

DEDICATED samenwerken bij de verhuizing

Een handreiking voor het samenwerken als mensen met dementie verhuizen van thuis naar een verpleeghuis



Inleiding

Waarom is samenwerken tijdens een verhuizing belangrijk?

Dementie is een verzamelnaam voor symptomen en verschijnselen die worden veroorzaakt door het achteruitgaan of afsterven van zenuwcellen. Hierdoor ervaren mensen met dementie problemen op minstens twee cognitieve domeinen (het geheugen, de uitvoerende functies, het zien en verwerken van een waarneming in de ruimte, de taalfuncties en de persoonlijkheid en het gedrag) en kunnen ze moeilijk zelfstandig dagelijkse activiteiten uitvoeren. Daarnaast is dementie een ongeneeslijke ziekte met een onzekere prognose, waarbij de gemiddelde levensverwachting kan variëren van 3 tot 12 jaar. Daarom is het belangrijk om na de diagnose van dementie te denken aan een *palliatieve benadering*. Het doel van palliatieve zorg is om de kwaliteit van leven te verbeteren door het voorkomen en verlichten van lijden middels het vroegtijdig herkennen, beoordelen en behandelen van de behoeftes of problemen die zich kunnen voordoen op vier dimensies (fysiek, sociaal, psychisch en spiritueel). Aangezien palliatieve zorg met een holistische blik (vier dimensies) kijkt naar de persoon met dementie, is de samenwerking tussen diverse zorgprofessionals (vanuit diverse vakgebieden) onderling, maar ook met mensen met dementie, naasten (d.w.z. bloedverwanten, partners, aanverwanten of/en geadopteerden) en informele zorgverleners (d.w.z. naasten, kennissen, vrienden, buurtbewoners of/en vrijwilligers die mantelzorg bieden) belangrijk voor het behouden en verbeteren van de kwaliteit van leven. We noemen dit ook wel *interprofessionele samenwerking*.

Interprofessionele samenwerking in de zorg voor mensen met dementie is belangrijk binnen één zorgsetting maar ook tijdens de overgang tussen twee zorgsettingen. Aangezien ongeveer 90% van de mensen met dementie overlijdt in een verpleeghuis, is de interprofessionele samenwerking voor, tijdens en na het verhuizen naar een verpleeghuis extra belangrijk. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat een verhuizing naar een verpleeghuis vaak nog onbedoeld niet prettig verloopt, doordat bijvoorbeeld de wensen en voorkeuren van mensen met dementie niet vroegtijdig zijn besproken en/of nageleefd. Dit kan negatieve effecten hebben op bijvoorbeeld de cognitief functioneren, het gedrag, het welbevinden, het functioneren, en de kwaliteit van leven van de bewoner. Daarnaast komen crisis verhuizingen naar het verpleeghuis in de dementiezorg ook voor doordat men tot op het laatste moment wacht met het regelen van een verhuizing, de verhuizing wordt uitgesteld of doordat er zich een acute gebeurtenis (zoals een ziekenhuisopname) voordoet. Alhoewel het vooruitkijken op een verhuizing cruciaal is, vinden sommige mensen met dementie, naasten en/of informele zorgverleners het moeilijk om vroegtijdig in gesprek te gaan over een verhuizing als ze daar nog geen behoefte aan hebben of het op dat moment niet willen, maar geven vervolgens achteraf na de verhuizing aan dat het wel handiger was geweest om eerder in gesprek te

gaan over het verhuizen. Daarom is het van groot belang dat zorgprofessionals betrokken bij mensen met dementie adviezen en tips krijgen om vooruitziend en persoonsgericht te werken en hierbij de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners zoveel mogelijk en tijdig bij een verhuizing te betrekken.

Waar gaat deze handreiking over?

De handreiking bestaat uit een centraal thema *‘Samenwerken met de persoon met dementie, naasten en (informele) zorgverleners bij het verhuizen naar het verpleeghuis’* en beschrijft drie stappen in de verhuizing die gelijk lopen aan de fases van de verhuizing:

1. Samen thuis vooruitkijken (fase voor de verhuizing)
2. Samen een warm welkom voorbereiden (fase tijdens de verhuizing en de gewenningsfase in het verpleeghuis)
3. Samen een thuisgevoel creëren (fase na de verhuizing)

Wat is het doel van deze handreiking?

Het doel van de handreiking is om handvatten te bieden in de gehele verhuizing (voor, tijdens en na de verhuizing) aan zorgprofessionals die werken met mensen met dementie om samen met elkaar als zorgprofessionals onderling, mensen met dementie en hun naasten en/of informele zorgverleners vooruitziend met een palliatieve benadering toe te werken naar een persoonsgerichte en warme verhuizing. De handreiking is een adviesdocument voor de betrokken zorgprofessionals waarin alle essentiële stappen in de verhuizing en alle belangrijke (gespreks-)onderwerpen per stap zijn beschreven. Daarnaast geeft de handreiking het belang van tijdig interprofessioneel samenwerken weer tijdens het hele verhuisproces. Aangezien de (gespreks-)onderwerpen van de kernstappen algemeen beschreven zijn, kan deze handreiking eventueel ook worden toegepast voor een verhuizing naar andere intramurale woonvormen zoals het hospice, het zorgappartement, het verzorgingshuis en een zorgboederij.

Overzicht kernstappen *DEDICATED*-samenwerken bij de verhuizing met mensen met dementie van thuis naar een verpleeghuis



Centraal thema: Samenwerken met aandacht voor de persoon met dementie, naasten of/en informele zorgverleners (zowel thuis, tijdens de verhuizing als in het verpleeghuis)

Hierbij is het belangrijk dat de betrokken zorgprofessional voor, tijdens en na de verhuizing:

- *Begrip toont voor de gezondheidssituatie, het dementieproces en de palliatieve zorg benadering door o.a. uitleg te geven hierover aan de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners en op een persoonsgerichte wijze om te gaan met de persoon met dementie*
- *Uitgaat van de wensen en voorkeuren van de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners in het zorgproces, het kiezen van een verpleeghuis en het bieden van zorg rondom het levenseinde*
- *Naasten betreft in het vertegenwoordigen van de wensen en voorkeuren van de persoon met dementie (indien de naasten hiertoe bereidwillig zijn)*
- *Naasten bevraagt over welke rol in het zorgproces ze graag willen spelen (verwachtingsmanagement) en hoe de betrokken zorgprofessionals hen hierin kunnen ondersteunen*
- *Naasten (indien de naasten hiertoe bereid zijn) en mensen met dementie (in hoeverre dat mogelijk is en ze hiertoe bereid zijn) vragen om hun perspectief en mening te geven over ? en deze mee te nemen om te komen tot een gezamenlijke besluitvorming aangaande?*

Stap 1. Samen thuis vooruitkijken



Direct betrokken zorgprofessionals in de thuissetting:

Verzorgenden/Verpleegkundigen

Paramedici (ergotherapeut, psycholoog, logopedist, fysiotherapeut en/of diëtiste)

Geestelijke verzorger

Maatschappelijk medewerker of andere welzijnsprofessionals

Casemanager dementie

Cliëntadviseur^a

Huisarts

Specialist ouderengeneeskunde kan thuis ook al betrokken zijn

Samen thuis vooruitkijken is de fase voor de verhuizing waarin het thuis wonen in kaart wordt gebracht, verwachtingen, wensen en voorkeuren omtrent vroegtijdige zorgplanning worden besproken (het dagelijks leven, een mogelijke verhuizing en het levenseinde), gezamenlijke afstemming wordt gezocht en alle betrokkenen (persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners en alle betrokken zorgprofessionals) komen tot een gezamenlijke besluitvorming. Deze fase begint met gesprekken thuis (over het thuis wonen, het monitoren van de zorglast en het wonen in een verpleeghuis) en eindigt wanneer er een voorkeur is voor een verpleeghuis of wanneer er een verpleeghuis is uitgekozen.

^a Cliëntadviseur, ook wel zorgtrajectbegeleider, klantadviseur of zorgbemiddelaar genoemd (afhankelijk van de regio en zorgorganisatie) werkt in een verpleeghuis en regelt de praktische zaken rondom de verhuizing naar een verpleeghuis.

Samen thuis vooruitkijken, hoe doe je dat?

