd vermogen objecten te herkennen ondanks intacte sensorische functies
 - stoornis in uitvoerende functies: verminderd vermogen om plannen te maken, te organiseren, logische conclusies te trekken en abstract te denken

Bovengenoemde stoornissen hebben elk een duidelijke negatieve invloed op het dagelijks functioneren, werk, sociale activiteiten en relaties.

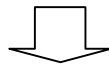
3. Stroomschema

In de pilot huisartsenpraktijken is de POH als IRIS aangesteld, met aandachtsgebied 'ouderen/ dementie'. Wanneer een patiënt naar de huisartsenpraktijk komt met klachten over vergeetachtigheid, gaat IRIS op onderzoek uit. Ze gaat op huisbezoek, heeft contacten met de mantelzorger en probeert met alle betrokkenen het probleem te verhelderen. Vervolgens geeft ze informatie over het traject van diagnostiek en de mogelijkheden die de patiënt daarna heeft in de keuze van behandeling en zorgaanbieders. IRIS brengt de informatie over de patiënt in het ZorgBegeleidingsOverleg en geeft het stokje van zorgbegeleiding over aan de gekozen Zorgaanbieder, die met behulp van het Zorgbegeleidingsoverleg (waarin ook IRIS deelneemt) de zorg begeleidt en coördineert.

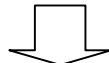
Signalering en probleemverheldering
*doktersassistente, HA en Poh *vroegsignalering, *eerste contact en zorgdiagnostiek*



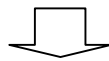
Ziektediagnostiek HA *ziektediagnostiek



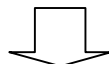
Poh *zorgdiagnostiek, MMSE



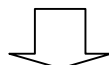
Evaluatiegesprek
HA en Poh + patiënt en mantelzorger



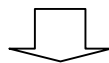
evt Medicamenteuze behandeling en voorlichting over dementie
HA



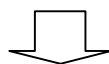
Informatievoorziening, zorgdiagnostiek, advisering en sociaal-emotionele begeleiding
*Poh *zorgbegeleiding POH *verwijsrichtlijn en sociale kaart*



Formulering zorgvraag en keuze zorgaanbod
Poh en HA + patiënt en mantelzorger



Poh brengt zorgvraag in in zorgbegeleidingsoverleg



Keuze Zorgbegeleider en overdracht
Poh en Zorgbegeleider



Terugkoppeling in Afstemmingsoverleg
Zorgbegeleider



4. Signalen

De eerste signalen van cognitieve problemen bij een patiënt of veranderingen in het functioneren van een patiënt komen zelden van de patiënt zelf. Zowel partner, kinderen, mantelzorger, buurtgenoten als de huishoudelijke hulp melden zich met het 'niet plus gevoel'.

Deze signalen vergen van de huisartsen, praktijkassistenten en praktijkondersteuner een **actieve** opstelling in het starten van een diagnostisch traject. In dit traject is nauwe samenwerking tussen de diverse disciplines aanbevolen en is contact met de patiënt één van de belangrijkste bouwstenen in het zorgtraject.

Vroege symptomen zijn:

- patiënt voert geen complexe handelingen meer uit
- problemen komen pas tot uiting bij ziekte of vakantie partner
- gewichtsverlies
- sociaal minder actief
- prikkelbaar, somber, angstig
- head turning sign
- loopstoornissen

Vanaf dit moment verzamelen huisarts en praktijkondersteuner samen gegevens om meer duidelijkheid over de diagnose te krijgen.

In het diagnostisch proces wordt onderscheid gemaakt tussen ziektediagnostiek en zorgdiagnostiek.

De zorgdiagnostiek heeft als doel het in kaart brengen van de zorgvraag van patiënt en mantelzorgers (Zorgplan/verpleegkundige diagnose). Dit proces loopt grotendeels parallel aan de ziektediagnostiek. Het is soms nodig dat de zorgdiagnostiek eerder in gang gezet wordt dan de ziektediagnostiek.

4.1 Probleemverheldering door praktijkondersteuner na melding 'niet pluis gevoel'.

Allereerst volgt een gesprek met de patiënt en de mantelzorg. Dit gesprek vindt vaak thuis plaats.

Zo'n eerste gesprek duurt minimaal 45 minuten. Dit gesprek moet gezien worden als het begin van vroegdiagnostiek, waarbij kennismaking, observatie (probleemgebieden 4.3) en de OLD een vermoedelijke en voorlopige diagnose kunnen opleveren.

Uit het verloop van dat gesprek, waarin bijvoorbeeld wordt gepraat over de vroegere levensloop tot en met het heden, kan de praktijkondersteuner al veel opmaken over het functioneren van het geheugen, de spraak, het bewustzijn, het denken, de aandacht en de stemming.

Belangrijk is of de patiënt *zelf* klaagt over geheugenachteruitgang (past eerder bij een depressie), of er andere lichamelijke klachten zijn (vaatafwijkingen elders doen een vasculaire dementie vermoeden; ernstig long- of hartlijden, een verminderde doorbloeding van de hersenen), of er recent medicijnwijzigingen zijn geweest en hoe het ziektebeeld ontstaan is (acuut, langzaam, schommelend, etc.). Vertelt de patiënt zijn verhaal zonder haperen of zoekt hij juist steun bij zijn familie en struikelt hij over details (past meer bij de ziekte van Alzheimer)? Hoe oogt de patiënt: opgewekt of somber, gezond of ziek?

De informatie van de familie is zeer belangrijk, maar vooral ook de reactie van de patiënt op dit verhaal van de familie. Vaak klaagt de patiënt zelf niet en is hij verontwaardigd over het feit dat zijn familie hem tegenover de dokter 'zwart' komt maken. Soms kan hij zijn mond niet houden als de familie aan het woord is (past meer bij fronto temporale dementie of vasculaire dementie), of laat hij alles over zich heen komen (depressie of juist façadegedrag bij de ziekte van Alzheimer).

Om de observatie meetbaar te maken, neemt de POH de Observatie Lijst voor vroege symptomen van Dementie (OLD) af.

De patiënt en de mantelzorger zijn op de hoogte van doel (huis)bezoek en de OLD wordt in overleg afgenomen.

Tijdens de probleemverheldering bij het eerste huisbezoek observeert de POH de dementerende en signaleert problemen op het gebied van

Cognitief functioneren

- beperkt ziekte-inzicht/ziektebesef
- kennistekort
- taalproblemen
- moeite met ingewikkelde taken, apraxie, overzichtsverlies
- oriëntatie

Emotioneel / affectief functioneren

- somberheid
- angst
- agitatie
- apathie (geen zinvolle daginvulling)

Sociaal functioneren

- contacten vermijden, zich terugtrekken
- eenzaamheid
- ongepast gedrag / decorumverlies

Lichamelijk functioneren

- problemen bij ADL
- voedingsproblemen
- incontinentie
- mobiliteitsproblemen

De probleemverheldering bij de mantelzorg kan bestaan uit de volgende vragen;

- Kan de mantelzorg de zorg (nog) aan? Denk aan gezondheid, uithoudingsvermogen, geduld, talent of aanleg om te zorgen, steun of hulp van anderen, gedrag van de dementerende, financiële mogelijkheden, huisvesting enz.
- Wil de mantelzorg echt (nog) zorgen? Geeft het voldoening, wordt het ingegeven door loyaliteit of verantwoordelijkheidsgevoel jegens de patiënt, zijn er beschikbare alternatieven, wat zijn andere aspiraties (eigen carrière).
- Latere fase: heeft de mantelzorg voldoende zorgbegeleiding? Is de mantelzorg voldoende geïnformeerd over dementie, over het omgaan met probleemgedrag, over andere hulpverleners?

4.2 Juiste gesprekshouding

Alleen bij de juiste houding kan vertrouwen worden opgebouwd en kan de patiënt over zijn problemen praten.

Een goede samenwerking tussen mantelzorg en praktijkondersteuner is al in het begin van de ziekte van essentieel belang.

Cognitieve stoornissen zorgen immers voor een geheel of gedeeltelijk ontbreken van ziekte inzicht bij de patiënt. De mantelzorg zal dan behulpzaam kunnen zijn bij het uitvoeren van het diagnosetraject en de behandeling, bijvoorbeeld door erop toe te zien dat medicijnen

worden ingenomen. In een later stadium treedt hij op als vertegenwoordiger van de patiënt als deze te ziek is (zie ondersteuning mantelzorgers).

- Non-verbale communicatie is erg belangrijk. Zorg voor een betrokken houding en gezichtsuitdrukking. Ondersteun vragen met handgebaren en intonatie.
- Ouderen vinden het vaak moeilijk goed duidelijk te maken wat zij bedoelen. Probeer de vragen toch met de patiënt door te nemen. Dat levert regelmatig onverwacht veel informatie op.
- Neem de tijd, blijf rustig, toon geduld. Houd rekening met het verschil in tempo en tijdsbeleving van de oudere patiënt. Ga bij vermoeidheid of irritatie over op een alledaags gesprek. Dit geeft bij een patiënt met cognitieve problemen veel informatie over 'oriëntatie in tijd, plaats en persoon' en over 'taal en begrip'.
- Vraag vooral door. Sta stil bij emoties of gedrag, als reactie op vragen. Zeg de patiënt wat je ziet. Deze licht confronterende houding kan ervoor zorgen dat verbaal niet geuite problemen toch aan de oppervlakte komen. Dus geef gedoseerd informatie, toon volle aandacht voor de patiënt communiceer van dichtbij en op ooghoogte.
- Dementerende zijn bijzonder gevoelig voor haast, onzekerheid, onmacht en geveinsde belangstelling.
- Lukt het niet om de anamnese in een gesprek compleet te maken, dan volgt een vervolgspraak.

Na probleeminventarisatie en de OLD rapporteert de POH aan de huisarts en maakt afspraken met de patiënt en mantelzorgers over het vervolgtraject;

- Ziekte-diagnostiek en evt. verwijzing bij leeftijd < 65 jaar
- Aanvullend onderzoek en zorgdiagnostiek
- Evaluatie

4.3 Samenvatting signalen:

De POH kent onderstaande signalen. Andere disciplines in de praktijk melden patiënten waarbij onderstaande is gesignaleerd bij de IRIS-POH.

Dergelijke signalen kunnen de aanleiding vormen voor een eerste huisbezoek.

Uitgebreide signalenkaart + interventiekaart: zie bijlage 2

Door partner / mantelzorger:	Door zorg- /huishoudelijke hulp:	Bij triage kan gedacht worden aan de volgende vragen:
Verlies van initiatief en interesse	Beschimmeld eten in de koelkast	Wordt de woning schoongehouden
Verlies van vaardigheden, met name slechtere zelfverzorging	Veranderd eet- / drinkpatroon	Worden dieren en planten verzorgd
Vermindering van het communicatieve vermogen	Losse pannengrepen	Wordt kleding gewassen en opgeruimd
Desoriëntatie in tijd (minder in plaats en in persoon)	Gasfornuis aan laten staan	Wordt de post geopend en verwerkt
Motorische achteruitgang	Losse snoertjes	Wordt er te veel/te weinig gegeten
Geheugenproblemen voor recente gebeurtenissen	Deuren op slot / sleutels kwijt	Wordt er te veel / te weinig ingekocht
Dwalen	Blaauwe plekken	Is er contact met familie, kennissen, buurtgenoten
Stemmingswisselingen en labiliteit	Overbelasting mantelzorg	Is de patiënt snel boos, verdrietig, onrustig, lusteloos of opstandig
Prikkelbaarheid	Kapotte en / of vuile kleding	Valt de patiënt vaak in herhaling
Incontinentie van urine rusteloosheid		Klaagt de patiënt over vergeetachtigheid

5 Ziektediagnostiek

Dementie is een ziekteproces dat heel sluipend begint en zich meestal langzaam ontwikkelt. Het is vaak moeilijk om aan te geven wanneer gewone vergeetachtigheid overgaat in geheugenproblemen die op dementie wijzen. Naast weten maar al te goed wanneer er echt meer aan de hand is. Zij kennen immers de gewoonten, weten wat hij of zij altijd goed kon onthouden of juist niet. Zij merken het als de oudere zich anders gaat gedragen, zaken door elkaar haalt en vaker onredelijk boos is of verdrietig. Dan is het verstandig de huisarts te raadplegen. We spreken namelijk pas van dementie als dit met diagnostiek is vastgesteld en mogelijke andere oorzaken zijn uitgesloten.

5.1 Ziektediagnostiek door de huisarts

Het doel van diagnostiek is duidelijkheid te krijgen over de aard, ernst, oorzaak en prognose van de dementie. De diagnostiek wordt afgestemd op de situatie en de behoefte van de patiënt en zijn omgeving. Aan de hand van de uitkomst kan een prognose gemaakt worden en kunnen zorg, behandeling en begeleiding tijdig gepland worden. Bij een vermoeden van dementie vindt ziektediagnostiek plaats.

De huisarts voert de diagnostiek uit volgens de NHG standaard dementie.

Voor info; www.nhg.artsennet.nl

- *Anamnese en heteroanamnese*
 - geheugen en andere cognitieve functies
 - beperkingen in het dagelijks functioneren
 - lichamelijke oorzaken comorbiditeit
 - aanwijzingen psychiatrische ziekte

- *Lichamelijk onderzoek*
 - huid en slijmvliezen
 - pols en bloeddruk
 - auscultatie hart en longen
 - oriënterend neurologisch onderzoek
 - gewicht

- *Aanvullend onderzoek*

- standaard laboratoriumonderzoek:

- Hb, Ht, MCV, BSE, glucose, TSH, kreatinine
- Op indicatie; Na, K, vitamines B1, B6, B12 en foliumzuur

Argumenten voor nader onderzoek door een specialist zijn: dementie op relatief jonge leeftijd (<65), diagnostische twijfel of behoefte aan een specifieke diagnose met het oog op een (medicamenteuze) behandeling.

De mogelijkheden voor specifiekere diagnostiek door een gespecialiseerd team of in een psychogeriatrisch centrum zijn afhankelijk van het regionale aanbod.

Bij het bepalen hoe ver de diagnostiek gaat, spelen draagkracht en hulpvraag van de patiënt een belangrijke rol. Daarbij is de vraag welke belasting de diagnostische activiteit voor de patiënt vormt en wat deze activiteit oplevert.

5.2 Ziektediagnostiek door de praktijkondersteuner

Eerste huisbezoek of consult observatie (Hoofdstuk 4) + OLD afnemen

Tweede en derde consult of huisbezoek

+ aanvullend onderzoek

Afhankelijk van de situatie kiest de POH voor één van de onderstaande diagnostische instrumenten;

- MMSE Mini Mental State Examiner

Doel van het afnemen van een MMSE: indruk te krijgen van cognitief functioneren van een patiënt. De test bestaat uit 11 vragen met een score van 0-30. De test geeft inzicht in: oriëntatie in tijd en plaats; eenvoudige geheugentest; concentratie; taal; rekenen; praxis (handelingen uitvoeren) visieconstructie (iets nadoen wat je hebt gezien). De MMSE test een algemene kennis en langer termijn geheugen. (Bijlage) en/of

- OLD (observatielijst voor vroege symptomen van dementie): ondersteunt de huisarts/POH bij het observeren van patiënten met betrekking tot vroege symptomen van dementie van het Alzheimer-type, in een regulier huisartsenconsult (bijlage 7) en/of
- Test Cognitieve Functiestoornissen

5.3 Vervolgtaken praktijkondersteuner

Een systematische aanpak helpt praktijkondersteuners een beter beeld te krijgen. Het voorkomt gevoelens van te kort schieten. Je krijgt een beter inzicht in de situatie en beleving van de patiënt en mantelzorger. Je kunt gerichter adviezen geven. Je geeft zorg op maat (hoofdstuk 8).