- Praat als direct betrokken zorgprofessional *regelmatig* met de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners over hoe het thuis wonen verloopt om tijdig voortuit te kijken naar een (mogelijke) toekomstige verhuizing
 - U kunt gebruiken maken van hulpmiddelen op de [website van Zorg voor beter](#) om de communicatie met mensen met dementie op gang te brengen of te verbeteren.
 - Ondersteun de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners in het creëren van een overzicht van welke formele en informele zorgprofessionals betrokken zijn in de zorg voor de persoon met dementie. Door een overzicht te maken kan men in één oogopslag zien of alle belangrijke zorgprofessionals betrokken zijn in het zorgproces voor de persoon met dementie, wie er nog mist en wie het meest geschikte centraal aanspreekpunt wordt voor de persoon met dementie.
 - Voorbeeld hulpmiddel hierbij is [‘Wie is wie bij dementie’](#)
 - *Regelmatig* betekent hier gemiddeld om de zes weken (zo nodig vaker)
 - Afhankelijk per organisatie en/of casus. Denk hierbij ook aan signalen die de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners zelf geven en ga indien zij dit wensen vaker met ze in gesprek hierover.
 - Begin het gesprek met een algemene vraag zoals ‘*Hoe gaat het met u?*’ om een beeld te krijgen van hoe de persoon met dementie het leven zelf ervaart.
 - Gebruik hiervoor bijvoorbeeld de infographic [Aan de slag met Positieve Gezondheid](#) om te zien hoe u dit gesprek kunt aangaan en hierbij aandacht kunt besteden aan de vier dimensies.
 - Stel tijdens dit gesprek een aantal sleutelvragen zoals:
 - ‘*Hoe verloopt het wonen thuis?*’
 - ‘*Wat vindt u fijn aan het thuis wonen?*’
 - ‘*Welke steun en hulp van de zorgprofessionals zou u graag willen ontvangen bij het wonen thuis?*’
 - ‘*Hoe verloopt het wonen thuis nu voor u als naaste en/of informele zorgverlener?*’
 - ‘*Wanneer denkt u als naaste(n) dat het teveel voor u wordt?*’
- *Besprek en breng als direct betrokken zorgprofessional tijdig de verwachtingen, wensen en voorkeuren van de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners omtrent vroegtijdige zorgplanning in kaart.*
 - Gebruik tijdens dit gesprek geen vakjargon, maar pas eenvoudig taalgebruik toe.
 - Denk tijdens dit gesprek aan de volgende gespreksonderwerpen:
 - *Wie is de persoon met dementie en wat zijn haar of zijn wensen in het dagelijks leven?*

- De levensgeschiedenis van de persoon met dementie. Denk hierbij aan vragen zoals:
 - *‘Wat vindt u belangrijk in het leven?’*
 - *‘Wat zijn de mooiste momenten uit uw leven?’*
 - *‘Welke belangrijke gebeurtenissen hebben zich voorgedaan in uw leven?’*
 - *‘Welk beroep heeft u gehad?’*
- Vier dimensies. Denk hierbij aan vragen zoals:
 - *‘Hoe ziet u dag eruit?’*
 - *‘Wat zijn uw dagelijkse activiteiten en hobby’s?’*
 - *‘Aan welke sociale activiteiten wilt u graag deelnemen?’*
 - *‘Aan welke spirituele, religieuze of culturele activiteiten wilt u graag deelnemen?’*
- De manieren van omgang (communicatie en handelingen) of vormen van activiteiten die bijdragen aan het behouden van autonomie en identiteit van de persoon met dementie. Denk hierbij aan het volgende:
 - De manier waarop u de persoon met dementie aanspreekt. Bijvoorbeeld de zin *‘Kom mevrouw Janssen, we gaan even douchen.’* heeft een paternalistisch karakter, wat kan leiden tot probleemgedrag en minder begrip bij de persoon met dementie.
 - De wensen en voorkeuren van de persoon met dementie in de verzorging. Bijvoorbeeld het tijdstip waarop de persoon met dementie bij voorkeur wilt opstaan of slapen en welke eetvoorkeuren hij/zij heeft.
 - De manieren om de toekomstige bewoner te kalmeren. Bijvoorbeeld de manieren om de persoon met dementie die agitatie vertoont rustig te benaderen en hem/haar te kalmeren.
- Documenteer de persoonsgerichte informatie
 - Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een levensboek of levensposter. Vraag aan de naasten en/of informele zorgverleners of ze hierbij een rol willen spelen en zo ja, of zij wellicht het levensboek of de levensposter zelfstandig willen en kunnen invullen. U kunt hiervoor de DEDICATED-methode levensboek of de DEDICATED-methode levensposter gebruiken (ga hiervoor naar <https://dedicatedwerkwijze.nl/materialen/>)
- U kunt bijvoorbeeld de vragen uit [het model Zorgleefplan van Actiz](#) gebruiken om dit gesprek aan te gaan.

- *Wat zijn haar of zijn wensen en voorkeuren bij een (mogelijke) verhuizing?*
 - Praat als betrokken zorgprofessional in de thuissetting met de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners over een mogelijk toekomstig thuis. Houdt daarbij rekening met de volgende aspecten voordat u het gesprek aangaat:
 - Het cognitief vermogen van de persoon met dementie om zijn/haar achteruitgang te realiseren
 - Het is mogelijk dat de persoon met dementie zich de achteruitgang niet wilt of kan realiseren maar geen weerstand biedt tegen een mogelijke verhuizing.
 - Hierbij is het belangrijk om de achteruitgang van de persoon met dementie niet aan te halen in het gesprek met de persoon met dementie, maar wel te bespreken met naasten en/of informele zorgverleners.
 - Gedachtes, visies en instellingen van de persoon met dementie en zijn/haar naasten en/of informele zorgverleners over het verhuizen naar een verpleeghuis
 - Het verhuizen kan door mensen met dementie gezien worden als een bedreiging op verschillende niveaus: fysiek (het verliezen van een 'eigen' huis met eigen spullen en bekende buurt en het volledig afhankelijk zijn van de zorg door zorgprofessionals), sociaal (het verliezen van contacten met familie, burens, vrienden en kennissen), emotioneel (het niet meer kunnen voelen van de herinneringen met familieleden opgebouwd in het huis) en psychisch (het gevoel van vrijheid, privacy en autonomie te verliezen). Daardoor kunnen mensen met dementie weerstand bieden tegen de verhuizing.
 - Het vermogen van de persoon met dementie, hun naasten en/of informele zorgverleners om te anticiperen op de achteruitgang omtrent het thuis wonen
 - Personen met dementie die zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen, maar de achteruitgang wel inzien en het thuis wonen voor de huidige en toekomstige woonsituatie willen vergemakkelijken, kunnen overgaan tot acties zoals het opschrijven van informatie als ze het op een later moment vergeten, het aanpassen van het huis om langer thuis te kunnen wonen of het alvast op zoek gaan naar bestaande 24-uurs ondersteunende woonvormen.
 - Bespreek het thuis wonen met de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners

- Vraag hoe ze het thuis wonen ervaren (zoals uitvoeren dagelijkse activiteiten), wat ze waarderen aan het thuis wonen, wat ze als prettig en minder prettig ervaren.
- Ga hierbij ook na hoe het dagelijks leven is vormgegeven op sociaal/activiteiten niveau zoals het uitoefenen van hobby's en het bij elkaar komen met lotgenoten, kennissen, vrienden of familie. Stel voor, afhankelijk per casus, deel te nemen aan georganiseerde dagactiviteiten en ga hierbij na bij welke locatie/omgeving de persoon met dementie zou willen meedoen aan dagactiviteiten. Breng hierbij de wensen en voorkeuren omtrent de dagactiviteiten in kaart.
- Biedt ondersteuning aan de persoon met dementie om langer thuis te blijven wonen (indien dit nog mogelijk is). Denk bijvoorbeeld aan de vraag: *'Hoe kunnen wij u helpen of welke hulpmiddelen heeft u nodig om langer thuis te blijven wonen?'*
- Verwijs ze hierbij ook naar bestaande informatiedocumenten zoals de brochure ['Thuiswonen met dementie'](#) of ['Wat als thuis wonen niet meer mogelijk is'](#).
- Praat over de wensen en voorkeuren omtrent het wonen in het algemeen
 - Breng de wensen en voorkeuren van de persoon met dementie omtrent een woonplek in kaart. Voorbeeldvragen: *'Wat vindt u belangrijk in een woonplek?'* of *'Wat heeft u nodig om zich thuis te voelen?'*
- Breng de zorgzwaarte of mantelzorgverlening van de naasten en/of informele zorgverleners in kaart
 - Voor de samenwerking met naasten kunt bijvoorbeeld [de Toolkit Samenwerken met mantelzorgers: zo werkt het!](#) of [de Toolkit mantelzorgondersteuning voor thuiszorgmedewerkers](#) gebruiken.
 - Voer een apart gesprek met naasten en/of informele zorgverleners (waar de persoon met dementie niet bij aanwezig is) en vraag hoe zij het thuis wonen en de (toegenomen) zorgzwaarte of mantelzorgverlening ervaren (en hoelang zij dit willen en kunnen volhouden). De algehele situatie van de naasten dient regelmatig gemonitord te worden. Hiervoor kunt u instrumenten gebruiken die het mantelzorgleven visueel in kaart brengen zoals de [MantelScan](#).
 - Biedt ondersteuning aan de naasten en/of informele zorgverleners zodat zij op een gezonde en gebalanceerde wijze mantelzorg kunnen bieden. Geef ze

informatie over wat overbelasting inhoudt en verwijst ze naar informatie over hoe mantelzorgers ondersteund kunnen worden zoals o.a. hoe het regelen van respijtzorg. Verwijst naasten naar organisaties of instanties waar informatie wordt verschaft over mantelzorgondersteuning (o.a. [MEE Plus](#), [24uursloket](#), [MantelzorgNL](#), of [Omzorg](#)) zoals het aanbieden van respijtzorg in de vorm van logeerszorg ([klik hier voor meer informatie over logeerszorg](#)). Kijk hierbij vooral welke organisaties actief zijn binnen uw eigen regio en/of zorgorganisatie.

- Ga na hoe naasten en/of informele zorgverleners denken over een verpleeghuis en een mogelijke verhuizing
 - Indien naasten bereidwillig zijn om te praten over een verhuizing, vraag dan hoe hun geliefde zich (volgens hen) het beste kan aanpassen in het verpleeghuis en wat daarvoor nodig is. Verwijst naasten ook hierbij naar informatie over de keuzes die gemaakt kunnen worden bij het kiezen van een verpleeghuis, zoals uitgelegd staat op de website van [dementie.nl](#)
 - Indien de naasten zelf ook weerstand bieden tegen een verhuizing, is het belangrijk om als centraal aanspreekpunt andere betrokken zorgprofessionals zoals de huisarts in te schakelen voor een persoonlijk gesprek over de inzet van respijtzorg (om naasten te ondersteunen) en de kans op en consequenties van een acute verhuizing (om naasten bewust te maken van de gevolgen van overbelasting en acute of onverwachte verhuizingen). Verwijst ze naar bijvoorbeeld de website van [Zorg en Beter](#)
 - Wees u als zorgprofessional bewust van de gemoedstoestand van de naasten voor en tijdens de verhuizing, en de verschillen in wensen tussen familieleden onderling. Leg dit ook vast en stem dit als centraal aanspreekpunt af met het centraal aanspreekpunt in het verpleeghuis.
- Indien de persoon met dementie weerstand biedt tegen het gesprek over een verhuizing, denk daarbij dan ook aan het volgende:
 - Breng de wensen en voorkeuren van de persoon met dementie in zijn huidige woonplek in kaart. Voorbeeldvragen zijn:
 - *‘Wat vindt u belangrijk in een woonplek?’ of ‘Wat heeft u nodig om zich thuis te voelen?’*
 - *‘Wat zijn uw angsten en zorgen voor een verpleeghuis en een mogelijke verhuizing?’*
 - *‘Hoe denkt u over andere woonvormen zoals de zorgboerderij, zorgappartementen of verzorgingshuizen?’*

- Als het thuis wonen niet meer mogelijk is door de toegenomen zorgbehoeftes en er sprake is van overbelasting van de thuiszorg en naasten, is het belangrijk om met naasten in gesprek te gaan over gedwongen opnames en de verschillende vormen hiervan. Geef de naasten uitleg over Artikel 21 Wet Zorg en Dwang (WZD). Leg naasten goed uit wat deze wet inhoudt en waar ze meer informatie hierover kunnen vinden. Verwijs naasten bijvoorbeeld naar websites over gedwongen opnames zoals [CIZ](#), [dementie.nl](#) en [zorg voor beter](#)
- Indien de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners open staan voor het gesprek omtrent de verhuizing, denk daarbij dan ook aan het volgende:
 - Biedt de mogelijkheid aan om uitleg te geven wat er allemaal komt kijken bij het regelen van een verhuizing naar het verpleeghuis indien de persoon met dementie en/of naasten hier open voor staan. Verwijs ze bijvoorbeeld naar [dementie.nl](#)
 - Bespreek de wensen en voorkeuren van de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners omtrent een verhuizing. Denk hierbij aan de volgende vragen:
 - *'Ziet u in de toekomst een verhuizing voor u en waar zou u dan naar toe willen verhuizen?'*
 - *'Waar zou u graag willen wonen en heeft u daar al een rondleiding gehad?'*
 - Denk hierbij aan de dagopvanglocatie of bekende omgeving/buurt van de persoon met dementie
 - *'Stel dat het voor u niet mogelijk is om naar de voorkeurslocatie te verhuizen, wat is dan uw tweede voorkeur en heeft u daar al een rondleiding gehad?'*
 - *'Wat is de afstand tussen het verpleeghuis (eerste en tweede voorkeur) en het huisadres van naasten?'*
 - *'Heeft u een voorkeuren qua grootte, indeling en sfeer van het verpleeghuis?'*
 - Denk hierbij aan de aanwezigheid van een tuin in het verpleeghuis en de organisatie van (dagelijkse) activiteiten binnen het verpleeghuis
 - *'Met wie wilt u sociaal contact behouden (contacten vanuit de thuissituatie) en aangaan (nieuwe contacten in het verpleeghuis)?'*
 - *'Op welke manier wilt u actief blijven in uw dagelijks leven in het verpleeghuis?'*

- Voer dit gesprek gemiddeld één keer in het kwartaal, afgestemd op de bereidwilligheid van de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners om dit gesprek aan te gaan.
- *Wat zijn de wensen en voorkeuren voor de toekomstige zorg en behandelingen in de laatste levensfase?*
 - Voer als betrokken zorgprofessional in de thuissetting (herhalende) gesprekken over proactieve zorgplanning (ook wel vroegtijdige zorgplanning of advance care planning genoemd). Belangrijke gespreksonderwerpen zijn:
 - Communicatie en betrokkenheid. Hierbij kunt u denken aan het volgende:
 - Informeren over dementie, palliatieve zorg en proactieve zorgplanning
 - Stem geven aan de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners
 - Behoeft van de persoon van dementie (hangt af van wilsbekwaamheid) en naasten en/of informele zorgverleners om deel te nemen aan gezamenlijke besluitvorming
 - Ethische/Juridische aspecten. Hierbij kunt u denken aan het volgende:
 - Behoeft en wilsbekwaamheid van de persoon met dementie om zelf na te denken en beslissen
 - Aanstellen van een vertegenwoordiger, getuige of vertrouwenspersoon (leg hierbij het verschil uit tussen deze wettelijke termen)
 - In kaart brengen van juridische zaken die lopen
 - Psychische/mentale behoeftes. Hierbij kunt u denken aan het volgende:
 - Bespreken van emoties en ondersteuning tijdens moeilijke momenten (zowel voor de persoon met dementie als naasten en/of informele zorgverleners)
 - Uitvoeren van verwachtingsmanagement (d.w.z. verwachtingen uitspreken van de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners en betrokken kernzorgprofessionals)
 - Spirituele en existentiële behoeftes. Hierbij kunt u het volgende bespreken:
 - Zingeving van de persoon met dementie
 - Ondersteuning om het leven van de persoon met dementie betekenisvol of betekenisvoller te maken
 - Overtuigingen omtrent de ziekte, leven en dood van de persoon met dementie

- Behoeft om gesprek omtrent levensvragen, bezinningsmomenten, begeleide rituelen (zowel wel of niet religieus van aard)
- Besluiten rondom (levensverlengende) behandelingen. Hierbij kunt u het volgende bespreken:
 - Wilsverklaring/volmacht
 - Behandelverklaringen (zoals reanimatie, opnames, operaties, toedienen van voeding en vocht, toedienen van antibiotica en kunstmatige beademing)
 - Euthanasieverklaring
 - Donatieverklaring
- Wensen en voorkeuren voor een warm afscheid. Hierbij kunt u het volgende bespreken:
 - Gewenste rituelen vlak voor het sterven uit te voeren
 - Gewenste kledingdracht
 - Behoeft om het bijzijn van specifieke personen
 - Gewenste plek voor het nemen van afscheid
 - Gewenste procedure en locatie van de uitvaart
- Wensen en voorkeuren voor de nazorg. Hierbij kunt u het volgende bespreken:
 - Bespreken van vragen of opmerkingen van naasten over de periode rondom het overlijden
 - Praten over het ondersteunen van de rouwverwerking
 - Evalueren van het zorgproces
- Welke hulpmiddelen kunt u gebruiken om de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners te informeren omtrent proactieve zorgplanning?
 - [Gesprekshulp de latere levensfase bij dementie](#)
 - [Praten op tijd over uw levenseinde](#)
- Welke hulpmiddelen kunt u gebruiken om gesprekken te voeren over proactieve zorgplanning?
 - [DEDICATED handleiding praatstenen en praatkaarten](#)
 - [Toolkit Advance care planning mbt het levenseinde](#)
 - [Gesprekswijzer voor proactieve zorgplanning](#)
 - [Boekje Levenseindegesprekken](#)
 - [Handreiking Oog in Oog](#)
 - [Handvat gespreksvoering met kwetsbare patiënten](#)

- Gebruik tijdens het gesprek bestaande formats voor proactieve zorgplanning en voeg deze informatie toe aan het dossier.
 - [Leidraad proactieve zorgplanning](#)
 - [Wilsverklaringen inzake mijn gezondheidszorg en levenseinde](#)
- Welk hulpmiddel kunt u gebruiken om het nazorggesprek met naasten en/of informele zorgverleners te voeren?
 - [Handreiking nazorggesprek na overlijden](#)
- *Overleg en stem regelmatig met de betrokken zorgprofessionals af om de thuissituatie gezamenlijk te monitoren*
- *Overleg en stem regelmatig met de betrokken zorgprofessionals de huidige thuissituatie en veranderingen hierin*
 - Bespreek de huidige thuissituatie van de persoon met dementie met de betrokken zorgprofessional. Denk hierbij aan:
 - Neuropsychiatrische symptomen en toename hierin (*neuropsychiatrische symptomen zijn symptomen die het gedrag en het cognitief functioneren beïnvloeden en zijn o.a. apathie, angst, agitatie, depressie, ongeremd gedrag, hallucinaties en eetlustverandering*)
 - Terugkoppeling van de gevoerde gesprekken omtrent proactieve zorgplanning (het dagelijks leven, een mogelijke verhuizing en het levenseinde)
 - Stem onderling en samen met de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners af welke zorgprofessional uit de thuissetting welke taak op zich neemt en leg dit vast. Denk hierbij aan de volgende taken:
 - Fungeren als centraal aanspreekpunt in de verhuizing voor de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners en betrokken zorgprofessionals. Dit houdt in dat het centraal aanspreekpunt:
 - Een vertrouwenspersoon en contactpersoon is voor de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners
 - Informatie geeft over het ziekteproces en de huidige gezondheidssituatie aan de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners
 - Op de hoogte blijft van alle belangrijk communicatie omtrent dit proces met de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners, een overzicht/status van verhuizing bijhoudt en de cliëntadviseur^a van het verpleeghuis benadert.
 - Informatie omtrent proactieve zorgplanning verzamelt
 - Afstemt met de cliëntadviseur^a