Niet medicamenteuze adviezen:

- controle afspraken maken. Wijs op belevingsgerichte zorg: laat de patiënt in zijn waarde, wees gericht op de beleving van de patiënt en voorkom strijdpunten.
- houd de ziekte niet voor de omgeving verborgen en regel de financiële en immateriële belangen als de patiënt nog beslissingsbekwaam is.
- wijs op gespreksgroepen voor de verzorgers.
- schakel bij verzorgingsbehoefte de thuiszorg in. Spreek met andere hulpverleners in het ZorgBegeleidingsOverleg af wie de begeleiding coördineert en leg de afspraken vast in een zorgmap (Thuiszorg) bij de patiënt.
- wijs bij begeleidingsbehoefte op mogelijkheden van thuiszorg of dagopvang
- wijs op verdere informatie en mogelijkheden voor steun en zorg (NHG-patiëntenbrieven en de Stichting Alzheimer Nederland) en attendeer op de site www.alzheimer-nederland.nl

Inbrengen in het ZorgBegeleidingsOverleg

- De POH doet de verdere begeleiding van de patiënt en de mantelzorger, tenzij de patiënt gekoppeld wordt aan een andere zorgbegeleider, die gedurende het hele zorgtraject de patiënt begeleidt en de zorg coördineert. De belangen van andere zorgaanbieders spelen daarbij voor de POH geen rol. Voor alle vragen kunnen ze aankloppen bij de zorgbegeleider. De zorgbegeleider heeft tijd en aandacht voor sociaal emotionele begeleiding van zowel patiënt en mantelzorger. De zorgbegeleider koppelt de stand van zaken en eventueel veranderingen in zorgbehoefte regelmatig terug in het ZorgBegeleidingsOverleg.
- Alle uitslagen, taken en afspraken worden in het digitaal patiëntendossier vastgelegd en gecodeerd.

Evaluatie

Met betrokkenen wordt een evaluatie afgesproken (zie onder).

6. Evalueren

Alle bevindingen en uitslagen worden door de huisarts en praktijkondersteuner besproken samen met de patiënt en mantelzorger. In dit gesprek bespreekt de huisarts de diagnose. De praktijkondersteuner bespreekt het begeleidingstraject en de zorgbehoefte.

Het meedelen van de diagnose heeft:

Voordelen:

- respecteren van autonomie van patiënt en diens recht op informatie (gemiddeld de helft van de patiënten heeft inzicht in zijn situatie en kan en wil zijn diagnose bespreken)
- wegnemen van onzekerheid bij de patiënt en zijn naasten
- stimuleren van acceptatie bij de patiënt en zijn naasten
- het mogelijk maken de patiënt te betrekken bij beslissingen rondom zijn medische verzorging in het heden maar ook voor de toekomst
- het mogelijk maken een wilsverklaring op te stellen en toekomstplannen te maken
- tijdig ondersteuning regelen voor naasten
- verbeteren van de arts-patiënt-relatie
- het mogelijk maken een vermoeden van achteruitgang van rijvaardigheid te bespreken
- het mogelijk maken met de patient een gesprek aan te gaan over mogelijkheden en onmogelijkheden van euthanasie

Nadelen:

- uitlokken depressieve gevoelens en catastrofe reacties zoals zelfdoding
- stigmatiserend effect van een dergelijke diagnose

Uitzonderingen:

- een ernstige dementie met begripsstoornissen.
- bij de arts is bekend dat er bezwaar van de patiënt bestaat tegen het horen van de diagnose (wilsverklaring).
- de aannemelijkheid dat het meedelen van de diagnose de patiënt ernstige schade zal opleveren.

6.1 Evaluatie met huisarts en praktijkondersteuner

Zorg- en behandelplan worden minstens 1 x per 3 maanden geëvalueerd door de huisarts en de praktijkondersteuner. Het zorgplan dient als basis voor het evaluatiegesprek zoals beschreven in hoofdstuk 2.

Zo nodig vindt evaluatie vaker plaats op verzoek van patiënt en mantelzorger.

6.2 Evaluatie met huisarts, praktijkondersteuner + patiënt en mantelzorger.

De patiënt krijgt informatie over de diagnose, het vervolgtraject, de zorgbegeleider en het ZorgBegeleidersOverleg.

7. Verwijstraject

Consultatie en verwijzing ?

In de volgende gevallen vindt consultatie of verwijzing plaats.

Bij vragen over diagnostiek of therapie:

- als de huisarts ervoor kiest de diagnostiek van dementie uit te besteden;
- cognitieve stoornissen of gedragsproblemen waarbij getwijfeld wordt aan de diagnose dementie;
- dementie met het vermoeden van een behandelbare of intracraniele afwijking;
- snel progressieve dementie of dementie op een leeftijd jonger dan 65 jaar;
- ernstige gedragsstoornissen of ernstige onrust zonder reactie op behandeling;
- vragen over mogelijke behandeling van patiënten met dementie.

Bij problemen met de verzorging:

- toenemende verzorgingsbehoefte van de patiënt en/of dreigende overbelasting van de verzorger;
- ernstige dementie met verpleegbehoefte (indicatie verpleeghuisopname).

Verwijsrichtlijn professionals / hulpverlening Dementiezorg in uw eigen regio

- CIZ
- Verpleeghuisarts / geriater
- Geheugenpoli
- GGZ
- Diëtiste
- Ergotherapeut
- Fysiotherapeut
- Thuiszorg

8. Zorgdiagnostiek en Zorgbegeleiding

Als bij de ziektediagnostiek is vastgesteld dat er sprake is van de ziekte dementie, richt de praktijkondersteuner zich op het inventariseren van de gevolgen van de ziekte - dat is de zorgdiagnostiek - en het bieden van begeleiding. De POH is verantwoordelijk voor het maken van een zorgplan.

De methodiek voor het maken van een zorgplan bestaat de volgende fasen;

- afnemen (evt. gedeeltelijk) van de anamnese volgens Gordon. Deze bestaat uit 11 functionele gezondheidspatronen (bijlage 1); samen met de observatie tijdens het eerste huisbezoek leidt dit tot de zorgdiagnose
- vaststellen van de zorgdiagnose. Deze bestaat uit PES (Probleem = P, Etiologie = E, Symptomen = S)
- Beoogde resultaten of doel stellen
- Interventies toepassen

8.1 Zorgplan

Deze tabel geeft een compacte weergave van standaard zorgplannen en biedt mogelijkheden voor interventies. (bronvermelding 7) De uitgebreide standaard verpleegplannen staan in bijlage 9.

Probleem	symptomen	beoogde resultaten/ doel	interventies
Verwardheid	verlies van tijdsbesef, verlies van herkenning van de omgeving, van anderen of van zichzelf. Niet in staat om eenvoudige aanwijzingen op te volgen	optimale participatie Veilig gevoel/ welbevinden	geef duidelijk uitleg waarvoor je komt. Pas je tempo aan de patiënt. Structureer omgeving van de patiënt. Streef naar verzorging door een vast aantal personen.
Gedragverandering	kleefgedrag, onrust, agressie, angst, achterdocht	veilig gevoel/welbevinden	houd rekening met gebeurtenissen in levensloop, die verklarend kunnen zijn voor huidige gevoelens. Stimuleer en complimenteer positief gedrag. Overvraag de patiënt niet. Vermijd fluisteren en praten over dementerende in zijn/haar omgeving. Aandacht voor angst en onzekerheden
Verstoord dag/nachtritme	overdag slapen, vermoeidheid	vast dag- en nachtritme	stimuleer actieve dagbesteding en vast dagindeling. Verdeel eten en drinken over de dag. Probeer er achter te komen waar nachtelijk onrust vandaan komt.
Zwerf- en dwaalgedrag	aangeven iets of iemand kwijt te zijn. Onrustig in eigen omgeving	veilig voelen in eigen omgeving en kan door anderen naar huis begeleid worden	probeer er achter te komen waar het gedrag vandaan komt. Vraag je af of het gedrag hinderlijk en/of gevaarlijk is. Bied activiteiten aan. Zorg voor dat de dementerende zijn/haar adres en telefoonnummer bij zich heeft (bv naam en adres in de jas)
Decorumverlies	verwaarlozing van uiterlijk en /of huishouding. Seksueel ontremming, ontremd eet- en drinkgedrag. Doen van ongepaste uitspraken of gebruik van grove taal	verzorgd uiterlijk, verzorgde omgeving. Dementerende kan omgaan met ongewenst gedrag. Voedings- en vochtinname is geproportioneerd en volwaardig.	stimuleer uiterlijke verzorging en omgeving. Hoe gaat de omgeving met de dementerende om. Aandacht voor eet- en drinkgedrag, aandacht voor vaste eet- en drink tijden. Voedseltoename. Voorkom ontremd eetgedrag. Bijv. geen koektrommel op tafel. Houd controle op houdbaarheid en kwaliteit van eten.
Risico op letsel	niet bewust van omgevingsgevaaren. Verminderde warmte- en koud gevoel. Verminderde waarneming. Sneller gaan lopen	veiligheidswaarborging en valpreventie	medicatie gebruik navragen. Aandacht valaspecten thuis bijv. vloerkleden. Veilige apparatuur. Aandacht voor gevaarlijke stoffen, en gevaarlijk gereedschap. Aandacht voor valrisico's gladde vloeren, tapijt, open trap, snoeren en drempels.

Sociaal isolement	geen behoefte aan contact. Geeft aan dat de tijd langzaam gaat. Teruggetrokken gedrag. Er komt minder bezoek	dementerende voelt zich prettig en neemt indien gewenst deel aan sociale interactie	optimaliseren van de mantelzorg. Aandacht voor het sociale netwerk. Welke obstakels belemmeren de mantelzorgers. Bespreek plaatsing in verzorgingstehuis/dagverpleging. Ondersteuning PG Team Icare.
Zelfzorgtekort	algemene hygiëne. Medicijngebruik. Handhaven goede vochttoename. Beheer financiën. Huishoudelijke activiteiten.	er is vastgesteld wat de dementerende zelf kan uitvoeren en welke activiteiten moeten worden overgenomen. Zelfzorgactiviteiten zijn zodanig gestructureerd dat de dementerende ze kan overzien	dementerende blijven activeren. Bij weigeren hulp eerst vertrouwen opbouwen. Aandachtspunten bij hygiënische maatregelen; stimuleren regelmatig toiletgebruik/gebruik makkelijke kleding. Aandachtspunt eten en drinken. Let op vochtinname / medicijnen dosering/inname. Regel medicijnverdeeldoos.
Incontinentie	niet op kunnen houden van faeces en urine. Nat beddengoed. Apathie	continent of minder vaak incontinent en de juiste hulpmiddelen worden gebruikt.	toiletgang stimuleren. Ga na of de patiënt aandrang voelt. Reageer adequaat op incontinentie, juiste materiaal, nazien of medicijnen een invloed hebben. Let op signalen van onrust. Zorg voor voldoende vochtinname, vezelrijke voeding en beweging.
Head turning sign	tijdens gesprek draait het hoofd naar de mantelzorg om te verifiëren of het antwoord juist is. Of de mantelzorg het antwoord te laten geven.		
Overbelasting van Mantelzorg	mantelzorg geeft aan moeite te hebben met verandering van gedrag en persoonlijkheid. Spanningen voelen, ruzies. Onvoldoende tijd hebben, slecht slapen. Zorgen over de toekomst.	mantelzorg is tevreden over eigen gezondheid en levensomstandigheden. Mantelzorg heeft inzicht in het ziektebeeld Mantelzorg weet op welke wijze ondersteuning door anderen geboden kan worden.	noem de zorgbegeleider. Bespreek factoren als evenwicht tussen rust en activiteit/ ondersteunende sociale netwerken. Informeer over dementie, de gevolgen en het verloop. Stimuleer openheid over dementie naar de omgeving. Bespreek welke mogelijkheden voor ondersteuning/ ontlasting er zijn, zoals vrijwilligers, maaltijdvoorziening. Thuiszorg, dagopvang, mantelzorgconsulent

8.2 Zorgbegeleiding algemeen

Een belangrijke vorm van ondersteuning van de patiënt en mantelzorger is het geven van goede voorlichting. Voorlichting beoogt niet alleen kennisoverdracht, maar ook gedragsverandering en het zorgvuldig kunnen nemen van de juiste beslissingen, bijvoorbeeld rond het medisch beleid. Allereerst is het van belang om de diagnose dementie in een zo vroeg mogelijk stadium te stellen en deze met de patiënt en verzorgers te bespreken. Bij dit gesprek zal ook de huisarts aanwezig zijn. Door niet alleen voorlichting te geven over de ziekte, maar ook over gedragsproblemen en de toekomst, kunnen veel problemen worden voorkomen. De behoefte aan voorlichting verandert naarmate de dementie voorschrijdt. In het begin staan aanvankelijk behandeling en erfelijkheid centraal, in een later stadium ontstaat meer vraag naar advies en informatie over het omgaan met dementerende, mogelijkheden voor praktische hulp, ondersteuning en juridische aspecten, bijvoorbeeld ten aanzien van autorijden of het opstellen van een testament. En tenslotte ontstaat behoefte aan informatie over de mogelijkheden voor tijdelijke en permanente opname. De praktijkondersteuner dient zich te realiseren dat de vragen, die familieleden stellen, niet altijd de vragen zijn waar ze werkelijk mee zitten. Doorvragen is van groot belang. Voorlichting is pas doeltreffend als dit bij herhaling wordt aangeboden. Het is van groot belang om mondelinge informatie te ondersteunen met schriftelijke informatie (zie ook hoofdstuk 10). Deze is verkrijgbaar bij de patiëntenvereniging *Alzheimer Nederland* (tel. 030-65 96 900 www.alzheimer-nederland.nl). De regionale afdelingen organiseren Alzheimercafés, gespreksgroepen en vakanties voor patiënten en verzorgers. Er is ook een Alzheimer telefoon, die dag en nacht bereikbaar is (tel. 030-65 67 511).

8.3 Zorgbegeleiding - Ondersteuning mantelzorger

Het is belangrijk om een goede samenwerkingsrelatie met de mantelzorger van de patiënt op te bouwen, ook al is de dementie nog in het beginstadium. Juist bij deze ziekte, waarbij cognitieve stoornissen optreden en het ziekte-inzicht van de patiënt gedeeltelijk of totaal afwezig is, speelt de praktijkondersteuner een cruciale rol bij:

- het leggen van contacten met, en het tijdig informeren van de huisarts of ander hulpverlener, bijvoorbeeld over verandering in de gezondheidstoestand van de patiënt.
- toezien op de behandeling van de patiënt, bijvoorbeeld medicatiegebruik .
- en het vertegenwoordigen van de patiënt in een later stadium van de ziekte, wanneer deze daar zelf niet meer toe in staat is. Bijvoorbeeld definitieve opname verpleeghuis.