- Emotionele ondersteuning biedt aan de persoon met dementie bij het verlaten van zijn of haar huis en ondersteuning biedt aan naasten en/of informele zorgverleners bij het omgaan met schuldgevoelens
- Begeleiden in het wegwijs maken over het wonen in een verpleeghuis. Denk hierbij aan de volgende taken
 - De persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners informeren over het wonen in een verpleeghuis
 - Het regelen van administratieve zaken en coördinatie zoals het aanvragen van een CIZ-indicatie, zicht houden op de wachtlijst en de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners aangeven wanneer er een plek vrijkomt
 - Het wegwijs maken in de procedures op weg naar het verpleeghuis zoals het uitleggen wat een zorgkantoor is en wat artikel 21 WZD inhoudt
- Hulpmiddelen om het multidisciplinair overleg te voeren
 - Zie bijlage 1. Stappenplan bespreken MDO Zuyderland
 - Zie bijlage 2. Formulier interprofessioneel teamoverleg MDO Zuyderland
- Hulpmiddel om te communiceren met elkaar
 - [Praktische handreiking voor communicatie met mensen met dementie, hun mantelzorgers en betrokken zorgprofessionals](#)
- Enkele goede voorbeelden van samenwerking omtrent palliatieve zorg in de eerste lijn:
 - [PaTz-methodiek](#)
- *Gezamenlijke besluitvorming tot verhuizing*
 - Belangrijk acties die uitgevoerd worden in dit proces:
 - Bepaal als centraal aanspreekpunt samen met de betrokken zorgprofessionals in de thuissetting, de persoon met dementie (zover dit mogelijk is), naasten en/of informele zorgverleners wat het juiste moment is om te verhuizen.
 - Neem als centraal aanspreekpunt in de verhuizing de voorkeuren van de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners in acht zoals deze eerder besproken zijn.
 - Vraag als centraal aanspreekpunt ook aan de persoon met dementie, naasten of/en informele zorgverleners willen participeren aan multidisciplinaire overleggen
 - Schakel als centraal aanspreekpunt voor de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners tijdig de cliëntadviseur^a in (*hier moeten onderling duidelijk afspraken over worden gemaakt*).

- Stem als centraal aanspreekpunt voor de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners met de cliëntadviseur^a af om samen een huisbezoek af te leggen (*Optioneel en afhankelijk van de wens van de toekomstige bewoner en naasten*).
- Enkele hulpmiddelen om samen beslissingen te nemen:
 - [Toolsbox samen beslissen bij dementie](#)
 - [Stappen van gezamenlijke besluitvorming](#)
 - Interprofessionele samenwerking-gezamenlijke besluitvormingsmodel bij de verhuizing van thuis naar het verpleeghuis
 - Dit is een theoretisch model dat stappen beschrijft die belangrijk zijn in de gezamenlijke besluitvorming omtrent de verhuizing:
 1. Context (gezondheid, woonsituatie, dagelijkse activiteiten etc.)
 2. Rollen van betrokken mensen (Betrokkenheid in de zorg, gezamenlijke besluitvorming, rol in de besluitvorming etc.)
 3. Informatieoverdracht (uitleg van elke beslisoptie, alternatieven in kaart brengen, informatie met betrokkenen bespreken, voorkeuren bespreken etc.)
 4. Waarden en voorkeuren (gerelateerd aan autonomie, gezondheid, wonen, verpleeghuis of andere intramurale woonvoorzieningen, zorg en rollen)
 5. Geschiktheid van de opties (het thuis wonen en verhuizen)
 6. Voorkeurbeslissing (bespreken van voorkeuren, onenigheden en interne conflicten)
 7. Daadwerkelijke genomen beslissing: Voorkeurbeslissing en daadwerkelijke genomen beslissing (kijken in hoeverre daadwerkelijk genomen beslissing overeenkomt met voorkeursbeslissing)
 8. Implementatie van de beslissing: hoe de beslissing wordt geïmplementeerd (wachtlijst) en praten over de toekomst (plannen en vervolgstappen)
 9. Uitkomsten: Evaluatie van de genomen beslissing, Evaluatie van de gevolgen van de genomen beslissing, Evaluatie van de gezamenlijke besluitvorming en aanbevelingen omtrent de gezamenlijke besluitvorming

Stap 2. Samen een warm welkom voorbereiden



Direct betrokken zorgprofessionals in de thuissetting en het verpleeghuis:

Verzorgenden/Verpleegkundigen uit thuissetting en verpleeghuis
Paramedici (ergotherapeut, logopedist, fysiotherapeut en/of diëtiste, psycholoog, maatschappelijk werker) uit thuissetting en verpleeghuis
Casemanager dementie uit thuissetting
Cliëntadviseur^a uit thuissetting
Huisarts uit thuissetting
Specialist ouderengeneeskunde uit verpleeghuis

Het voorbereiden van een warm welkom is de fase waarbij afstemming plaatsvindt tussen de centrale aanspreekpunten uit de thuissetting en het verpleeghuis, de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners. Hierin wordt Informatie overgedragen (door gesprekken en/of verpleeghuisbezoeken en huisbezoeken), over de persoon met dementie en hoe de naasten en/of informele zorgverleners betrokken willen zijn. Ook wordt de verhuisdag en het warme welkom voorbereid. Het contact met de betrokken zorgprofessionals uit de thuissetting wordt bij voorkeur geleidelijk afgebouwd. Deze fase begint wanneer de persoon met dementie op de wachtlijst staat en eindigt direct na de verhuizing.

Samen een warm welkom voorbereiden, hoe doe u dat?

- *Stem onderling af welke zorgprofessional in het verpleeghuis het centraal aanspreekpunt (meestal de Eerst Verantwoordelijke Verzorger (EVV'er^b) of zorgcoördinator (ZOCO)) zal zijn voor de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners*
 - Dit centraal aanspreekpunt heeft de volgende taken:
 - Heeft direct contact met het centraal aanspreekpunt in de thuissetting
 - Is een vertrouwenspersoon en contactpersoon voor de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners
 - Ontvangt de relevante persoonlijke informatie over de persoon met dementie
 - Legt een huisbezoek af bij de persoon met dementie
 - Begeleidt de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners tijdens het verpleeghuisbezoek
 - Ontvangt de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners op de verhuisdag
- *Bespreek samen met de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners dat het centraal aanspreekpunt uit de thuissetting de verwachtingen, wensen en voorkeuren omtrent proactieve zorgplanning zal verzamelen, documenteren en doorgeven aan het centraal aanspreekpunt in het verpleeghuis.*
- *Draag als betrokken zorgverlener in de thuissetting de verzamelde informatie omtrent proactieve zorgplanning (inclusief schriftelijke verklaringen/documenten) over aan het centraal aanspreekpunt in het verpleeghuis.*
 - Stuur als betrokken zorgprofessional de verzamelde persoonlijke informatie mogelijk één week van voor de verhuisdag op naar de verpleeghuismedewerkers
 - De casemanager dementie, wijkverpleegkundige en cliëntadviseur^a moeten onderling afstemmen wie de persoonsgerichte informatie en het opnameverslag zal doorgeven aan de EVV'er^b en specialist ouderengeneeskunde (SO)
 - De huisarts verstuurt het medisch dossier (inclusief documenten over 'Uw wensen voor de toekomst') naar de SO
 - Plan als betrokken zorgprofessional uit de thuissetting eventueel een belafsprak of fysieke afspraak in met de EVV'er^b om de persoonlijke informatie te bespreken
- *Houdt de betrokken zorgprofessionals in het verpleeghuis op de hoogte*
 - Documenteer als EVV'er^b de persoonlijke informatie in het dossier

^b EVV'er wordt ook wel Eerst Verantwoordelijke Contactverzorgende (EVC'er) genoemd (afhankelijk van de zorgorganisatie).

- Zorg als EVV'er^b ervoor dat de betrokken verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden van de bewoner toegang hebben tot de persoonlijke informatie en houdt ze op de hoogte van veranderingen in het dossier
- Verzoek als EVV'er^b dat de betrokken/toegewezen verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden van de bewoner het dossier voor de verhuisdag hebben gelezen
- Geef als EVV'er^b de verzamelde persoonsgerichte informatie ook door aan andere disciplines (zoals artsen en paramedici) die betrokken zijn in de zorgverlening van de persoon met dementie
- *Geef als betrokken zorgprofessional persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners een warm gevoel als u over het verpleeghuis praat*
 - Probeer een warm en persoonlijk gevoel te geven aan de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners door eenvoudige en herkenbare termen te gebruiken.
Voorbeelden hiervan zijn:
 - 'Verhuizing' i.p.v. 'Transitie' of 'Opname'
 - 'Bewoners' i.p.v. 'Patiënten' of 'Cliënten'
 - 'Uw wensen voor de toekomst' i.p.v. 'Advance care planning'
- *Geef als cliëntadviseur^a de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners een indicatie van de wachttijd tot de verhuisdag*
 - Neem als cliëntadviseur^a contact op met de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners) en geef duidelijk aan waar de persoon met dementie op de wachtlijst staat
- *Ondersteun als centraal aanspreekpunt in de thuissetting de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners met het huis- en verpleeghuisbezoek (deze voorbezoeken zijn uiteraard niet uitvoerbaar bij adhoc of acute verpleeghuisopnames)*
 - Huisbezoek
 - Het is geen vereiste om een huisbezoek te verrichten, want het is afhankelijk van de thuissituatie en de wens van de persoon met dementie en/of informele zorgverleners.
 - Bezoek als EVV'er^b minimaal 2 weken voor de verhuisdag de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners thuis op om een beeld te krijgen hoe de persoon met dementie thuis woont en om de verhuizing naar het verpleeghuis persoonlijker te maken. Voorbeeld van onderwerpen om te bespreken tijdens dit kennismakingsgesprek zijn:
 - 'Wat geeft u een thuis gevoel?'
 - 'Welke persoonlijke spullen vindt u belangrijk om mee te nemen naar het verpleeghuis?'

- Denk hierbij aan spullen voor de dagelijkse verzorging zoals tandenborstel, kam en crèmes, overige benodigdheden zoals kleren, schoenen, pantoffels, spullen die een vertrouwd gevoel geven zijn zoals foto's, beelden, schilderijen, posters en/of trofeeën, meubilair die herkenbaar zijn zoals fauteuil, kast en tafel en spullen die ontspanning geven zoals tv, Cd-speler, radio en boeken.
 - *'Wat moeten wij als zorgprofessionals weten om voor u goed te kunnen zorgen?'*
- Bespreek als EVV'er^b met de naasten en/of informele zorgverleners hun betrokkenheid in het zorgproces. Denk hierbij aan het volgende:
 - Geef naasten en/of informele zorgverleners aan op welke manier zij informatie van de persoon met dementie kunnen inzien
 - Geef naasten en/of informele zorgverleners aan wie hun centraal aanspreekpunt is in het verpleeghuis (idealiter is het de EVV'er^b die aanwezig was bij het huisbezoek)
 - Vraag naasten en/of informele zorgverleners op welke manier zij geïnformeerd willen worden bij veranderingen in medicatie of gezondheidssituatie van de persoon met dementie, op welke manier zij betrokken willen worden bij besluitvormingsprocessen en of zij zou willen deelnemen aan overleggen tussen de betrokken zorgverleners (zoals visites of multidisciplinaire overleggen (MDO))
- Verpleeghuisbezoek
 - Het is geen vereiste om een verpleeghuisbezoek te verrichten, want het is afhankelijk de wens van de persoon met dementie en/of informele zorgverleners.
 - Bespreek als centraal aanspreekpunt uit de thuissetting met de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners of ze het verpleeghuis willen bezoeken. Plan minimaal 2 weken voor de verhuisdag een verpleeghuisbezoek in.
 - Vraag aan de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners of zij wensen dat u als centraal aanspreekpunt ook aanwezig bent tijdens het verpleeghuisbezoek (*Afhankelijk van de wens van de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners en de werkdrukke van het centraal aanspreekpunt uit de thuissetting*)
 - Contacteer als centraal aanspreekpunt uit de thuissetting voorafgaand aan het huisbezoek de EVV'er^b om een rondleiding te geven in het verpleeghuis

- *Draag als centraal aanspreekpunt uit de thuissetting (casemanager dementie, huisarts, Praktijkondersteuner huisarts (POH)-Ouderenzorg of wijkverpleegkundige) de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners over aan het nieuwe centraal aanspreekpunt in het verpleeghuis (meestal de EVV'er^b of zorgcoördinator)*
 - Ga als centraal aanspreekpunt uit de thuissetting één week voor de verhuisdag (indien mogelijk eerder) een persoonlijk gesprek aan met de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners om aan te geven dat uw rol na de verhuizing geleidelijk aan afloopt en dat er een nieuw centraal aanspreekpunt in het verpleeghuis uw rol overneemt
 - Deze overdracht kan mondelinge plaatsvinden via een gesprek (telefonisch of online afspraak) of fysiek plaatsvinden door aanwezig te zijn op de verhuisdag of af te spreken voor de verhuisdag (*Afhankelijk van de wens van de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners en de werkdrukke van het centraal aanspreekpunt uit de thuissetting*).
 - Contacteer als centraal aanspreekpunt uit de thuissetting minimaal één week voor de verhuisdag de EVV'er^b van de persoon met dementie om de persoonlijke informatie over te dragen
 - Overleg met de EVV'er^b wanneer en op welke manier u de persoonlijke informatie overdraagt
 - Plan een afspraak met de EVV'er^b in om de persoonlijke informatie (telefonisch of fysiek) te bespreken
- *Bouw als eerstelijns zorgprofessional het contact met de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners geleidelijk af*
 - Vraag minimaal zes weken voor de verhuisdag als centraal aanspreekpunt uit de thuissetting aan *de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners* of zij nog behoefte hebben aan een (telefonisch) gesprek en bouw het contact geleidelijk af
- *Plan als EVV'er^b de verhuisdag in*
 - Maak minimaal één week van tevoren als EVV'er^b de planning voor de verhuisdag en neem daarbij de volgende stappen mee:
 - Ontvangst met drinken en hapjes/zoetheid en (indien mogelijk en gewenst) welkomstmuziek (door bijvoorbeeld muziektherapeut). Bespreek dit van tevoren met de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners.
 - Probeer zo min mogelijk administratieve zaken op de verhuisdag zelf te bespreken (advies is om dit zoveel mogelijk tijdens het huis- of verpleeghuisbezoek te bespreken).

- Begeleidt de bewoner, naasten en/of informele zorgverleners tot aan de kamer en geef ze de ruimte om bij te komen en afscheid te nemen van elkaar. Bespreek dit van tevoren met de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners.
 - Bespreek de planning van de verhuisdag met de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners hoe zij het liefst verwelkomt willen worden en hoe zij het liefst afscheid willen nemen van elkaar. Ondersteun hen hierbij vanuit de organisatie door bijvoorbeeld gebruik te maken van:
 - Bijlage 3. De procedure van een warm welkom die gehanteerd wordt door zorgorganisatie Vivantes
 - Warm welkom van de werkwijze persoonsgerichte zorg bij Vivantes (<https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2020/06/2019-Werkwijze-PGZ-bij-Vivantes.pdf>)
 - De verhuisdag van de handreiking waardig verhuizen naar het verpleeghuis van Pieter van Foreest (<https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2017/02/Handreiking-Waardig-verhuizen-van-thuis-naar-verpleeghuis-DEF.pdf>)
 - Voorbereiding op de verhuizing van de handreiking van thuis naar het verpleeghuis van het Kenniscentrum Zorginnovatie van de Hogeschool Rotterdam (<http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/informatiecentrum/ketenzorg/21110.pdf>)
- *Zorg dat u als betrokken zorgprofessional in het verpleeghuis op de hoogte bent van persoonlijke informatie voordat de bewoner binnenkomt (voor de verhuizing)*
 - Lees als EVV'er^b, verzorgenden en helpenden alle overgedragen documenten door voordat u de bewoner spreekt
 - Lees als SO het opnameverslag en de overgedragen documenten over persoonsgerichte informatie door voordat u de bewoner spreekt
- *Schenk als EVV'er^b en SO aandacht aan het emotionele proces van naasten en/of informele zorgverleners (voor, tijdens en na de verhuizing)*
 - Bespreek als EVV'er^b met het aanspreekpunt uit de thuissetting welke rol hij of zij had in het bieden van emotionele ondersteuning aan naasten en/of informele zorgverleners en neem zijn/haar rol hierin over
 - Schakel als EVV'er^b en SO, indien de naasten en/of informele zorgverleners daar behoefte aan heeft, andere disciplines in (zoals een maatschappelijk medewerker) om emotionele ondersteuning te bieden

Stap 3. Samen een thuisgevoel creëren



Direct betrokken zorgprofessionals in het verpleeghuis:

Verzorgenden/Verpleegkundige
Paramedici (ergotherapeut, psycholoog, logopedist, fysiotherapeut en/of diëtiste)
Geestelijke verzorger
Vaktherapeuten (muziektherapeut, dramatherapeut, psychomotorische therapeut en/of beeldende therapeut)
Maatschappelijk medewerker of andere welzijnsprofessionals
Specialist ouderengeneeskunde

Het creëren van een thuisgevoel is de fase na de verhuizing waarin zorgprofessionals aandacht besteden aan het wennen in het verpleeghuis, regelmatig gesprekken voeren omtrent wat de wensen zijn van de nieuwe bewoner (vroegtijdige zorgplanning) en de samenwerking tussen en de zorgverlening met alle betrokken partijen regelmatig evalueren. Deze fase begint met de verhuisdag en eindigt met het overlijden van de bewoner in het verpleeghuis.

Samen een thuisgevoel creëren, hoe doe u dat?