Een goede samenwerkingsrelatie alleen is echter niet voldoende, mantelzorgers zullen ook ondersteund moeten worden, door

- handvatten aan te bieden om de rol van verzorger zo goed mogelijk te kunnen doen.
- gezondheidsklachten zoveel mogelijk te voorkomen, overbelasting.
- de zorg in de thuissituatie in stand te houden, althans zolang dit wenselijk is.

Het is van groot belang om in het gehele ziekteproces een goede samenwerkingsrelatie en ondersteuning te bieden. Hierbij wordt gedacht aan regelmatig contact met een frequentie van eens per drie maanden. Hierdoor kan de praktijkondersteuner op crisissituatie anticiperen. Bovendien kunnen regelmatige contacten een belangrijke steun zijn voor de mantelzorger. De praktijkondersteuner moet aandacht hebben voor de draagkracht/draaglastverhouding bij de mantelzorger.

8.4 Zorgbegeleiding- Emotionele ondersteuning: individueel of in groepsverband

Het is belangrijk om verzorgers emotionele ondersteuning te bieden, teneinde psychisch disfunctioneren en lichamelijk klachten te voorkomen. Hierbij zijn drie zaken van belang:

- de praktijkondersteuner dient een luisterend oor te hebben voor de mantelzorger
- waardering te laten blijken voor de inzet van de mantelzorger die zich vaak geplaagd ziet voor moeilijke situaties. Een simpel compliment kan heel goed doen.
- het aangeven beschikbaar te zijn bij problemen kan bovendien een belangrijke steun betekenen voor de familie.

Denk aan lotgenotencontact, Alzheimercafé , zie verder sociale kaart, bijlage 11.

8.5 Zorgbegeleiding - Gedrags- en omgangsverandering

Mantelzorgers worden vaak met problemen geconfronteerd waar zij normaliter nooit mee te maken hebben gekregen zoals agressief gedrag, omkering dag- en nachtritme, seksuele ontremmingen, passiviteit en depressiviteit. Maar ook kunnen vragen worden gesteld als: kan ik de dementerende nog alleen laten of kan hij nog autorijden? Een goed zorgplan maakt inzichtelijk waar ondersteuning op dat moment nodig is. Het zorgplan dient geëvalueerd te worden en aangepast worden aan de recente situatie. In het algemeen geldt dat voor het bedenken van een oplossing vooral het 'gezonde verstand' moet worden gebruikt.

Wanneer familie bijvoorbeeld begrijpt dat bepaald gedrag voorkomt uit de dementie en niet ten doel heeft de verzorger te dwarsbomen, vindt zij het doorgaans al gemakkelijker om er mee om te gaan.

8.6 Zorgbegeleiding - Praktische ondersteuning

Er zijn verschillende manieren waarop op kortere of langere tijd de zorg van de verzorger kan worden overgenomen. Naast inschakelen van familie kan er ook een beroep worden gedaan op vrijwilligers. In sommige regio's zijn er verschillende vormen van ondersteuning. Bijvoorbeeld tijdelijke overname van de zorg voor patiënten op de dagopvang of dagbehandeling in een verzorgings- of verpleeghuis. Het is voor praktijkondersteuner ook van belang op de hoogte te zijn van de sociale kaart. Praktijkondersteuner dient zich te realiseren dat bij het aanbieden van ondersteuning in de vorm van bijvoorbeeld dagopvang, de mantelzorger soms weerstand biedt of eenvoudigweg weigert. Argumenten die hierbij een rol kunnen spelen zijn: moeite met het accepteren van hulp, angst voor reactie van de patiënt, geen vertrouwen in de zorg die een ander biedt, of geen vreemde in huis toestaan. Enige overredingskracht is soms geboden.

Ook psychosociale ondersteuning kan geboden worden om mensen met dementie te begeleiden bij het accepteren en omgaan met de gevolgen van dementie. Hierbij probeert de praktijkondersteuner te voorkomen dat de patiënt onnodig verward, geagiteerd, onrustig, verdrietig, angstig, achterdochtig en/of onzeker is. Anderzijds bevordert zij dat de patiënt controle, begrip, plezier, tevredenheid, eigenwaarde en een eigen identiteit ervaart.

9. ZorgBegeleidingsOverleg

De ZorgBegeleiding – vaak casemanagement genoemd – wordt in Drenthe gerealiseerd met behulp van het instellen van Zorg Begeleidings Overleggen (ZBO's). Dus niet met behulp van een apart casemanagersteam (niet een nieuwe organisatie), maar door middel van een ZorgBegeleidingsOverleg (ZBO).

In het ZBO zoeken alle instellingen die in de betreffende plaats een vorm van casemanagement en ambulante begeleiding bieden, samenwerking met elkaar ten behoeve van de cliënt. Tijdens dit overleg worden nieuwe cliëntsystemen ingebracht, worden cliëntsystemen besproken en wordt steeds (in samenspraak met het cliëntstelsel) een vaste en vertrouwde Zorgbegeleider toegewezen.

De Zorgbegeleider biedt sociaal emotionele begeleiding en coördineert de zorg (via het ZBO) over de grenzen van de eigen organisatie heen. Daardoor heeft het cliëntstelsel één aanspreekpunt, tijdens het gehele proces van diagnose tot opname.

9.1 Inhoud Zorg Begeleiding (ZB) en kernwoorden:

begeleiding en ondersteuning van de betrokkene en zijn/haar gehele systeem vanaf de diagnosestelling dementie tot de opname in een VPH

- veel kennis over de sociale kaart van dementie
- continuïteit van zorg in persoon
- één persoon is het aanspreekpunt voor het cliëntstelsel
- coördineert de zorg over de grenzen van de eigen organisatie heen
- koppelt terug naar het ZBO en regelt via de ZBO-deelnemers inzet van zorg
- koppelt terug naar huisarts; heeft een korte lijn naar de huisarts en andere hulpverleners en vice versa.
- bij de start van ZB: inventariseert en coördineert het netwerk rondom de cliënt (mantelzorg, professionals, vrijwilligers) op zes domeinen:
 - woon-/leefsituatie
 - (sociale) contacten/participatie mogelijkheden
 - mentaal welzijn
 - lichamelijk welzijn
 - zorgsituatie
 - financiële situatie

9.2 Taken en verantwoordelijkheid van Partners ZBO t.o.v. de Praktijkondersteuner

De partners

- committeren zich aan afspraken over Zorgbegeleiding en -coördinatie
- zijn bereid om de Zorgbegeleiding en –coördinatie op zich te nemen en daarmee het stokje van begeleiding van de praktijkondersteuner over te nemen
- accepteren en respecteren de keuze die de patiënt onder begeleiding van praktijkondersteuner maakt. De praktijkondersteuner is geen verantwoording schuldig aan de zorgaanbieders over deze gemaakte keus, ook niet in geval van acute zorgverlening.
- zijn verantwoordelijk voor terugkoppeling aan praktijkondersteuner. Zonder goede informatie is het voor praktijkondersteuner moeilijker om juiste informatie aan klanten te geven en is het moeilijker om een goede keus te kunnen maken.
- zijn verantwoordelijk voor een bereikbaar aanspreekpunt voor praktijkondersteuner, ook in tijden van crisis, ziekte of vakantie.

10. Sociale kaart

De sociale kaart van uw regio dient actueel aanwezig te zijn in dit protocol.

Als voorbeeld is de sociale kaart van Coevorden e.o. aan de bijlagen toegevoegd.

De sociale kaart is een actueel en volledig overzicht van organisaties, praktijken en activiteiten. Ook WMO voorzieningen en producten worden hierin opgenomen.

11. Bronvermelding

1. CBO-richtlijn Dementie
2. Handleiding Dementie, diagnostiek en behandeling in de eerste lijn, Drs. M. Perry, M. Lenkens, L. Theunisse, dr. I. Draškovic, Prof. dr. M.G.M. Olde Rikkert, UMC St. Radboud Nijmegen
3. Info; Netwerk Dementie Drenthe – E. v.d. Veen
4. LESA Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Dementie, L.J. Boomsma, D.F.R. Boswijk, A. Bras, A.H.M. Kleemans, I.M.G.A. Schols, A.W. Wind., R.B.J. Knuimann, J.A. Vriezen, P.E. Le Rütte, S.M. Labots-Vogelsang, NVVA 2009 ISBN 9789074785082, Huisarts Wet 2009-52(3): S1-S5.
5. NHG-Standaard Dementie.
6. Signalenkaart -& Interventiekaart – Icare 2007
7. Zorgprogramma dementie Stichting Icare, september 2005

netwerk@dementiedrenthe.nl

www.dementiedrenthe.nl

www.spreekuurhuis.nl/themas/dementie/informatie/onderzoek_bij_de_ziekte_van_alzheimer/vroegdiagnostiek

www.alzheimer nederland.nl

www.dementiezorg.nl

www.vilans.nl/smartsite.dws?id=135170

www.alzheimercentrum.nl/

<http://internet->

extra.vumc.nl/communicatie/nieuws/synaps/index.html?../synaps37/alzheimer.html-hoofd

www.vumc.nl/zorg/nieuws/3210027/

www.umcn.nl/scientist/

BIJLAGEN

- 1 - Anamnese volgens M. Gordon
- 2 - Signalenkaart (ook geplastificeerd) + Interventiekaart
- 3 - LESA Dementie
- 4 - MMSE
- 5 - NHG richtlijn Dementie
- 6 - Netwerk Dementie Drenthe Bestuursnetwerk, Ketenzorg, zorgbegeleidingspartners
- 7 - OLD (ook geplastificeerd)
- 8 - Slechtnieuwsgesprek
- 9 - Standaard Zorgplannen
- 10 - Test Cognitieve Functiestoornissen
- 11 - Verwijsrichtlijn Sociale kaart

BIJLAGE 1

Anamnese volgens Gezondheidspatronen Gordon

De elf gezondheidspatronen van Gordon (classificatiemodel)

De meeste praktijkondersteuners zijn op de hoogte van de elf gezondheidspatronen van Marjory Gordon. Hetzij via de opleiding, hetzij via de eigen praktijk. De theorie wordt gebruikt als **basis van zorgplannen**. De zorgproblemen worden geassocieerd in de gezondheidspatronen volgens Gordon. Hieronder volgt een korte uitleg van wat de gezondheidspatronen precies inhouden en met welke aandachtsgebieden binnen de diverse patronen rekening gehouden kan worden.

Gezondheidspatroon 1: Gezondheidsbeleving en Instandhouding

Dit patroon omvat datgene wat de cliënt van zijn gezondheid vindt en hoe hij voor zijn gezondheid zorgt. Het gaat dus om de manier hoe de cliënt zijn gezondheid beleeft en de relevantie daarvan voor zijn huidige en toekomstige activiteiten. Inbegrepen is ook het algemeen gezondheidsgedrag zoals: gezondheidsbevorderende activiteiten, preventieve maatregelen voor de geestelijke en lichamelijke gezondheid, het opvolgen van medische of verpleegkundige voorschriften en de medewerking aan nazorg.

Aandachtsgebieden:

- inadequate opvolging van de behandeling
- therapieontrouw
- dreigende therapieontrouw Gevaar voor letsel (trauma)

Mogelijke vragen en aandachtspunten bij Gezondheidspatroon 1 (Anamnese)

1. Hoe is uw gezondheid in het algemeen?
2. Bent u het afgelopen jaar ziek (verkouden) geweest, zo ja heeft u zich toen ziek gemeld?
3. Wat zijn de belangrijkste dingen die u doet om gezond te blijven?
(met inbegrip van familie en/of huismiddeltjes).
4. Rookt u, drinkt u?
6. Heeft u het altijd gemakkelijk gevonden om de voorschriften van de arts of de verpleegkundige op te volgen?
7. Wat is uw belangrijkste klacht op het gebied van uw gezondheid
8. Hoe zou u in het algemeen uw gezondheid omschrijven?
9. Bent u in staat uw eigen geneesmiddelen in te nemen? Als u problemen hebt, wie helpt u?

Gezondheidspatroon 2: Voeding/stofwisselingspatroon

Het voeding/stofwisselingspatroon omvat de opname van vocht en voedsel in verhouding tot de fysiologische behoeften en ook de indicatoren van de plaatselijke (geografisch) aanwezige voedingsmiddelen. Inbegrepen zijn de individuele eet-/drinkpatronen, de dagelijkse eettijden, soorten en voedselvoorkeuren, en het gebruik van voedingsvitaminesupplementen.

Aandachtsgebieden:

- voedingsteveel (of exogene zwaarlijvigheid)
- voedingstekort
- slikstoornis
- veranderd mondslijmvlies
- vochttekort
- wonden
- decubitus

Mogelijke vragen en Aandachtspunten bij Gezondheidspatroon 2 (Anamnese)

1. Wat eet/drinkt u normaal? (soort/hoeveelheid)
2. Maakt u gebruik van aanvullende middelen? (vitamines, preparaten, tussendoortjes)
3. Hebt u de laatste tijd gewicht verloren/toegenomen? (hoeveel)
5. Voedsel of eten zijn daar dingen op aan te merken? (problemen, slikklachten, dieet, dieetproblemen)
6. Genezen wonden goed of slecht?
7. Problemen met het gebit of moeite met kauwen van voedsel?
8. Bent u in staat uw eigen maaltijden te bereiden? Als u problemen hebt, wie helpt u?

Gezondheidspatroon 3: Uitscheidingspatroon

Het uitscheidingspatroon omvat de uitscheidingsfunctie van : darmen, blaas en de huid.

Aandachtsgebieden:

- obstipatie
- diarree
- incontinentie van faeces
- urge incontinentie
- volledige urine incontinentie

Mogelijke vragen en Aandachtspunten bij Gezondheidspatroon 3 (Anamnese)

1. Overmatige transpiratie, sterke transpiratiegeur?
2. Schaamtegevoelens of decorumverlies

Gezondheidspatroon 4: Activiteitenpatroon

Het activiteitenpatroon omvat het geheel van lichaamsbeweging, ontspanning, recreatie en vrijetijdsbesteding. Datgene wat dus energie kost.

De nadruk ligt op activiteiten die van groot belang zijn voor de cliënt.

Aandachtsgebieden:

- verminderd activiteitsvermogen
- oververmoeidheid
- mobiliteitstekort
- volledig persoonlijk zorgtekort
- zelfstandigheidstekort in wassen
- zelfstandigheidstekort in kleding of verzorging
- zelfstandigheidstekort in eten
- zelfstandigheidstekort in de toiletgang

Vragen en Aandachtspunten Gezondheidspatroon 4 (Anamnese)

1. Bent u in staat uw huishoudelijke taken zelf uit te voeren? Als u problemen hebt, wie helpt u?
2. Bent u in staat boodschappen te doen? Als u problemen hebt, wie helpt u?
3. Bent u in staat geldzaken te doen? Als u problemen hebt, wie helpt u?
4. Bent u in staat de telefoon te gebruiken en nummers op te zoeken? Als u problemen hebt, wie helpt u?
5. Kunt u zelfstandig douchen?
6. Redt u zich met de persoonlijke hygiëne/uiterlijke verzorging?

Gezondheidspatroon 5: Slaap/rustpatroon

Het slaap/rustpatroon omvat het patroon van perioden van: slaap, rust en ontspanning verspreid over het etmaal. Inbegrepen zijn ook de subjectieve belevingen van de kwaliteit en de kwantiteit van slaap en rust en de hoeveelheid energie en de eventuele hulpmiddelen zoals: slaapmedicatie en bepaalde gewoonten voor het slapen gaan.

Aandachtsgebieden:

-verstoord slaap rustpatroon, dag en nacht omdraaien

Mogelijke vragen en aandachtspunten bij Gezondheidspatroon 5. (Anamnese).

1. Gewoonlijk goed uitgerust en klaar voor de dag na het ontwaken?
2. Problemen met het inslapen, hulpmiddelen, dromen, nachtmerries of vroeg wakker?
3. Regelmatige perioden voor rust en ontspanning?

Gezondheidspatroon 6: Waarneming/cognitiepatroon

Het waarnemings-/cognitiepatroon omvat de zintuiglijke waarneming en de cognitieve functies. Inbegrepen zijn ook de kwaliteit van zien, horen, ruiken en proeven. Ook eventuele compensatiemechanismen of prothesen vallen onder dit patroon. Tevens de pijnzin en de omgang met pijn, het taalvermogen, oordeelsvermogen en besluitvorming worden onder dit patroon samengevat.

Aandachtsgebieden:

-pijn
-kennistekort
-verstoord denken
-korte termijngeheugen tekort
-dreigend cognitie tekort

Mogelijke vragen en aandachtspunten bij Gezondheidspatroon 6 (Anamnese)

1. Slechthorend, gehoorapparaat?
2. Slechtzienend, bril of contactlenzen? (wanneer was de laatste controle, wanneer de laatste verandering in sterkte van de glazen).
3. Verandering in geheugen en/of concentratievermogen?
4. Wel of geen moeite om beslissingen te nemen?
5. Gemakkelijk in staat om nieuwe dingen aan te leren?
6. Problemen?
7. Gevoeligheid, pijn zo ja wat doet u eraan ?
8. Heeft u moeite uzelf verstaanbaar te maken wegens spraakproblemen?

Gezondheidspatroon 7: Zelfbelevingspatroon

Hoe ziet de persoon zichzelf? Het gaat om de ideeën van de eigen persoon. De beleving van de eigen vaardigheden, het zelfbeeld, de eigen identiteit, het gevoel van eigenwaarde en het algemene patroon van emoties. Ook de lichaamshouding, motoriek, het oogcontact, stem en spraakgebruik maken deel uit van dit patroon.

Aandachtsgebieden:

- vrees
- angst
- depressie
- moedeloosheid
- machteloosheid
- geringe zelfachting

Mogelijke vragen en aandachtspunten bij Gezondheidspatroon 7 (Anamnese)

1. Hoe zou u zichzelf in het algemeen willen omschrijven, meestal tevreden/ontevreden over zichzelf ?
3. Kunt u meer of minder dan vroeger, zo ja vindt u dat een probleem ?
5. Bent u vaak kwaad, geërgerd, angstig, ongerust, neerslachtig, niet in staat de situatie in de hand te houden. Wat helpt dan ?

Gezondheidspatroon 8: Rollen/relatiepatroon

Het rollen/relatiepatroon omvat de belangrijkste rollen en de verantwoordelijkheden van de cliënt in zijn huidige levenssituatie en zijn familie,-gezin,-werk en sociale relaties met de bijbehorende verantwoordelijkheden. De tevredenheid van de cliënt en de eventuele verstoring van dat patroon.

Aandachtsgebieden:

- rouw
- verstoorde rolvervulling
- sociaal isolement
- overbelasting van mantelzorger
- dreigende overbelasting van mantelzorger
- mantelzorgtekort
- verstoorde verbale communicatie
- afwijkende groei en ontwikkeling in communicatieve vaardigheden

Mogelijke vragen en aandachtspunten bij Gezondheidspatroon 8 (Anamnese)

1. Samen of alleenstaand, familie/gezinsstructuur? (diagram, genogram).
2. Eventuele gezins- of familieproblemen die u moeilijk vindt?
3. Indien relevant, hoe staan de familieleden, gezinsleden, anderen tegenover ziekte/opname ?
4. Voelt u zich wel eens eenzaam? (hoe vaak).

Gezondheidspatroon 9: Seksualiteit/voortplantingspatroon

Het seksualiteits-/voortplantingspatroon omvat de seksuele relaties, seksualiteitsbeleving en het voortplantingspatroon. Maar ook de mate van (on)tevredenheid hiermee en de eventuele subjectieve beleving en/problemen.

Aandachtsgebieden:

- gewijzigde seksuele gewoonten
- seksueel disfunctioneren

Mogelijke vragen en aandachtspunten bij Gezondheidspatroon 9 (Anamnese)

- behoefte aan seksualiteit/intimiteit
- ontremd gedrag
- decorumverlies

Gezondheidspatroon 10: Stressverwerkingspatroon

Het stressverwerkingspatroon omvat de manier waarop iemand in het algemeen met problemen en stress omgaat. Inbegrepen zijn het vermogen persoonlijke crisis te doorstaan, het mechanisme om iets het hoofd te bieden (coping), steun in familie of bij anderen en het subjectieve vermogen om macht over een situatie uit te oefenen.

Aandachtsgebieden:

- ineffectieve coping (iets niet aankunnen)
- probleemvermijding
- ontkenning
- verminderd aanpassingsvermogen

Mogelijke vragen en aandachtspunten bij Gezondheidspatroon 10 (Anamnese)

1. Heeft u de afgelopen één à twee jaar grote veranderingen doorgemaakt in uw persoonlijke leven cq crisis?
3. Bent u over het algemeen ontspannen/gespannen, wat helpt het beste als u gespannen bent?
4. Gebruikt u bepaalde medicijnen, drugs of alcohol ter ontspanning?
5. Op welke manier gaat u grote problemen (van welke aard dan ook) ter lijf en heeft dat ook resultaat?

Gezondheidspatroon 11: Waarden/overtuigingspatroon

Het waarden/overtuigingspatroon omvat de waarden, normen doelstellingen en overtuigingen (ook geestelijke) waarop iemand zijn keuzes en beslissingen maakt. Dus wat iemand belangrijk acht in het leven en of bepaalde normen, overtuigingen of verwachtingen ten aanzien van de gezondheid in zijn beleving botsen.

Aandachtsgebieden:

- zinsgevingsvragen

Mogelijke vragen en aandachtspunten bij Gezondheidspatroon 11 (Anamnese)

1. Biedt het leven over het algemeen datgene wat u zoekt?
2. Belangrijke plannen voor de toekomst ?
3. Is godsdienst belangrijk voor u, zo ja put u er steun uit in moeilijke tijden ?
4. Draagt u een euthanasieverklaring of donorcodicil?

BIJLAGE 2 Signalenkaart

Wat signaleer ik?	Waar kan dat op wijzen?	Welke gevolgen heeft dat? Voor wie?	
		Gevolgen voor de patiënt Druk/ gevaar	Gevolgen voor de mantelzorger Druk/ gevaar
Verlies van tijdsbesef	Verwardheid		
Verlies van herkenning omgeving, anderen of zichzelf			
Niet in staat eenvoudige aanwijzingen op te volgen			
Kleefgedrag	Gedragsverandering		
Onrust			
Agressie			
Angst			
Overdag veel slapen en 's nachts uit bed	Verstoord dag-/ nachtritme		
Vermoeidheid			
Aangeven iets of iemand kwijt te zijn	Zwerf- en dwaalgedrag		
Is onrustig in eigen omgeving			
Buiten lopen en huis niet terug kunnen vinden			
Verwaarlozing van uiterlijke verzorging en/ of omgeving	Decorumverlies		
(Seksueel) ontremd gedrag			
Ontremd eet-/ drinkgedrag			
Doen van ongepaste uitspraken gebruik grove taal			
Zich niet bewust van omgevingsgevaar	Risico op letsel		
Verminderd warmte/ koude gevoel			
Verminderde waarneming			
Geeft uiting van behoefte aan contact	Sociaal isolement		
Geeft aan dat de tijd langzaam voorbij gaat			
Teruggetrokken gedrag			
Er komt geen bezoek			
Heeft moeite met:	Zelfzorgtekort		
- Algemene hygiëne			
- Medicijngebruik			
- Handhaven goede voedings- en vochtbestand			
- Beheer financiële middelen			
- Huishoudelijke activiteiten			
Het niet kunnen ophouden van urine/ faeces	Incontinentie		
Natte kleding en/ of beddengoed			
Onrustig, zoekend gedrag			
Geen gevoel van aandrang of geeft dit niet aan			
Harde ontlasting	Obstipatie		
Harde, opgezette buik			
Pijn bij defecatie			
Onrustig zoeken gedrag			
Mantelzorger geeft aan:	Overbelasting Mantelzorg		
- moeite met veranderingen in gedrag en persoonlijkheid			
- Spanningen te voelen en/ of ruzies met dementerende			
- Onvoldoende vrije tijd hebben			
- Vermoeid zijn/ slecht slapen			

Toelichting bij de signalenkaart dementie

Deze signalenkaart dementie (met de daarbij behorende interventiekaart) is een hulpmiddel bij het in kaart brengen van signalen bij klanten met -beginnende- dementie en hun mantelzorgers. Zorg geven aan deze groep is niet eenvoudig. Met deze kaart kun je bijhouden of de grens is bereikt. Voor de klant zelf, de mantelzorger of voor jou, als medewerker van Icare.

Hoe gebruik je de signalenkaart?

- In de eerste kolom (Wat signaleer ik?) zijn signalen te vinden die je als verzorgende kunt oppikken, zoals verwaarlozing van uiterlijk of agressief gedrag.
- De tweede kolom (Waar kan dat op wijzen?) geeft het algemene probleem aan, dat het gevolg is van het dementeringsproces.

Tot op zekere hoogte ben je als praktijkondersteuner in staat om te proberen verandering in de situatie aan te brengen. Je kunt daarbij de interventiekaart gebruiken.

- Ondanks de aanpassingen kan het zijn dat de situatie onveilig wordt of de druk te zwaar. In de derde kolom (Voor wie heeft dat gevolgen? Gevaar voor de klant) kun je op de bijgeleverde kopieën met een kruisje aangeven dat jij je ernstige zorgen maakt om de veiligheid. Daar moet dan iets aan gebeuren. Direct. Neem daarvoor contact op met de contactpersoon.

Interventiekaart

Zorgprobleem	Mogelijke interventies
Verwardheid Beoogd resultaat: Veilig gevoel/welbevinden	Spreek in korte zinnen, herhaal zo nodig
	Geef duidelijke (korte) uitleg over wat er wordt gedaan en wat van de dementerende wordt verwacht (let op of dementerende het begrijpt)
	Pas tempo aan aan dat van de dementerende - Vul ontbrekende gegevens in het verhaal van de dementerende op een speelse manier aan, maar verbeter zo min mogelijk
	Praat met de dementerende over familieleden en anderen bijv. aan de hand van foto's
	Structureer omgeving van de dementerende en handhaaf een vaste dag-/weekindeling
	Streef naar verzorging door een vast aantal personen
Gedragsverandering Beoogd resultaat: Veilig gevoel/welbevinden	Houd rekening met gebeurtenissen in levensloop, die verklarend kunnen zijn voor huidige gevoelens
	Stimuleer en complimenteer positief gedrag, negeer negatief gedrag
	Overvraag de patiënt niet
	Vermijd fluisteren of praten over de dementerende in zijn/ haar bijzijn
	Vermijd uitoefening van dwang, maar stel zo nodig grenzen
	Ga na wanneer en waarom de dementerende angstig is of zich onzeker voelt.
	Leid de dementerende af van angstbron, praat de angst/ bezorgdheid niet weg
Vestoord dag/ nachtritme Beoogd resultaat: Vast dag- /nachtritme	Stimuleer de dementerende 's morgens uit bed en 's avonds naar bed te gaan.
	Stimuleer actieve dagbesteding en vaste dagindeling
	Verdeel eten en drinken over de dag
	Laat dementerende geen koffie/ thee/nicotine of andere opwekkende middelen gebruiken
	Bij nachtelijke onrust: - Probeer erachter te komen wat de reden de nachtelijke onrust is - Zorg voor optimaal slaapcomfort
Zwerf- en dwaalgedrag Beoogde resultaten: Veilig voelen in eigen omgeving en kan door anderen naar huis teruggeleid worden	Probeer te achterhalen wat de oorzaak is van het dwaalgedrag
	Ga na of het dwalen echt hinderlijk of gevaarlijk is
	Bied overdag activiteiten aan door bijvoorbeeld dagelijks met de dementerende te gaan wandelen (adviseer eventueel hometrainer)
	Zorg dat de dementerende weinig geld bij zich heeft
	Zorg dat de dementerende zijn/haar naam, adres en telefoonnummer en huissleutel bij zich heeft (naam en adres in kleding of SOS-kaartje binnenkant jas)
Decorumverlies Beoogde resultaten: Verzorgd uiterlijk Verzorgde omgeving Omgeving van dementerende kan omgaan met ongewenst gedrag Voedings- en vochtinname is geproportioneerd en volwaardig.	Stimuleer uiterlijke verzorging/verzorging van de omgeving
	Ongewenst gedrag: - Ga na wanneer het gedrag zich voordoet en wat de aanleiding is - Ga na welke gevoelens het ongewenste gedrag oproept bij de omgeving en hoe de omgeving dit gedrag hanteert - Geeft aandacht aan de achterliggende behoefte (bijvoorbeeld het gemis van partner) - Wijs op een rustige wijze op niet acceptabel gedrag - Geeft duidelijk grenzen aan - Probeer dementerende af te leiden; onderneem samen activiteiten
	Ontremd eet-/drinkgedrag: - Ga na wat de dementerende eet/ drinkt - Ga na wat normale eet- en drinkpatroon was - Maak een schema met vaste tijden, voor maaltijden in afgepaste porties. - Voorkom ontremd eetgedrag, bijv. geen koekjestrommel op tafel - Houd controle op houdbaarheid en kwaliteit van het voedsel
Risico op letsel Beoogde resultaten: Veiligheidswaarborging en valpreventie	Vraag na of gebruik van medicijnen risicoverhogend werkt
	Ga na welke aspecten en/of situaties in en om het huis onveilig zijn
	Schaf zo mogelijk veilige apparatuur aan
	Zorg voor goede verlichting
	Zorg ervoor dat gevaarlijke stoffen en gereedschappen achter slot worden opgeborgen
	Help kleding uitzoeken, passend bij het seizoen
	Valpreventies: wees alert op omgevingsfactoren die het valrisico kunnen vergroten (bijv. gladde vloer, open trap, snoeren en drempels)