- *Schenk aandacht aan de gewenningsfase (voer de gesprekken 2 weken na de verhuizing)*
 - Ga als EVV'er^b in gesprek met de bewoner over hoe zij/hij de verhuizing en het wonen in het verpleeghuis heeft ervaren
 - Denk hierbij aan het volgende:
 - Gevoel of de bewoner zich thuis voelt in het verpleeghuis
 - Ervaring van de bewoner over deelname aan de (sociale) activiteiten in het verpleeghuis

- Houd als EVV'er^b veranderingen in de gaten die optreden bij de bewoner.
Denk hierbij bijvoorbeeld aan het volgende:
 - Gedragsveranderingen
 - Veranderingen in dagelijkse patronen/activiteiten
 - Veranderingen in eetpatronen of eetvoorkeuren
- Ga als EVV'er^b in gesprek met de naasten en/of informele zorgverleners over hoe zij de verhuizing en de betrokkenheid in het verpleeghuis hebben ervaren.
 - Maak duidelijk dat de rol of rollen die naasten en/of informele zorgverleners hadden in de thuissetting niet ophouden na de verhuizing, maar dat ze hun rol of rollen kunnen blijven uitoefenen indien zij dit wensen en kunnen.
 - Denk hierbij aan de volgende vragen:
 - 'Hoe voelt u zich na de verhuizing van uw naaste?'
 - 'Hoe ervaart u uw betrokkenheid in het verpleeghuis?'
 - Houd als EVV'er^b veranderingen in de gaten die zich voordoen bij de naasten en/of informele zorgverleners
 - Rol of betrokkenheid in het zorgproces
 - Emotionele gezondheid
 - Tevredenheid omtrent het zorgproces
- Ga als EVV'er^b in gesprek met het centraal aanspreekpunt uit de thuissetting
 - Denk hierbij aan de volgende vraag:
 - *'Heeft u na de verhuizing nog contact gehad met de bewoner, naasten? Zo ja, hoe vaak en zijn er uit deze gesprekken actiepunten/veranderpunten in de zorg naar voren gekomen voor ons?'*
 - Indien u of uw collega's een gedragsverandering bij de bewoner observeren, zou u het volgende kunnen vragen:
 - *<Beschrijf de gedragsverandering> 'Heeft u bij de bewoner eerder deze gedragsverandering opgemerkt?' en 'Hoe kunnen we volgens u hier het beste mee omgaan en welke omgangsadviezen heeft u?'*
- Denk aan de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners ('holistische zorg')
 - Bespreek met de betrokken zorgprofessionals, naasten en/of informele zorgverleners en bewoner (indien hij/zij dit wilt en kan) regelmatig (tijdens wekelijkse visites, gedragsvisites en MDO's) de verschillende gezondheidsdomeinen
 - Denk hierbij aan de volgende domeinen: Woon- en leefomstandigheden (thuisgevoel, veiligheid, dagritme en bewegingsmogelijkheden), Participatie (dagbesteding, sociaal

leven en contact met de samenleving), Mentaal welbevinden en autonomie (identiteit en levensinvulling, stemming en respect) en Lichamelijk welbevinden en gezondheid (o.a. voeding en vocht, rust en beweging, gezondheidsrisico's, mobiliteit en lichamelijke verzorging).}

- Integreer de verschillende perspectieven van de betrokken zorgprofessionals
 - Betrek de direct betrokken zorgprofessionals in de zorg voor de persoon met dementie
 - Geef als betrokken zorgprofessional in het verpleeghuis duidelijk aan wat u hebt geconstateerd bij de bewoner, welk leefdomein het betreft dat exact verbeterd moet worden en op welke wijze (met medicatie of via niet-farmacologische interventies) het verbeterd kan worden
- Beoog als gespreksleider tijdens de overleggen de verschillende perspectieven te integreren en tot een gebalanceerd besluit te komen
- Schrijf als notulist (meestal EVV'er^b) tijdens de overleggen de verschillende perspectieven op, documenteer het eindbesluit en noteer de (gewijzigde/aangepaste) actiepunten (en vermeld hierbij welke zorgprofessional zorg hiervoor draagt)
- Zorg ervoor dat de bewoner zicht thuis voelt in het verpleeghuis.
 - Het uitvoeren van betekenisvolle activiteiten kan het welzijn van mensen met dementie, het gevoel van verbinding met zichzelf, anderen en de omgeving voor mensen met dementie en het gevoel van het behouden van de persoonlijkheid van de persoon met dementie verbeteren. Hierbij is het belangrijk dat betrokken zorgprofessionals aandacht geven aan en bewustzijn van het onderwerp betekenisvolle activiteiten, het personaliseren van betekenisvolle activiteiten en het praktisch organiseren van betekenisvolle activiteiten. U kunt hiervoor bijvoorbeeld [het inspiratieboekje van zorgcentra De Betuwe](#) en [de handleiding van Hogeschool Rotterdam](#) gebruiken.
 - Denk hierbij o.a. aan de volgende factoren:
 - Psychologische factoren (gevoel van erkenning, behouden van gewoontes (zoals rekening houden met persoonlijke voorkeuren bij eten en drinken) en waarden, behouden van autonomie en controle en omgang/copingstijl met/van de verhuizing).
 - Sociale factoren (interactie en relatie met zorgprofessionals, interactie met andere bewoners, interactie met familie en vrienden/kennissen, interactie met (huis)dieren en uitvoering van activiteiten).

- Omgevingsfactoren (beschikbaarheid van een privéruimte, indeling van de publieke ruimte, meenemen van persoonlijke spullen, gebruik van technologische hulpmiddelen (zoals een alarmknop), denken aan interieur en mogelijkheid om naar buiten te gaan).
- Betrek de naasten of/en informele zorgverleners
 - Neem als EVV'er^b hierbij het perspectief van de naasten of/en informele zorgverleners mee om na te gaan of de naasten of/en informele zorgverleners dezelfde veranderingen constateren en/of ook nieuwe veranderingen hebben geïdentificeerd
 - Vraag als EVV'er^b naar de mening van de naasten of/en informele zorgverleners omtrent de (gewijzigde/aangepaste) actiepunten en koppel hun mening terug naar de betrokken zorgverleners
 - Zorg ervoor dat naasten/of informele zorgverleners zich betrokken en onderdeel voelen van het verpleeghuis (indien zij dit wensen). Denk hierbij o.a. aan het volgende:
 - Schenk aandacht aan hun copingstijl voor het verwerken van de verhuizing en het krijgen van een andere rol in het verpleeghuis (t.o.v. thuis)
 - Vraag aan naasten en/of informele zorgverleners wat de bewoner wenst om te eten en drinken (indien de bewoner dit zelf niet meer kan aangeven)
 - Neem hun stem mee in het inrichten van de kamer
 - Vraag of ze betrokken willen worden om deel te nemen aan activiteiten (binnen of buiten) samen met de bewoner
 - Vraag naasten en/of informele zorgverleners of ze betrokken willen zijn in de zorg of andere zaken (zoals haren kammen van de bewoner)
 - Vraag aan de naasten en/of informele zorgverlener hoe zij autonomie en controle ervaren in de zorg voor en het leven van de bewoner
- Ondersteun de bewoner, naasten en/of informele zorgverleners bij het maken van keuzes en beslissingen. U kunt hiervoor bijvoorbeeld de [Toolbox samen beslissen](#) gebruiken.
- *Voer regelmatig gesprekken over proactieve zorgplanning*
 - Neem hierbij de wensen en voorkeuren van de bewoner, naasten of/en informele zorgverleners in acht (deze staan te allen tijde centraal)
 - Bespreek onderling als zorgprofessional wie het voortouw neemt om gesprekken (over proactieve zorgplanning) te voeren met de bewoner, naasten en/of informele zorgverleners.
 - Denk hierbij dat de EVV'er^b deze rol als gesprekspartner kan vervullen omdat hij/zij met de bewoner, naasten en/of informele zorgverleners al een relatie/vertrouwensband heeft opgebouwd.

- Denk hierbij dat de SO, naast dat de EVV'er^b de gesprekken voert, ook gesprekken voert met de bewoner, naasten en/of informele zorgverleners omtrent proactieve zorgplanning. Het is belangrijk dat zowel input verzameld door de EVV'er^b, SO en andere disciplines die ook gesprekken voeren met de bewoner, naasten en/of informele zorgverleners omtrent proactieve zorgplanning gezamenlijk wordt teruggekoppeld.
- De gesprekspartner zal van deze gesprekken ook een update geven aan de overige betrokken zorgprofessionals
- Respecteer hierbij ook de bereidwilligheid van de bewoner, naasten of/en informele zorgverleners
 - Vraag als gesprekspartner aan de bewoner, naasten en/of informele zorgverleners of ze over de toekomst willen praten en respecteer hun mening als ze dat liever niet wensen. Leg in dit laatste geval wel uit wat de meerwaarde is van het tijdig bespreken van wensen voor de toekomst.
- Integreer de verschillende perspectieven van alle betrokken partijen
 - Bespreek als betrokken zorgprofessional de wensen en voorkeuren van de bewoner, naasten of/en informele zorgverleners omtrent proactieve zorgplanning met de overige betrokken zorgprofessionals en denk gezamenlijk na hoe de toekomstige zorg vorm kan worden gegeven. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het volgende:
 - Medicatie of niet-farmacologische interventies
 - Actiepunten/behandeldoelen beschreven in het zorgleefplan en betrokkenheid van kerndisciplines
 - Opslag en op de hoogte brengen van wilsverklaringen en behandelbesluiten
 - Vastleggen en doorgeven van beslissingen omtrent reanimatie, ziekenhuisopname, voeding en vocht etc.
 - Voorbereiding voor het stervensproces (op het moment dat de bewoner de terminale/stervensfase ingaat). U kunt hiervoor bijvoorbeeld de procedure warm afscheid die is beschreven door zorgorganisatie Vivantes gebruiken (zie bijlage 4).
- Schenk aandacht aan het samenwerkingsproces hierbij. U kunt hiervoor de procesbeschrijving *Samen DEDICATED proactieve zorgplanning gebruiken* (<https://dedicatedwerkwijze.nl/materialen/>)
- *Plan regelmatig reflectie/evaluatie momenten in met betrokken zorgprofessionals, de bewoner, naasten of/en informele zorgverleners (voer de gesprekken 3-6 weken na de verhuizing)*