Sociaal isolement Beoogde resultaten: Dementerende voelt zich prettig en neemt indien gewenst deel aan sociale interactie	Optimaliseren van mantelzorg:
	<ul style="list-style-type: none"> - Ga na in hoeverre het huidig sociaal netwerk van de dementerende aan zijn/ haar behoeften voldoet - Ga na of en zo ja welke obstakels de mantelzorg belemmeren - Schakel evt. vrijwilligers in
	Betrek de dementerende indien gewenst bij (sociale) activiteiten
	Bespreek plaatsing in dagverzorging/ dagverpleging
Zelfzorgtekort Beoogde resultaten: Er is vastgesteld wat dementerende zelf kan uitvoeren en welke activiteiten moeten worden overgenomen. Zelfzorgactiviteiten zijn zodanig gestructureerd dat dementerende ze kan overzien	Activeer en stimuleer de dementerende bij de handelingen die hij zelf kan
	Laat de handelingen die de dementerende nog kan, een voor een uitvoeren
	Bij weigeren van hulp eerst vertrouwensrelatie opbouwen (eventueel elke keer)
	Aandachtspunten bij hygiënische maatregelen:
	<ul style="list-style-type: none"> - Angst voor wassen is vaak schaamtegevoel of apraxie
	Aandachtspunten bij toiletgang:
	<ul style="list-style-type: none"> - Stimuleer regelmatig toiletbezoek/ gebruik makkelijke kleding
	Aandachtspunten bij kleding:
	<ul style="list-style-type: none"> - Leg kleren in vaste volgorde/ kies zoveel mogelijk kleding samen uit. - Begeleid dementerende bij tijdig verschonen of vervangen van kleding
	Aandachtspunten bij eten/drinken:
<ul style="list-style-type: none"> - Houd toezicht op voeding- en vochtinname - Let op houdbaarheid/ bederf etenswaren - Geeft maaltijd hapklaar in kleine porties (Kopje en bord niet helemaal vol) - Ga na of gebit in goede conditie verkeert of gebitsprothese past. 	
Aandachtspunten bij telefoneren:	
<ul style="list-style-type: none"> - Gebruik voorgeprogrammeerde nummers van familieleden en bekenden 	
Aandachtspunten bij medicijngebruik:	
<ul style="list-style-type: none"> - Gebruik medicijnverdeeldoos en berg medicijnen in afgesloten ruimte op. - Houd toezicht op de dosering, toediening en houd regelmatig controle 	
Incontinentie Beoogde resultaten: Continent of minder vaak incontinent en de juiste hulpmiddelen worden gebruikt	Ga na of de dementerende de toilet kan vinden en het tijdig kan bereiken (mobiliteit)
	Ga na of de dementerende aandrang voelt
	Ga na of de dementerende aan kan geven dat hij/zij naar het toilet moet
	Reageer adequaat op de dementerende, word niet boos bij incontinentie
	Vraag na of het gebruik van medicatie de incontinentie beïnvloedt
	Stimuleer regelmatig toiletbezoek/zorg voor gemakkelijke kleding
	Let op signalen van dementerende (onrustig gedrag/in een hoekje gaan zitten)
	Zorg voor goed incontinentiemateriaal
Obstipatie Beoogde resultaten: Normale ontlasting	Ga na wat het normale ontlastingspatroon was
	Draag zorg voor voldoende vochtinname, vezelrijke voeding en beweging
	Biedt voldoende tijd voor toiletgang en voorkom overmatig persen
Overbelasting mantelzorg Beoogde resultaten: Mantelzorger is tevreden over eigen gezondheid en levensomstandigheden Mantelzorger heeft inzicht in het ziektebeeld en het verloop van de dementie Mantelzorg weer op welke wijze ondersteuning door anderen geboden kan worden Mogelijke interventies Bespreek factoren als evenwicht tussen rust en activiteit/ondersteunende sociale netwerken Informeer over dementie, de gevolgen en het verloop Stimuleer openheid over de dementie naar het omgeving Bespreek welke mogelijkheden voor ondersteuning/ontlasting er zijn, zoals vrijwilligers, maaltijdvoorziening, thuiszorg, dagopvang, mantelzorgconsulent	
Interventiekaart en signalenkaart ontwikkeld bij Icare. Gebaseerd op het 'wijkverpleegkundige standaard dementie' (KITZ 2005)	

BIJLAGE 3

Zie onderstaande website voor de Lesa Dementie

<http://verenso.artsennet.nl/Artikel/LESA-Dementie-1.htm>

BIJLAGE 4 MMSE

Afnemen van MMSE Mini Mental State Examiner.

Doel van het afnemen van een MMSE; indruk te krijgen van cognitief functioneren van een patiënt.

De test bestaat uit 11 vragen met een score van 0-30.

De test geeft inzicht in; oriëntatie in tijd en plaats; eenvoudige geheugentest; concentratie; taal; rekenen; praxis (handelingen uitvoeren) visuoconstructie (iets nadoen wat je hebt gezien). De MMSE test geen algemene kennis en langer termijn geheugen.

Algemene instructies bij de gestandaardiseerde MMSE ;

1. Zorg dat voor het starten van de afname de persoon tegenover u zit. Beoordeel of iemand u verstaat en begrijpt middels eenvoudige vragen zoals 'Wat is u naam?'. Zorg dat de persoon de beschikking heeft over eventueel gehoorapparaat en brillen.
2. Introduceer uzelf en probeer de persoon op haar/zijn gemak te stellen. Vraag toestemming om vragen te mogen stellen, zoals 'Vindt u het goed dat ik u vragen stel over het geheugen?'. Dit kan helpen om een paniecreacties te voorkomen.
3. Stel iedere vraag maximaal drie keer, tenzij anders aangegeven. Als de persoon geen antwoord geeft is de score 0.
4. Als de patiënt incorrecte antwoorden geeft, scoor 0. Geef geen hints, stel de vraag niet opnieuw, geef geen suggesties of fysieke aanduidingen zoals hoofdschudden.
5. Benodigde hulpmiddelen, horloge, pen, potlood/gum en papier. Een blaadje met 'je ogen sluiten erop'.
6. Als iemand vraagt 'wat zegt u' geef geen uitleg of begin een gesprek, herhaal slechts dezelfde aanwijzing tot maximaal drie keer.
7. Als de persoon u onderbreekt met bv. De vraag 'Waar is dit voor?' antwoordt met 'Ik zal het uitleggen over enkele minuten als we klaar zijn. Kunnen we nu alstublieft verder doorgaan, we zijn bijna aan het eind.

Interpretatie van MMSE

Hoe lager de score hoe slechter het cognitief functioneren van de patiënt. Afkappunt 23-24 score punten. MMSE score wordt beïnvloed door leeftijd en opleidingsniveau. Bij jonge ouder een hoger beleidsniveau een hoger kappunt gebruiken.

Ook lichamelijke ziekten, depressie en zintuiglijke handicaps kunnen de MMSE score beïnvloeden. Bij onvoldoende duidelijkheden over de aan- of afwezigheid van cognitieve stoornissen verdient het de aanbeveling de MMSE te herhalen bijv. één keer per jaar.

Te vaak is niet zinvol, omdat de ruis te groot is en er ook een leereffect bestaat.

Aan de hand van MMSE mag je geen absolute uitspraak doen over het al of niet aanwezig zijn van de ziekte dementie. Er is sprake van dementie wanneer de verstoorde cognitie ook negatieve invloed heeft op het dagelijks functioneren .

Instructie

Ik ga u een aantal vragen stellen om de werking van uw geheugen en concentratie na te gaan. De meeste vragen zijn gemakkelijk (scoor een punt voor elk juist item).

Oriëntatie in tijd (max. score = 5) score = ..

1. Welk jaar is het?
2. Welk seizoen is het?
3. Welke datum is het?
4. Welke dag is het?
5. Welke maand is het?

Oriëntatie in plaats (max. score = 5) score = ..

1. Kunt u mij vertellen in welke provincie u nu bent?
2. Kunt u mij vertellen in welke stad u nu bent?
3. Kunt u mij vertellen in welk gebouw u nu bent?
4. Kunt u mij vertellen op welke afdeling u nu bent?
5. Kunt u mij vertellen op welke verdieping u nu bent?

Registratie (max. score = 3) score = ..

Ik noem u zo dadelijk drie voorwerpen. Nadat ik ze heb opgenoemd, wil ik dat u ze herhaalt. Probeer te onthouden welke het zijn, want ik zal ze opnieuw vragen over een paar minuten. Wilt u de volgende drie woorden herhalen: boek, plant, molen (scoor eerste poging, maar herhaal totdat alle drie geleerd zijn).

1. Boek
2. Plant
3. Molen

Aandacht (max. score = 5) score = ..

a. Wilt u van 100 zeven aftrekken, dan daar weer zeven aftrekken en zo doorgaan? Scoor een punt per goed antwoord, d.w.z. als het verschil 7 bedraagt. Niet verder doorgaan dan 65). Noteer exact alle antwoorden van de patiënt: $100-7 = \dots, \dots, \dots, \dots, \dots$

b. Wilt u het woord DORST van achteren naar voren spellen? (Scoor een punt per goede letter in juiste volgorde) Noteer: T S R O D.....

Scoor de hoogste score van 4a of 4b.

Vijf antwoorden zijn goed: 5 punten, vier antwoorden zijn goed: 4 punten; drie antwoorden zijn goed: 3 punten; twee antwoorden zijn goed: 2 punten; slechts één antwoord is goed: 1 punt; geen enkel antwoord is goed: 0 punten.

Geheugen (max. score = 3) score = ..

Noemt u nogmaals de drie woorden van zojuist?

1. Boek
2. Plant
3. Molen

Taal (max. score = 2) score = ..

1. Wat is dit? (wijs een potlood of pen aan)

2. Wat is dit? (Wijs een horloge aan)

(Beide voorwerpen worden goed benoemd: 2 punten; slechts één voorwerp wordt goed benoemd: 1 punt; geen enkel voorwerp wordt goed benoemd: 0 punten).

Taal (max.score = 1) score = ..

Wilt u de volgende zin herhalen: 'geen alsen, ennen of maren'

(scoor een punt als de complete zin goed is; er is slechts één poging toegestaan).

Commando's (max. score = 3) score = ..

(Lees eerst de instructie voor, geef dan het papier)

Ik geef u een stukje papier. Wilt u dit in uw rechterhand nemen, het in tweeën vouwen en weer op uw schoot neerleggen?

1. Papier in rechterhand nemen
2. Papier in tweeën vouwen
3. Papier in schoot neerleggen

(scoor iedere goede handeling).

Lezen (max. score = 1) score = ..

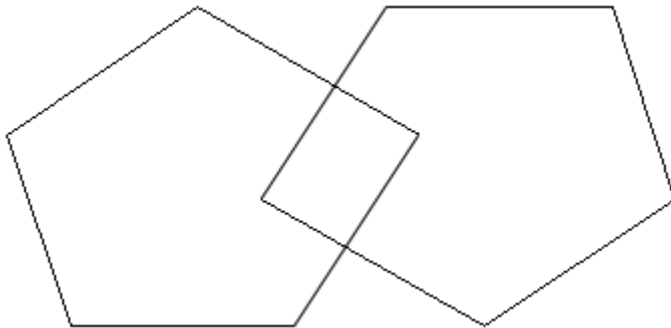
Wilt u dit lezen en opvolgen: 'Sluit uw ogen'
(toon vel met deze opdracht).

Schrijven (max. score = 1) score = ..

Wilt u voor mij een zin opschrijven?
(spelling- of grammaticale fouten zijn niet belangrijk. Schrijfwijze is juist als de zin een onderwerp en een gezegde heeft en betekenis).

Tekenen (max. score = 1) score = ..

Hier is een tekening. Wilt u deze natekenen?
(tekening is juist als alle hoeken en zijden getekend zijn en de overlappende figuur een vierhoek is).



BIJLAGE 5

NHG samenvattingskaart Dementie M21 (december 2003)

BEGRIPPEN

Dementie wordt gekenmerkt door geheugenstoornissen en één of meer andere cognitieve stoornissen, zoals afasie, apraxie, agnosie of een stoornis in de uitvoerende functies, met als gevolg een duidelijk negatieve invloed op het dagelijks functioneren, werk, sociale activiteiten en relaties.

Afasie: verminderd taalbegrip en problemen met taalexpressie (bijv. niet op woorden komen).

Apraxie: verminderd vermogen handelingen uit te voeren ondanks intacte motorische functies (bijv. aankleden).

Agnosie: verminderd vermogen objecten te herkennen ondanks intacte sensorische functies (ook desoriëntatie).

Stoornis in de uitvoerende functies: verminderd vermogen plannen te maken, te organiseren, logische conclusies te trekken en te abstraheren (langzamer van begrip, huishouden niet overzien).

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

De huisarts kan de diagnostiek zelf uitvoeren, eventueel met hulp van praktijkondersteuner of GGZ-instelling. De huisarts kan ook verwijzen voor diagnostiek. Bij mogelijke dementie vindt eerst een oriëntatie plaats, waarbij de Observatie Lijst voor vroege symptomen van Dementie (OLD) als hulpmiddel gebruikt kan worden (zie de standaard).

Anamnese en heteroanamnese

Wees bedacht op een façade en afhankelijk gedrag (bijvoorbeeld het 'head turning sign').

Vraag naar begin en beloop van de problemen.

Beoordeel:

- het geheugen: stel vragen over wat men gisteren deed, nieuwsitems, gebeurtenissen uit het verdere verleden;
- andere cognitieve stoornissen: afasie, apraxie, agnosie en stoornissen in de uitvoerende functies;
- beperkingen in het dagelijks functioneren: telefoneren, eigen boodschappen doen, koken, huishoudelijk werk doen en persoonlijke verzorging waaronder ook medicijngebruik en het regelen van geldzaken;

- lichamelijke oorzaken en comorbiditeit: lichamelijke klachten, medische voorgeschiedenis, voeding (met het oog op deficiënties), alcohol- en geneesmiddelengebruik.

Het verdient aanbeveling ter objectivering van de geheugenstoornissen en andere cognitieve stoornissen een 'Mini-mental state examination' (MMSE) af te nemen (zie de standaard).

Lichamelijk onderzoek

- Inspecteer huid en slijmvliezen. Meet pols en bloeddruk, ausculteer hart en longen.
- Verricht oriënterend neurologisch onderzoek (let op doorgemaakt CVA of ziekte van Parkinson): looppatroon, focale verschijnselen, reflexverschillen, latente paresen, hemianopsie, motoriek van het gelaat en de extremiteiten en Parkinson-symptomen (maskergelaat, hypokinesie, tremor, rigiditeit of tandradfenomeen).
- Verricht zo nodig aanvullend lichamelijk onderzoek zoals visus- en gehooronderzoek.

Aanvullend onderzoek

- Hb, Ht, MCV, BSE, glucose, TSH en kreatinine.
- Op indicatie: natrium en kalium (bij diureticagebruik), foliumzuur, vitamine B₁, B₆ (bij onvolwaardig dieet, alcoholabusus), vitamine B₁₂ en leverfunctie.

Evaluatie

- Stel de diagnose dementie bij stoornissen in het geheugen, andere cognitieve stoornissen en verminderd dagelijks functioneren.
- Denk aan zeldzame vormen van dementie zoals frontotemporale dementie (begin op relatief jonge leeftijd (50-60 jaar), soms uitgesproken gedragsproblemen) en 'Lewy body'-dementie (in ernst wisselende cognitieve stoornissen met motorische onrust, visuele hallucinaties en licht parkinsonisme). Hierbij is consultatie/verwijzing aangewezen.
- Onderscheid lichte cognitieve stoornissen ('mild cognitive impairment') van dementie: er zijn wel stoornissen in het geheugen en andere cognitieve stoornissen, maar het dagelijks functioneren is intact. Wees hierbij attent op ongerustheid en besteed aandacht aan het beloop.
- Sluit een delier uit: in korte tijd ontstaat een stoornis in het bewustzijn (besef van de omgeving) en de aandacht (concentratie vasthouden en kunnen verplaatsen). Let hierbij op een somatische oorzaak.

- Houd rekening met ingrijpende gebeurtenissen en denk ook aan depressie (wisselend beloop en soms tijdelijk gestoord geheugen).
- Wees attent op een angststoornis, alcoholverslaving of een psychose.
- Let op behandelbare oorzaken of beïnvloedende factoren, zoals 'normal-pressure' hydrocefalus (dementie met wijdbeens lopen, onstabiel looppatroon, verhoogde mictiedrang of incontinentie), hypothyreoïdie, hartfalen en geneesmiddelenintoxicatie (psychofarmaca, anti-parkinsonmiddelen, anti-epileptica en digoxine).

RICHTLIJNEN BELEID

- Bespreek de diagnose met de patiënt en zijn naasten, doe dit zo nodig stapsgewijs.
- Ga de zorgsituatie na en beoordeel welke hulp nodig is (begeleiding, verzorging, verpleging).
- Houd bij een bijkomende somatische aandoening zo veel mogelijk rekening met de wensen van de patiënt en een eventuele wilsverklaring over het al of niet behandelen.

Voorlichting

- Geef informatie over dementie als een geleidelijk progressieve aandoening, over de mogelijke oorzaken en bij dementie op jonge leeftijd (<65 jaar) over erfelijke aspecten.
- Besteed aandacht aan de verwerking (vergelijk een 'slechtnieuwsgesprek').
- Bereid de naasten voor op te verwachten problemen door functieverlies en gedragsstoornissen.
- Wijs op verdere informatie en mogelijkheden voor steun en zorg (NHG-patiëntenbrieven en de Stichting Alzheimer Nederland).

Niet-medicamenteuze adviezen

- Wijs op belevingsgerichte zorg: laat de patiënt in zijn waarde, wees gericht op de beleving van de patiënt en voorkom strijdpunten.
- Houd de ziekte niet voor de omgeving verborgen en regel de financiële en immateriële belangen als de patiënt nog beslissingsbekwaam is.
- Wijs op gespreksgroepen voor de verzorgers.
- Wijs bij begeleidingsbehoefte op mogelijkheden van thuiszorg of dagopvang.
- Schakel bij verzorgingsbehoefte de thuiszorg in. Spreek met andere hulpverleners af wie de begeleiding coördineert en leg de afspraken vast in een logboek bij de patiënt.
- Bij vastgestelde dementie is de patiënt niet geschikt om aan het verkeer deel te nemen.

Medicamenteuze therapie

- Cholinesteraseremmers en plaatjesaggregatieremmers worden niet aangeraden.
- Schrijf bij hevige onrust en psychotische symptomen, als geen oorzakelijke therapie mogelijk is, haloperidol 0,5 mg oraal voor en verhoog op geleide van het effect tot maximaal 2 dd 1,5 mg; bij patiënten met de ziekte van Parkinson liever risperidon 0,5 mg tot 2 dd 0,5-1mg. Schrijf het antipsychoticum korte tijd (twee weken) voor en probeer zo spoedig mogelijk af te bouwen.

Controles

- Stem de controlefrequentie af op de behoefte van de patiënt en zijn naasten.
- Ga bij gevorderde dementie driemaandelijks de draagkracht van de naasten na en anticipeer op verdere achteruitgang van de patiënt.

Consultatie en verwijzing

In de volgende gevallen vindt consultatie of verwijzing plaats.

Bij vragen over diagnostiek of therapie:

- als de huisarts ervoor kiest de diagnostiek van dementie uit te besteden;
- cognitieve stoornissen of gedragsproblemen waarbij getwijfeld wordt aan de diagnose dementie;
- dementie met het vermoeden van een behandelbare of intracraniale afwijking;
- snel progressieve dementie of dementie op een leeftijd jonger dan 65 jaar;
- ernstige gedragsstoornissen of ernstige onrust zonder reactie op behandeling;
- vragen over mogelijke behandeling van patiënten met dementie.

Bij problemen met de verzorging:

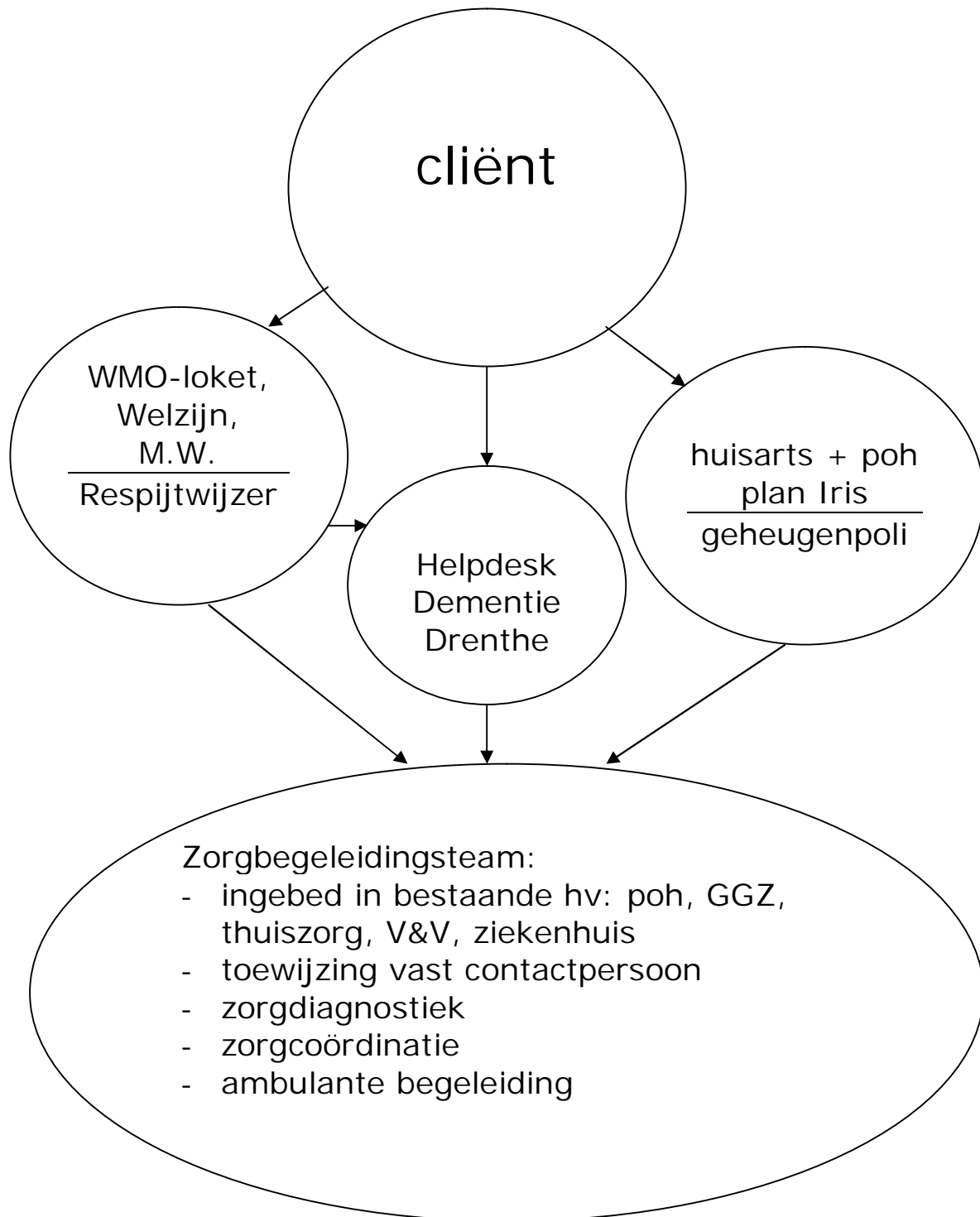
- toenemende verzorgingsbehoefte van de patiënt en/of dreigende overbelasting van de verzorger;
- ernstige dementie met verpleegbehoefte (indicatie verpleeghuisopname).

Ketenzorg Netwerk Dementie Drenthe

wordt mogelijk gemaakt door het **Netwerk Dementie Drenthe**. Men streeft naar Ketenzorg dementie in Drenthe op 3 niveaus:

- Provinciaal Netwerk van Bestuurders: Alzheimer Drenthe, V&V, Thuiszorg, GGZ, Ziekenhuizen, huisartsen, wethouders gemeenten, provincie, Achmea Zorgkantoor.
- Stuurgroepen met managers en beleidsambtenaren die zich gezamenlijk verantwoordelijk maken voor de dementiezorg in de (sub)regio.
- ZorgBegeleidingsOverleggen (ZBO's), waar de ketenzorg concreet vorm krijgt in de toewijzing van één vaste Zorgbegeleider - in principe gedurende het hele proces dezelfde - aan een cliëntsysteem. De Zorgbegeleider biedt emotionele steun en coördineert de zorg over de grenzen van de eigen organisatie heen.

Ketenzorg



ZBO= Zorg BegeleidingsOverleg

Noord: in Assen, voor alle 4 gemeenten

Zuid-Mid-West: Meppel/Westerveld/de Wolden, Hoogeveen/Zuidwolde, Midden Drenthe(?)

Zuid-Oost: Coevorden, Emmen (?), Borger-Odoorn (?)

Naast het mogelijk maken van ketenzorg streeft het Netwerk naar innovatieve initiatieven. Bijvoorbeeld rond domotica, beeldcommunicatie e.d.

De projectplannen, draaiboeken en nieuwsbrieven staan op de website van het Netwerk Dementie Drenthe (www.dementiedrenthe.nl).

Voor meer informatie over (de activiteiten van) het Netwerk Dementie Drenthe kunt u contact opnemen met het secretariaat en/of de coördinator:

Secretariaat Netwerk Dementie Drenthe

Elsbeth Brouwer

secretariaat@dementiedrenthe.nl

0591-856300

Coördinator Netwerk Dementie Drenthe

Els van der Veen

netwerk@dementiedrenthe.nl

tel. 06-21100235

HELPDESK

drentse dementie-deskundigen van de Helpdesk Dementie Drenthe:

Telefoon 0592-85 74 74 (op werkdagen van 9.00 tot 17.00 uur)

Als u belt wordt u gevraagd een cijfer in te toetsen voor de keuze van een Regio, waarover u vragen heeft. Als u geen cijfer intoetst, wordt u vanzelf doorgeschakeld naar één van de regio's.

Regio 1 = Drenthe Noord =

de gemeenten Aa en Hunze, Assen, Noordenveld en Tynaarlo

Regio 2 = Drenthe Zuid Mid West =

de gemeenten de Wolden, Hoogeveen, Midden Drenthe, Meppel en Westerveld.

Regio 3 = Drenthe Zuid Oost =

de gemeenten Borger Odoorn, Coevorden en Emmen

U kunt ook via email een vraag stellen: e-mailadres helpdesk@dementiedrenthe.nl

Uw email wordt binnen één tot drie dagen beantwoord.

(houdt u er rekening mee, dat dit e-mailadres niet extra is beveiligd)

BIJLAGE 7

Observatie Lijst voor vroege symptomen van Dementie (OLD)

Op deze observatielijst worden de genoemde symptomen door de onderzoeker als volgt gescoord:

A = ja; B = twijfelachtig; C = nee; D = was niet na te gaan.

Hoofdaspect	Symptomen	Observatie	Hints
Cognitie			
Vergeetachtigheid	1. Vergeet steeds welke dag het is	A B C D	<i>Aan de orde brengen met sleutelvragen:</i> Hoe oud bent u nu? Wanneer kwam u voor het laatst? Waarom bent u de laatste keer gekomen?
	2. Vergeet regelmatig gebeurtenissen die kort geleden gebeurd zijn	A B C D	
	3. Kan recent gehoorde verhalen of mededelingen niet meer navertellen	A B C D	
Herhaling	4. Valt vaak in herhalingen zonder het zelf door te hebben	A B C D	<i>Sleutelvraag:</i> Hoe gaat het met u (of uw partner, kinderen etc.)?
	5. Vertelt regelmatig hetzelfde verhaal tijdens het gesprek	A B C D	
Taal	6. Kan regelmatig niet op bepaalde woorden komen	A B C D	Observatie tijdens gesprek
	7. Verliest snel de draad van een verhaal	A B C D	
Begrip	8. Aan het antwoord is te merken dat de vraag niet begrepen is	A B C D	Observatie tijdens gesprek
	9. Heeft meer moeite om een gesprek te begrijpen	A B C D	
ADL			
Oriëntatie	10. Haalt tijden door elkaar	A B C D	
Gedrag			
Façadevorming	11. Verzint uitvluchten	A B C D	
Afhankelijkheid	12. Toename afhankelijk gedrag in vergelijking met vroeger	A B C D	Denk aan 'opzij kijken'.

Interpretatie

Een score van vier of meer keer 'ja' (score A) is een aanwijzing voor beginnende dementie en is een reden voor verder onderzoek naar geheugenstoornissen, overige cognitieve stoornissen en het dagelijks functioneren. Bij een score van drie of minder keer 'ja' heeft het zin de OLD binnen zes maanden te herhalen. Als er geen enkele positieve score is, is er geen reden om aan dementie te denken.

BIJLAGE 8

Algemene richtlijnen voor een slechtnieuwsgesprek

Als je iemand een boodschap moet brengen die voor de persoon in kwestie slecht nieuws inhoudt, kun je in een vervelende situatie komen als de persoon het slechte nieuws niet accepteert of er emotioneel van wordt.

Slecht nieuws verwerken mensen beter als het op de volgende manier wordt gebracht:

- Geef meteen aan dat je slecht nieuws te vertellen hebt, bijvoorbeeld door te zeggen: 'Ik heb een vervelende mededeling voor je'. Het voordeel hiervan is dat je duidelijk bent.
- Kom vrij snel met het slechte nieuws en wees ook hierbij duidelijk en direct, wees *to the point*.
- Geef zo nodig de redenen of de oorzaken van het slechte nieuws. Schuif hierbij echter niet de schuld of de verantwoordelijkheid bij een andere persoon of een andere afdeling. Een klantgerichte organisatie treedt immers naar buiten toe op als één geheel.
- Geef de ander ruimte om teleurstelling te laten blijken en toon hiervoor expliciet begrip; vat eventueel de emotie samen. Herformuleer zo nodig het slechte nieuws om er zeker van te zijn dat het over komt.
- Als de emoties bedaard zijn en de ander staat weer open voor een 'normaal' gesprek, probeer dan zo mogelijk een soort van oplossing of alternatief aan te dragen. De persoon heeft dan niet het gevoel dat de situatie uitzichtloos is, maar waak voor het geven van valse hoop. Maak zo nodig een vervolgspraak om te zoeken naar oplossingen als je er in het eerste gesprek niet uit komt. Vaak zijn mensen daar in een eerste gesprek nog niet aan toe. Indien er geen alternatieven mogelijk zijn sluit dan in ieder geval positief af door het wensen van sterkte.