- Met regelmatig bedoelen wij één keer in de maand tijdens arts-, gedrags-/omgangsvisites en familiegesprekken en na elk MDO-overleg, maar is daarnaast wel afhankelijk van de gebeurtenissen of persoonlijke wensen zoals bijvoorbeeld het eerder of frequenter willen evalueren.
- Evalueer onderling als zorgprofessionals het proces 'samen beslissen' omtrent het verlenen van holistische zorg en bespreken van toekomstwensen.
 - Bespreek hierbij o.a. de volgende vragen:
 - *'Wordt mijn expertise en advies meegenomen in het nemen van beslissingen?'*
 - *'Zitten wij allemaal op één lijn als wij beslissingen nemen?'*
 - *'Worden de afspraken/adviezen die gemaakt of gegeven worden ook nagekomen? Zo nee, wat is de oorzaak hiervan en hoe kunnen we het nakomen van de afspraken/opvolgen van de adviezen verbeteren?'*
 - *'Gaan wij als betrokken zorgverleners op dezelfde manier om met de bewoner zoals die dat wenst? Zo nee, waar wat is de oorzaak hiervan en hoe kunnen we ervoor zorgen dat we een uniforme benadering toepassen hierbij?'*
 - *'Faciliteren wij betekenisvolle activiteiten voor de bewoner? Zo nee, wat is de oorzaak hiervan en hoe kunnen we dit vanaf nu wel doen?'*
 - *'Wat zouden wij in de samenwerking met elkaar kunnen verbeteren en hoe kunnen wij die verbetering bewerkstelligen?'* Documenteer deze verbeterpunten en kom erop terug tijdens het volgend reflectie moment.
 - U kunt hiervoor bijvoorbeeld de [Vragenlijst over de werking van een team](#), Bijlage 5. Vertaalde vragenlijst van Bronstein over samenwerking en [Quickscan](#) gebruiken.
- Evalueer als EVV'er^b van de bewoner, naasten of/en informele zorgverleners de samenwerking met elkaar en het zorgproces.
 - Bespreek hierbij o.a. de volgende vragen:
 - *'In welke mate voelt u zich gehoord?'*
 - *'In weke mate heeft u het gevoel dat wij uw wensen en voorkeuren in acht nemen?'*
 - *'In welke mate voelt u zich onderdeel van het leven van de bewoner?'* Waarom wel of niet?
 - *'In welke mate voelt u dat u een stem heeft bij het nemen van beslissingen?'*
 - *'Voelt u dat uw geliefde op de juiste plek zit? Zo ja, waarom? en Zo nee, waardoor komt het en wat kunnen wij hieraan doen?'*

- *‘Wat zouden wij in de samenwerking met u kunnen verbeteren en op welke manier ziet u dat voor zich?’* Documenteer deze verbeterpunten en kom erop terug tijdens het volgend reflectie moment.
- U kunt hiervoor bijvoorbeeld de [Checklist van Sting de Landelijke beroepsvereniging](#), de [Teamscan van V&CN](#) en [OPTION observatielijst](#) gebruiken.

Bijlage 1. Stappenplan bespreken MDO Zuyderland



Doel	Persoonsgerichte wijze van samenwerken rondom bewoners met complexe zorgvragen.
Waarom?	Op deze manier bewaken we dat het bewoners perspectief continu centraal staat.
Oplossing	Het 4-stappenplan. Om het bewustzijn van deze stappen te bevorderen adviseren we om de “placemat” op tafel te positioneren. Van zowel de voorzitter als de inbrenger wordt gevraagd deze stappen actief te volgen.
Resultaat	Afgesproken acties en het zorgplan sluiten niet goed aan bij de persoonlijke wensen en belangen van de bewoner.

Bijlage 2. Formulier interprofessioneel teamoverleg MDO Zuyderland

Het gezamenlijk bespreken van bewoners met complexe zorgvragen is niet altijd even eenvoudig. Om toch de bespreking zo efficiënt en persoonsgericht mogelijk te laten verlopen, is het belangrijk dat elke deelnemer van het MDO goed voorbereid is. Als hulpmiddel kan het “formulier Interprofessioneel teamoverleg” worden gebruikt.

Hoe werkt het?

1. Het teamlid dat een bewoner inbrengt ter bespreking (de inbrenger) achterhaald de doelen en wensen van de bewoner en vult het “formulier Interprofessioneel Teamoverleg” in. Dit mag ook (bij voorkeur) samen met de bewoner / familieleden worden ingevuld.
2. De inbrenger vraagt toestemming aan de bewoner om diens persoonlijke doelen en wensen in een interprofessioneel teamoverleg te mogen bespreken.
3. De inbrenger stuurt het ingevulde formulier een week voordat het interprofessioneel teamoverleg plaatsvindt naar de voorzitter.
4. De voorzitter verzamelt de formulieren van alle bewoners en verspreidt deze vervolgens onder de teamleden, ter voorbereiding op de bespreking. Het spreekt voor zich dat de overige teamleden vertrouwelijk omgaan met de informatie over de bewoner.
5. Tijdens het teamoverleg wordt het formulier als uitgangspunt gebruikt en worden op pagina twee uiteindelijk concrete (zorg)afspraken geformuleerd.

Waarom het formulier “Interprofessioneel Teamoverleg”?

- Tijdens de bespreking hoeft de situatie van de bewoner alleen nog maar kort te worden toegelicht. De andere teamleden kunnen eventueel nog informatie aanvullen. Op deze manier is de situatie vanaf het begin helder en kan efficiënt worden overlegd. Overigens lijkt het invullen van dit formulier op het eerste gezicht misschien veel werk, maar in de praktijk blijkt dit mee te vallen.

- Het doel van de bewoner en de vraagstelling zijn door het invullen van het formulier vanaf het begin van de bespreking voor iedereen helder. In Het team kan vervolgens gezamenlijk proberen het doel zo goed mogelijk te benaderen en de zorg daarop af te stemmen.

Tips:

- Probeer het doel van de bewoner en de hiervan afgeleide vraagstelling zo concreet mogelijk te beschrijven. Bijvoorbeeld: het doel van de bewoner is om weer zelfstandig naar de winkel te kunnen gaan. De afgeleide vraagstelling hiervan voor het team is: *“Hoe kunnen wij hierin ondersteunen?”*
- Beschrijf de situatie en achtergrond van de bewoner kort en bondig
- Vermeld alleen informatie die nodig is om het doel en de vraagstelling te kunnen bespreken

Formulier Interprofessioneel Teamoverleg

Datum overleg ...

Naam & geboortedatum bewoner ...

Naam inbrenger ...

Betrokken disciplines ...

Doel of vraag van de bewoner ...

Concrete vraag of reden van inbreng in het team

...

Achtergrondinformatie over de situatie van de bewoner

...

In kaart brengen van het functioneren van de bewoner

(op basis van kernwoorden Zorgleefplan Zuyderland)

Lichamelijk welbevinden en gezondheid (LW)

Lichamelijk functioneren (huidige klachten, medicatie, afspraken artsen / onderzoeken)

Geestelijk functioneren (cognitie, emotie, gedrag)

...

Participatie (PT)

Dagbesteding, sociaal leven, contact met de samenleving, hobby's, boodschappen doen, huishouden

...

Woon- en leefomstandigheden (WL)

Woonruimte (inrichting, opgeruimd en schoon), zich thuis voelen, veiligheid, dagritme, bewegingsmogelijkheden (meubilair gebruiksgemak)

...

Mentaal welbevinden

Ondersteuning eigen levensinvulling/identiteit (o.a. regie + voorkeuren), stemming, respect (o.a. aanspreekvorm), identiteit

...

Zorgafspraken

(Beschrijving van de gemaakte (zorg)afspraken)

Afspraak	Actiehouder	Tijdspad
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

8		
9		
10		

Bijlage 3. Warm welkom

Aanleiding

We willen nieuwe bewoners en mantelzorgers het gevoel geven dat ze welkom zijn en zorgen dat voor nieuwe bewoners de overgang van thuis naar Aelserhof zo prettig mogelijk verloopt.

Doelen

- Nieuwe bewoners en mantelzorgers voelen zich welkom en ervaren een prettige verhuizing naar Aelserhof.
- Nieuwe bewoners, mantelzorgers en zorgverleners maken met elkaar kennis.
- Nieuwe bewoners en mantelzorgers ervaren de ruimte om aan te geven wat voor hen belangrijk is en waar hun wensen en behoeften liggen.
- Nieuwe bewoners en mantelzorgers weten wat ze kunnen verwachten van medewerkers van Aelserhof en wie ze kunnen benaderen voor vragen.