De opbouw van het slecht nieuwsgesprek kan als volgt worden samengevat in het onderstaande schema:

Als je weet dat je een slecht nieuwsgesprek moet voeren zorg dan in de voorbereiding voor een 'ideaal klimaat'. Aandachtspunten daarbij zijn:

- Blijf altijd consequent en verbloem de werkelijkheid niet.
- Zorg voor een rustige ruimte waar je niet gestoord kunt worden.
- Ga het liefst schuin tegenover elkaar zitten. Dit is minder confronterend dan recht tegenover elkaar.
- Zorg dat je voldoende tijd hebt om emoties op te vangen of de redenen en argumenten net zo lang te verduidelijken dat de ander ze begrijpt.
- Zeg duidelijk dat je slecht nieuws te melden hebt.

Tijdens dit gesprek zullen jij en de persoon die het slechte nieuws ontvangt een bepaalde houding aannemen. Vanuit deze houding komt een bepaalde reactie. Bereid je voor op mogelijke reacties van de slecht□nieuwsontvanger:

- ontkenning;
- woede;
- onderhandelen;
- depressief zijn;
- acceptatie;
- onverschillig reageren (façadegedrag).

Denk in de voorbereiding ook hoe jij reageert op deze reacties. Dit is van cruciaal belang. Een verkeerde reactie kan een geweldige impact hebben op de slechtnieuwsontvanger. Een gevolg daarvan kan een averechts effect zijn.

Valkuilen tijdens slechtnieuwsgesprek

De meest voorkomende valkuilen in het houden van een slechtnieuwsgesprek zijn:

- Het uitstellen van het vertellen van het slechte nieuws.
Bijvoorbeeld: Beginnen over iets anders, zoals familie en/of vakantie. In de loop van dit gesprek kom je pas aan het slechte nieuws toe.
- De ander zelf het slechte nieuws laten vertellen (hang yourself methode).
Bijvoorbeeld: 'Je weet zeker wel waarvoor we hier bij elkaar zijn?', of 'Je weet zeker wel waarover ik je wil spreken?'

- Een derde het slechte nieuws laten vertellen.
Bijvoorbeeld: Een ieder behalve jezelf, als huisarts, praktijkondersteuner, het slechte nieuws laten vertellen. Dit kan een ieder zijn, al of niet op de hoogte van de achtergronden.
- De kern van het slechte nieuws niet of onduidelijk vertellen.
Bijvoorbeeld: In het gesprek wel over het slechte nieuws praten, maar door er van alles en nog wat omheen te vertellen wordt het echt slechte nieuws verdoezeld.
- Bij voorbaat verontschuldigen.
Bijvoorbeeld: 'Goh, wat vind ik dit nou vervelend, maar ja het is wel dementie'
- Het gesprek onder tijdsdruk plaats laten vinden.

Fasen van een slechtnieuwsgespek

Fase 1

Begin van het gesprek

- Reden van het gesprek in maximaal twee zinnen aanduiden.

Fase 2

Mededelen van de diagnose Dementie

- Kort en ondubbelzinnige bewoording
- Dementie expliciet noemen
- Oorzaak expliciet noemen

Fase 3

Ruimte voor emoties

- Tolereer stilte
- Bij ontkenning niet in discussie gaan

Fase 4

Nadere informatie en toelichting

- Relateer testuitslagen aan de klachten van de patiënt en alledaagse situaties
- Benadruk ook de functies die behouden zijn
- Geef een beknopt schriftelijk verslag

Fase 5

Concrete afspraken maken voor de toekomst

- Bespreek de prognose, noem enkele mogelijkheden tot behandeling van de patiënt en mantelzorger.
- Maak een vervolgspraak

BIJLAGE 9

Op onderstaand adres is de Wijkverpleegkundige standaard Dementie in te zien.

<http://www.eerstelijnsvenvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=mLIQOiQkkml%3D&tabid=1774&mid=2318>

BIJLAGE 10

Test Cognitieve Functiestoornissen

Item	Maximum fout	Score	Gewicht	Totaal =
1. In welk jaar zijn we nu?	1	.....	x 4 =	
2. In welke maand zijn we nu?	1	.....	x 3 =	
Geheugenzin Herhaal de volgende zin: "de heer Jan de Vries, Molenstraat 12, Groningen"				
3. Hoe laat is het nu? (marge van een uur)	1	.....	x 3 =	
4. Tel terug van 20 naar 1	2	.....	x 2 =	
5. Zeg de maanden in omgekeerde volgorde op	2	.....	x 2 =	
6. Herhaal de geheugenzin	5	.....	x 2 =	
				Totaal

Geef score 1 voor elk fout antwoord: de maximum gewogen foutscore is 28

Score 0-10 wijst op normale of lichte verstoring van het cognitief functioneren.

Score 11-28 wijst op een matige tot ernstige verstoring van het cognitief functioneren.

Verwijsrichtlijn voor professionals/hulpverlening Dementiezorg Coevorden / andere regio's?

Vraagstelling	Locale Verwijsaanbod	Toelichting/Wanneer vooral	Locatie/Bereikbaar
Crisis beoordeling situatie, beeldvorming en crisisopname, 24 uur	CIZ en Zorgkantoor (tijdens kantooruren)	crisis tijdens kantooruren, acute opname of begeleiding nodig, inschatting gevaar	CIZ (voor indicatie) T: 088 – 789 11 10 F: 088 – 789 11 11 Zorgkantoor T: 0900- 235 2989
	Crisisdienst GGZ (buiten kantooruren)	crisis buiten kantooruren, onduidelijk beeld, geen bed!	T:
	KDO opname geriatrie	Ontlasten situatie of ter overbrugging	T: Via huisarts/geriater/GGZ
	Crisisbed in verpleeghuis	crisis buiten kantooruren, duidelijk beeld, acute opname nodig, bed indien beschikbaar	T: 0900- 235 2989
Zorgdiagnostiek en Behandeling Aangeven of alleen diagnostiek of incl. behandeling en begeleiding	Huisarts, praktijkondersteuner	Vroegsignaleren psychogeriatrisch, somatisch en psychiatrisch	T:
	Geriatr	Uitgebreid geriatrisch onderzoek	T:
	Voorlopige diagnose	Voorlopig diagnose centrum, geheugenpoli	T: Scheperziekenhuis Emmen 0591- 691911 T: Röpcke-Zweers ziekenhuis Hardenberg 0523- 276000
Zorgdiagnostiek en Zorgbegeleiding Behoeftte zorg, wonen, welzijn bepalen en regelen, monitoren, voorlichting en advies, mantelzorgbegeleiding, zorgcoördinatie	Huisarts / praktijkondersteuner	Informatie en advies	T:
	GGZ	Informatie, advies en diagnostiek	T: 0591- 856000
	Icare (PG-team)	V&V	T: 0900 T: Coevorden 0524
	Overige aanbieders	V&V	T: WMO-loket 0524- 598636
	Zorggroep Saxenburgh	Informatie, advies, verzorging en verpleging	T: 0524- 526000
	Zorggroep Leveste	Informatie, advies, verzorging en verpleging	T: 0591- 691911
	Zorggroep Tangenborgh	Informatie, advies, verzorging en verpleging	T: 0591- 681666
	Stichting Welzijn 2000	Informatie en advies	T: 0524- 516831
Indicatie aanvragen	CIZ Indicatie-adviseur	voor alle AWBZ voorzieningen	T:
	WMO	huishoudelijke ondersteuning., woon-, rolstoel- en vervoers- voorzieningen	Coevorden T: 0524- 598636

Begeleiding en Ondersteuning

Vraagstelling	Verwijsaanbod	Wanneer vooral	Locatie/ Bereikbaar
Informatie en Advies	WMO	Info en advies op het terrein van wonen (met een relatie naar zorg), zorg en welzijn.	Coevorden T: 0524- 598636
	seniorenvoorlichters, sociaal cultureel werkers en ouderenwerkers	Voorlichting, advies en ondersteuning	Stichting Welzijn 2000 Coevorden T: 0524- 516831
	Alzheimer Nederland	voorlichting en ondersteuning	T: 030-659 6900 www.alzheimer-nederland.nl
	Alzheimer café Hardenberg	Voorlichting en ondersteuning	T: 06- 15572759
	Alzheimer café Emmen	Voorlichting en ondersteuning	T: 0591- 633712
Mantelzorgondersteuning o.a. begeleiding, voorkomen overbelasting, emotionele ondersteuning inzet vrijwilligers, informatie en advies, belangenbehartiging, respijtzorg	Steunpunt mantelzorg	(overbelaste) mantelzorger	T: WMO-Loket 0524- 598636
	Contacpunt Mantelzorg	Informatie, ondersteuning en advies	T: WMO-Loket 0524- 598636
	Vrijwillige thuiszorg	Inzet vrijwillige thuiszorg	Stichting Welzijn 2000 T: 0524- 516831
	Algemeen Maatschappelijk Werk	Hulp en ondersteuning	AMW Coevorden T: 0524- 597700
	Alzheimer Nederland	Informatie en advies, belangenbehartiging	T: 030-659 6900 www.alzheimer-nederland.nl
	Alzheimer café Emmen en Hardenberg	Informatie en advies, belangenbehartiging	(zie informatie en advies)
Respijtzorg Logeeradres met CIZ indicatie (ontlasten mantelzorg)	Zorggroep Saxenbrugh/ Aleida Kramer		T: 0524- 526000
	Zorggroep Tangenborgh		T: 0591- 681666
	Zorggroep Leveste		T: 0591- 691911
Dagactiviteiten thuiswonenden voor mensen met dementie	Zorggroep Saxenburg groep	voorkeur cliënt + indicatie	T: 0523- 277000
	Zorggroep Tangenborgh	voorkeur cliënt + indicatie	T: 0591- 681666
	Zorggroep Leveste	voorkeur cliënt + indicatie	T: 0591- 691911

(psychisch, geriatrisch en somatisch) dagopvang, eenzaamheidsbestrijding, ontlasten thuisfront, dagstructurering	Stichting Welzijn 2000	Sociale dagopvang (geen indicatie)	T: 0524- 516831
	Overige		T: WMO-Loket 0524- 598636
Maaltijdvoorziening	WMO-Loket	Voorkeur cliënt	T: WMO-loket 052-4 598636
Dagbehandeling dagbehandeling, diagnostiek, multidisciplinaire inzet, paramedische behandeling <i>indicatie nodig</i>	Zorggroep Saxenburgh	voorkeur cliënt	T: 0524- 526000
	Zorggroep Leveste	voorkeur cliënt	T: 0591- 691911
	Zorggroep Tangenborgh	voorkeur cliënt	T: 0591- 681666
	WMO-Loket	Voorkeur cliënt	T: WMO-loket 0524- 598636
Verpleeghuis voorkeursmogelijkheden bij aanvraag indicatie <i>indicatie nodig</i>	Zorggroep Saxenburgh	voorkeur cliënt	T: 0524- 526000
	Zorggroep Leveste	voorkeur cliënt	T: 0591- 691911
	Zorggroep Tangenborgh	voorkeur cliënt	T: 0591- 681666

Zorgbegeleidings partners Covorden e.o

- Zorggroep Leveste ,
Locatie de Schutse /Selkersgoorn
Postbus 30002
7800 RA Emmen
Tel. 0591 69 19 11
Tel. 0524- 512941
Relatie beheer mw. J. van de Ende
- Zorggroep Tangenborgh
Spehornebrink 1
7812 KA Emmen
Info@tangenborgh.nl
Relatiebeheer mw. A Blaauwgeers
- Saxenburgh groep
Zorgcentrum Aleida Kramer
M.v.d Thijensingel 1
7741 GB Coevorden
Tel. 0524- 526000
Contactpersoon mw. M. Lucas , maatschappelijk werk

- GGZ Zuidoost-DrenteEmmen
Boermarkeweg 70
7824 AA Emmen
Tel. 0591- 85 60 00
Fax 0591- 85 60 02
Contactpersoon mw. G. van der Haar

- Stichting Welzijn 2000 Coevorden
Locatiekantoor Coevorden/Dalen/Dalerveen/Dalerpeel/Wachtum/Steenwijksmoer
Wilhelminasingel 9
7741 HD Coevorden
Tel. 0524 – 516831
Fax 0524 - 518703
coevorden@welzijn2000.nl
Contactpersoon mw. H. Koert

- Thuiszorg Icare
Melkade Coevorden
PG Team contactpersoon Mevr I.Renzen, 06
Verzorging mw. C. Meyering

- Huisartsenpraktijk Meander
Burg. Gautiersingel 57
7741 GA Coevorden
Praktijkondersteuner mw. I.Boelen
Tel. 0524- 515022

- WMO Maatschappelijke ondersteuning Coevorden
Aleida Kramersingel 4
7741 GE Coevorden
Tel. 0524- 598598

datum		Door wie
	Melding niet pluis gevoel/ signalen verifiëren	
	Huisbezoek binnen 10 dagen door POH	
	Patiënt en mantelzorg informeren	
	Probleeminventarisatie huisbezoek /OLD	
	Terugkoppeling huisarts	
	Aanvullende ziektediagnostiek huisarts	
	2^e huisbezoek / Aanvullende ziektediagnostiek POH	
	Niet medicamenteuze adviezen	
	Vervolggesprek met patiënt en mantelzorg	
	Verwijzing bespreken	
	3^e huisbezoek - Zorgdiagnostiek	
	Inbreng ZBO	
	Evalueren na 1 maand	
	Evalueren na 3 maanden	
	Evaluatie na half jaar	
	Evaluatie na een jaar	

Knelpuntenformulier

Scholing IRIS Dementieprogramma provincie Drenthe

Instructie:

U kunt het formulier digitaal invullen.

Vervolgens kunt u het bestand opslaan en als bijlage retour zenden.

Naam:**Functie:****Aantal jaren werkzaam in deze functie:**

- 1. Wat zijn knelpunten waar je als professional tegenaan loopt met betrekking tot de aanvraag van indicaties?**

- 2. Wat zijn onderwerpen waarover je graag meer zou willen weten?**
(denk aan ZZP, regelgeving, omslagpunt intra-extramurale zorg e.d.)

- 3. Welke opmerkingen of wensen heb je die voor de voorbereiding van de scholing van belang kunnen zijn?**

- 4. Indien je een casus wilt inbrengen, kun je hier dan kort aangeven waar de casus over gaat? Wij kunnen dan van te voren vaststellen of de casus binnen deze scholing aan de orde kan komen.**

- 5. Wat zou je specifiek willen leren?**

BIJLAGE 13

IRIS scholing praktijkondersteuners dag 3
Workshop intervisie

Consultatievrager

Vertel zo concreet mogelijk de casus die je hebt voor bereid. Je kunt daarvoor de mee gebracht journaal uitdraai van de casus gebruiken, maar dat is niet nodig. Het uit je herinnering vertellen kan natuurlijker zijn en bewerkstelligen dat je dichter bij je eigen aandeel blijft.

Geef de informatie die nodig is voor de ander over de patient, de omgeving en over je eigen handelen. Vertel daarbij je visie en beleving van de casus.

Het is de bedoeling van de consultatie dat je, met de hulp van de consultatiegever, zelf tot verduidelijking van het door jou ingebrachte probleem komt.

IRIS scholing praktijkondersteuners dag 3
Workshop intervisie

Observator

Let op het verloop van de consultatie, schrijf zo nodig enkele steekwoorden op tijdens de consultatie. Houdt de afgesproken tijd in de gaten en waarschuw zo nodig 5 minuten voor het afgesproken einde.

Wordt het ingebrachte probleem voldoende duidelijk? Van de patient of de omgeving? Van de consultatiebrenger?

Was de consultatiegever behulpzaam in de verduidelijking van het probleem: van de kant van de patient, de omgeving en van de consultatiebrenger?

Het lijkt of jou aandeel minder belangrijk is dan die van de consultatiebrenger en consultatiegever. Je feedback, na afloop is echter als aanvulling van belang voor zowel consultatiebrenger als consultatievrager.

Je besluit de bijeenkomst met een korte evaluatie over de consultatie op zich: hoe vonden de consultatievrager en consultatiegever het verloop en hun eigen aandeel daarin. En hoe vond jij het zelf als observator? Is deze methode een goede werkwijze voor praktijkondersteuners?

Consultatiegever

Probeer zo goed mogelijk te luisteren en mee te voelen.

Vraag bij onduidelijkheid naar een toelichting: “kun je dat wat duidelijker vertellen”.
Probeer bij algemene uitspraken door te vragen: “het is me niet precies duidelijk wat je hier mee wilt zeggen”.

Let op gevoelens van de consultatiebrenger, bv de lichaamstaal en manier van praten (zachter, luider, langzamer). Als je gevoelens bij de consultatievrager opmerkt breng die dan ter sprake, liefst vragenderwijs, bv: “zie ik dat je machteloos/boos ging voelen?”.

Valkuilen:

Eigen soortgelijke ervaringen inbrengen. Adviezen en oplossingen geven. Te lang op een punt blijven hangen dat voor de ander niet relevant is.

BIJLAGE 14

Iris

Scholing huisartsen

Leerdoelen:

1. Kennis van het irisplan en er mee kunnen werken
2. Herkennen van vroegsignalen. Instructie van praktijkmedewerkers in vroegsignalering
3. Kennis van en kunnen uitvoeren van de NHG standaard dementie
4. Samenwerken met de praktijkondersteuner in het toepassen van het irisplan, waaronder het zorgplan.

Opdrachten: lezen van de NHG standaard dementie

Reflectieopdracht: reflecteer over een door jou succesvolle uitgevoerde interventie bij een dementie patiënt

Reflecteer over een crisis situatie van een dementie patiënt.

Cursusinhoud:

1. Aan de hand van Interline casuïstiek dementie wordt de NHG standaard behandeld.
2. Opzet scholing vroegsignalering voor praktijk medewerkers, door de huisarts.
3. de taken van de praktijkondersteuner. Samenwerking huisarts-praktijkondersteuner.
4. Begin en eindenquête, registratie, declaratie en resultaat pilot Iris.

3 uren

Werkwijze

- De poh heeft in de huisartsenpraktijk bij alle patiënten een signalerende taak wat betreft dementie. Naast deze signaleringsfunctie draagt de poh zorg voor een eerste probleemvermelding. Wanneer er signalen zijn die duiden op geheugen- en cognitiestoornissen maakt de poh in samenspraak met de patiënt en de mantelzorg(er) een afspraak met de huisarts.
- Wanneer de patiënt met klachten over geheugen- en cognitiestoornissen bij de huisarts komt, draagt de huisarts, volgens de NHG-standaard, allereerst zorg voor ziektediagnostiek.
- De poh doet eventueel aanvullend onderzoek, en samen met de huisarts worden de resultaten van de diagnostiek in een evaluatiegesprek besproken.
- De huisarts draagt zorg voor de med. en/of psych. behandeling.
- Vervolgens gaat de poh met de patiënt en de mantelzorg(er) in gesprek: informatievoorziening, een peiling van de zorgbehoefte (zorgdiagnostiek), en advies en sociaal-emotionele begeleiding komt daarbij aan bod.
- Samen met de patiënt en mantelzorg(er) en in samenspraak met de huisarts wordt (indien gewenst) een zorgvraag geformuleerd en wordt een keuze gemaakt voor een zorgaanboder.
- De huisarts draagt zorg voor de verwijzing.
- De poh registreert haar werk; er wordt een goede registratiesystematiek opgezet voor de functie van de poh, waardoor ook cijfermatig het werk van poh gevolgd kan worden.
- De poh brengt de zorgvraag in in het Afstemmingsoverleg. Wanneer het gaat om een crisissituatie neemt de poh direct contact op met de betreffende zorgaanboder.
- In het Afstemmingsoverleg wordt de zorgvraag en het gewenste zorgaanbod besproken. De Zorgbegeleiding wordt in samenspraak met de patiënt en de mantelzorg(er) door de poh overgedragen aan de betreffende zorgverlener. Er wordt aan de klant duidelijk gemaakt wie de Zorgbegeleider is, waarvoor hij/zij te bereiken is en hoe hij/zij te bereiken is.
- In het Afstemmingsoverleg wordt de patiënt gevolgd. De Zorgbegeleider koppelt de eind van zaken en eventueel veranderingen in zorgbehoefte regelmatig terug naar het Afstemmingsoverleg.
- Eventueel wordt andere hulp, door andere zorgaanboders ingezet, op roep van de klant. De Zorgbegeleiding blijft, zo lang als mogelijk, de taak van één en dezelfde hulpverlener (vast en vertrouwd). Als het stukje toch wordt overgedragen, vindt dit plaats in het Afstemmingsoverleg en (zoveel mogelijk) met instemming van de klant.
- In het Afstemmingsoverleg neemt de poh ook deel, waardoor ook tijdens het verdere proces de coördinatie van zorg zo goed mogelijk geborgd is. Huisarts en andere zorgaanbieder blijven op de hoogte van het verloop van de zorg rond één hulpvraag.

IRIS

Cursus vroegsignalering voor doktersassistenten

- Voorbereiding: kopieer de lijsten “Vroegsignalering”.
- Deel de mondelinge opdracht uit: heb je wel eens gemeend het gedrag van een patiënt, die je aan de balie hielp, aan de telefoon, of in een consult, te moeten verklaren als veroorzaakt door (beginnende) dementie?

In 2-tallen

- Vraag naar eigen ervaringen van doktersassistenten met signalen die kunnen wijzen op dementie.
- Wat heb je gedaan met een signaal. Heb je het geregistreerd, of gerapporteerd aan de huisarts of aan de praktijkondersteuner?
- Is je wel eens opgevallen dat ouderen die je al lang kent, van karakter of gedrag gaan veranderen. Welke veranderingen vielen je op?

Plenair

Bespreken van de opdrachten van de 2-tallen. Richt de bespreking op registratie en rapportage en wat er daarna mee wordt gedaan door de huisarts en de praktijkondersteuner.

In 2-tallen

Noem zo veel mogelijk vroegsignalen van dementie op.
Plenaire inventarisatie van de vroegsignalen.

Deel de lijst vroegsignalen uit en licht deze toe.

Tijdsinvestering: 45-60 minuten. Evaluatie van ervaringen na 6 weken

Vroegsignalering

Signalen

Verwardheid, verlies van tijdsbesef, verlies van herkenning van de omgeving, van anderen of van zichzelf. Niet in staat om eenvoudige aanwijzingen op te volgen.

Gedragsverandering, kleefgedrag, onrust, agressie, angst, achterdocht.

Verstoord dag-nachtritme, overdag slapen, vermoeidheid, apathie.

Zwerf- en dwaalgedrag. Aangeven iets of iemand kwijt te zijn. Onrustig in eigen omgeving.

Decorumverlies, verwaarlozing, van uiterlijk en /of huishouding. Seksuele ontremming, ontremd eet en drinkgedrag. Doen van ongepaste uitspraken of gebruik van grove taal.

Risico op letsel. Niet bewust van omgevingsgevaaren. Verminderde warmte- en koud gevoel. Verminderde waarneming. Sneller gaan lopen.

Sociaal isolement; geen behoefte aan contact. Geeft aan dat de tijd langzaam gaat. Teruggetrokken gedrag. Er komt minder bezoek.

Zelfzorg tekort. Slechte persoonlijke hygiëne en verzorging, onverzorgde kleding. Medicijnen gebruik. Handhaven goede vochtinname. Beheer financiën.
.Huishoudelijke activiteiten.

Incontinentie van urine en faeces. Nat beddengoed. Urinestank in huis.

Head turning sign: tijdens gesprek het hoofd naar de mantelzorg draaien om te verifiëren of het antwoord juist is. De mantelzorg het antwoord te laten geven.

Overbelasting van Mantelzorg. Mantelzorg geeft aan moeite te hebben met verandering van gedrag en persoonlijkheid. Spanningen voelen, ruzies. Onvoldoende tijd hebben, slecht slapen. Zorgen over de toekomst.

Belangrijke stappen bij signalering:

- Waarnemen van bijzonderheden en veranderingen in het gedrag van een patiënt, of het krijgen van een niet pluis gevoel.
- Stel je zelf de vraag: is dit normaal of afwijkend, bij een vermoeden dat iets niet klopt.
- Beslis of je iets met het signaal moet doen, of het alleen registreert.
- Waargenomen verandering bespreken met de mantelzorg en huisarts.

Ziekte diagnostiek Huisarts en Praktijkondersteuner

Huisarts

-voert ziektediagnostiek uit volgens de NHG standaard dementie.

Praktijkondersteuner ;

- Afnemen MMSE score
- Zorgdiagnostiek
- Niet medicamenteuze adviezen
- Controle afspraken
- Inbrengen in het Zorgbegeleidingsoverleg

Evaluëren met patiënt en mantelzorger.

Alle bevindingen en uitslagen worden door de huisarts en praktijkondersteuner besproken samen met de patiënt en mantelzorger. In dit gesprek bespreekt de huisarts de diagnose.

De praktijkondersteuner bespreekt het begeleidingstraject en de zorgbehoefte.

De zorgbegeleider/POH doet de verdere begeleiding van de patiënt en de mantelzorger. De belangen van zorgaanbieders spelen daarbij voor hem/haar geen rol.

De zorgbegeleider coördineert de zorg en is aanspraakpunt voor de patiënten/of mantelzorger. Voor alle vragen kunnen ze aankloppen bij de zorgbegeleider/POH.

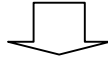
De zorgbegeleider heeft tijd en aandacht voor sociaal emotionele begeleiding van zowel patiënt en mantelzorger.

De zorgbegeleider koppelt de stand van zaken en eventueel veranderingen in zorgbehoefte regelmatig terug in het Zorgbegeleidings-overleg.

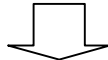
Alle afspraken worden in het patiëntendossier weggeschreven.

Stroomschema

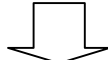
signalering en probleemverheldering
*HA en poh *vroegsignalering, *eerste contact en zorgdiagnostiek*



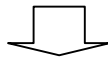
ziektediagnostiek (evt verwijzing naar geheugenpoli)
*HA *ziektediagnostiek*



evt Aanvullend onderzoek
*poh *zorgdiagnostiek, MMSE*



Evaluatiegesprek
HA en poh + patiënt en mantelzorg



evt Medicamenteuze behandeling
HA



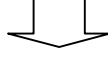
Informatievoorziening, zorgdiagnostiek, advisering en sociaal-emotionele begeleiding
*Poh *zorgbegeleiding POH *verwijsrichtlijn en sociale kaart*



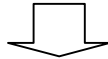
Formulering zorgvraag en keuze zorgaanbod
poh en HA + patiënt en mantelzorg



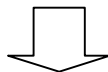
monitoring dementie en comorbiditeit
HA



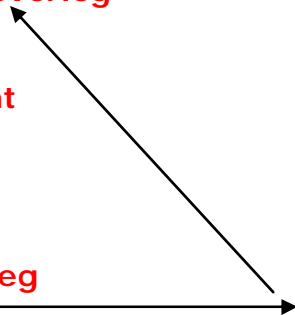
poh brengt zorgvraag in in Afstemmingsoverleg



Keuze Zorgbegeleider en overdracht
poh en Zorgbegeleider



terugkoppeling in Afstemmingsoverleg
Zorgbegeleider



Werkwijze zorgbegeleiding

Na het vast stellen van de diagnose en zorgdiagnostiek worden er afspraken gemaakt met patiënt en mantelzorger over de begeleiding en ondersteuning door praktijkondersteuner.

De contacten die worden onderhouden worden in het patiëntendossier weggeschreven.

Tijdens de contacten is er aandacht voor het volgende;

1. Verwardheid. Veilig gevoel en welbevinden. Geef duidelijk uitleg waarvoor je komt. Pas je tempo aan aan de patiënt. Structureer de omgeving van de patiënt. Streef naar verzorging door een vast aantal personen.
2. Gedragsverandering; Houd rekening met gebeurtenissen in levensloop , die verklarend kunnen zijn voor de huidige gevoelens. Stimuleer en complimenteer positief gedrag. Overvraag de patiënt niet. Vermijd fluisteren en praten over de patiënt in zijn/haar omgeving. Aandacht voor angst en onzekerheden.
3. Verstoord dag en nachtritme; stimuleer een actieve dagbesteding en een vaste dagindeling. Verdeel eten en drinken over de dag. Probeer er achter te komen waar nachtelijk onrust vandaan komt.
4. Zwerf en dwaal gedrag; probeer er achter te komen waar het gedrag vandaan komt. Vraag je af of het gedrag hinderlijk of gevaarlijk is. Biedt activiteiten aan. Zorg er voor dat de patiënt zijn/haar adres en telefoon nummer bij zich heeft (bv naam en adres in de jas).
5. Decorumverlies. Stimuleer uiterlijke verzorging en omgeving. Hoe gaat de omgeving met de patient om. Aandacht voor eet en drink gedrag, aandacht voor vaste eet- en drink tijden. Voedseltoename. Voorkom ontremd eetgedrag. Bijv geen koektrommel op tafel. Houd controle op houdbaarheid en kwaliteit van eten.
6. Risico op letsel Veiligheidswaarborging en valpreventie. Medicatie gebruik. Aandacht valaspecten thuis bijv vloerkleden. Veilige apparatuur. Aandacht voor gevaarlijke stoffen en gevaarlijk gereedschap. Aandacht voor valrisico's gladde vloeren, tapijt, open trap, snoeren en drempels.
7. Sociaal isolement. Aandacht voor het sociale netwerk. Welke obstakels belemmeren de mantelzorger. Bespreek plaatsing in verzorgingstehuis of dagverpleging. Ondersteuning door PG Team Icare.