Acties

1. Als er een nieuwe bewoner komt, dan stuurt de klantadviseur een mail met gegevens van de nieuwe bewoner naar de locatiemanager, VPO'er, DBC'er en desbetreffende afdeling.
2. VPO'er en dagverantwoordelijke bepalen samen wie de contactpersoon voor de nieuwe bewoner is. Ze kijken hierbij naar de behoefte van de nieuwe bewoner. Afhankelijk daarvan kan de contactpersoon zijn: EVV'er^b, DBC'er, verzorgende of helpende.
3. VPO'er en dagverantwoordelijke zorgen dat deze persoon (zoveel mogelijk) ingeroosterd is in de eerste week dat de nieuwe bewoner op Aelserhof is.
4. De contactpersoon heeft de volgende taken in de eerste week:
 - 4.1. Vangt op het afgesproken tijdstip de nieuwe bewoner en mantelzorgers op bij de ingang van Aelserhof.
 - 4.2. Laat de nieuwe bewoner en mantelzorgers kennismaken met de medebewoners, het personeel en vrijwilligers, afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van de bewoner. Niet te veel mensen tegelijk. Kennismaken kan gedurende de hele eerste week plaatsvinden.
 - 4.3. Wijst de nieuwe bewoner en mantelzorgers de weg op Aelserhof door een kleine rondleiding te verzorgen. Ook dit hoeft niet allemaal op dag 1 plaats te vinden en kan verspreid over de eerste week gebeuren. Het is altijd afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van de bewoner.
 - 4.4. Begeleidt de nieuwe bewoner bij alle maaltijden, helpt bij het voorstellen aan de tafelgenoten, totdat de bewoner zich thuis voelt.
 - 4.5. Biedt de mantelzorgers de mogelijkheid aan om op de eerste dag samen met bewoner te eten.
 - 4.6. Betreft de mantelzorgers bij alles wat er gebeurt met de bewoner.
 - 4.7. Geeft aan mantelzorgers aan dat zij mee kunnen (blijven) doen in de zorg en ondersteuning van de bewoner. Mantelzorgers kunnen zelf aangeven op welke manier ze dat willen doen. Een gesprek

hierover organiseert de contactpersoon met de bewoner en mantelzorger of mantelzorger alleen, in de vorm van een koffie-momentje.

5. Er komt een 'welkom-kaart' voor de nieuwe bewoner en mantelzorgers. Hierin is opgenomen: informatie over hoe het werkt in Aelserhof, een plattegrond van de locatie, dat de bewoner eigen spullen mag meenemen, of er een kapper / pedicure is, of iemand naar zijn eigen kapper / pedicure kan blijven gaan, etc. Informatie die de bewoner en mantelzorgers helpt om zich snel thuis te voelen op Aelserhof.

Welkomstblaadje voor de kamerdeur van de bewoner



Welkomstbox voor de bewoner, naasten en/of informele zorgverleners



Bijlage 4. Procedure warm afscheid (Vivantes)

Wij vinden het belangrijk dat de laatste levensfase, ongeacht hoe lang die duurt, naar wens van de bewoner en de mantelzorger verloopt. Net zoals bij het warm welkom willen we de mantelzorger ook actief betrekken, zeker als de bewoner zelf niet meer in staat is om zijn of haar wensen te uiten.

Tijdens elk MDO wordt door de arts het reanimatiebeleid besproken. Dit is een gelegenheid voor de EVV-er om kort het stuku palliatieve fase en de invulling daarvan te bespreken. De bewoner en/of mantelzorger kunnen hier dan over nadenken en op een later moment op terugkomen. In principe zal de EVV-er dat oppakken, maar natuurlijk kunnen andere collega's ook dit gesprek voeren. Tijdens dat gesprek krijgt bewoner en/of mantelzorger uitgebreid informatie over de mogelijkheden binnen de Aelserhof. Een greep hieruit: het waken van familieleden, de waakkoffer/troostkoffer, aromatherapie, een praatu met geestelijke verzorger, vrijwilligers palliatieve zorg, lantaarns bij de deur, realiseren laatste wens, opbaring en een laatste groet bij de uitgeleide. Uiteraard kunnen bewoners zelf ook specifieke wensen uiten.

De invulling en de wensen met betrekking tot de laatste fase worden gerapporteerd in het zorgplan en de levensdomeinen. De wensen kunnen in een eerder stadium al kenbaar zijn gemaakt, maar kunnen veranderen tijdens de laatste fase. Belangrijk is om elke keer opnieuw te rapporteren in het zorgplan en de levensdomeinen.

Als de laatste fase is aangebroken wordt er bij bewoner en mantelzorger gecheckt of de invulling van deze fase nog aansluiten bij de wensen. In deze fase is het belangrijk om mantelzorger en familie goed te blijven informeren en te ondersteunen waar nodig. Dit kan zijn het aanbieden van koffie en thee of een boterham of de mogelijkheid bespreken van waken en de brandende kaarsus in de lantaarns bij de deur. Het is vooral goed luisteren en observeren naar de behoeften van bewoner, mantelzorger en familie. In deze fase is het ook van belang om andere collega's binnen Aelserhof te informeren over het verwacht overlijden zodat bijvoorbeeld zorgondersteuners niet zomaar naar binnen komen lopen.

Als de bewoner is overleden wordt een roos aan de deur gehangen en lantaarns met brandende kaarsen bij de deur geplaatst. Dit blijft totdat de bewoner Aelserhof verlaat. Mantelzorger en familie hebben de mogelijkheid om samen met zorgmedewerker de bewoner te verzorgen. Op de afdeling is een herdenkingsplek gecreëerd, waar bij overlijden van bewoner, een kaarsu wordt gebrand, een roos staat en bij goedvinden van familie een overlijdensbericht wordt geplaatst. Op verzoek van bewoner, mantelzorger en familie kan de bewoner in Aelserhof worden opgebaard op hun eigen kamer. Naasten mogen bewoner komen bezoeken hoe vaak ze willen. Bij officiële momenten van afscheid zijn naasten aanwezig om dit te

begeleiden. Zoals we bewoner verwelkomen bij binnenkomst in Aelserhof, kunnen bij het verlaten van Aelserhof een erehaag vormen als laatste groet.

Palliatieve fase:

1. Tijdens het MDO vragen of de bewoner en/of familie heeft nagedacht over palliatieve zorg, terminale zorg en nazorg bij overlijden. Een levensfase gesprek aanbieden en de wensen die daar uit voort komen vastleggen in de levensdomeinen. Dit kan gekoppeld worden aan de vraag van arts naar beleid.
Handvaten voor levensfase gesprek zijn te vinden in map palliatieve zorg.
2. Inzetten van een vrijwilligster palliatieve zorg wanneer een bewoner achteruit gaat, niet pas de laatste dagen.
3. Wanneer de bewoners in de terminale fasen verkeerd zal de zorgmedewerker een mailtje sturen naar alle disciplines ter info.
4. Tijdens het waken worden lantaarns bij de deur gezet zodat voor iedereen duidelijk is dat een bewoners terminaal is en gewaakt wordt. Het waakkoffer/troostkoffer aanbieden en informeren of de behoefte bestaat om de geestelijk verzorger te benaderen. Alle benodigdheden zoals lantaarns en waakkoffer staan op kast bij de receptie. Procedure warm afscheid en aandachtspunten voor levensfase gesprek zijn te vinden in map palliatieve zorg en in afscheid box, die ook op kast receptie staat.

Bij overlijden:

5. Wanneer de behoefte bestaat kan familie samen met zorg medewerkers de overledene verzorgen. Luisterend oor en nazorg aan familie bieden.
6. Bij overleden bewoner komt een roos aan de deur te hangen. Wanneer de bewoner op de kamer is opgebaard blijven de lantaarns bij de deur staan totdat de bewoner naar buiten begeleid wordt. Op de afdeling is een herdenkingsplek waar bij overlijden van bewoner het kaarsu wordt aangemaakt en een condoleance wordt geplaatst. Kaars blijft branden tot na de begrafenis of crematie. Na de crematie of begrafenis wordt het bidprentje in glazen kast in de zaal gezet. Op verpleegafdeling wordt het bidprentje op daarvoor bestemd plankje in huiskamer B kant gezet.
7. Familie ontvangt een condoleance kaart (standaard kaart van Vivantes) met een persoonlijk gedicht. Daarnaast wordt met de hand een geschreven steunbetuiging op de kaart gezet. De zorgmedewerker verzorgt deze kaart en stuurt deze naar het huisadres van de eerste contactpersoon.
8. Verzorgende zal plaid met bloem overhandigen aan begrafenisondernemer om over de baar heen te leggen bij het verlaten van het huis. Indien bewoner op kamer wordt opgebaard kan de plaid met bloem op het bed gelegd worden.

9. Wanneer de bewoner wordt opgehaald door uitvaartmaatschappij zal de verzorgmedewerker tijdig laten weten aan alle collega's in huis hoe laat de bewoner het huis zal verlaten. Dan wordt beneden in de hal een erehaag gevormd als laatste groet. Bewoner wordt door de voordeur naar buiten begeleid.

Nazorg:

10. Familie informeren over mogelijkheid afsluitend gesprek met arts en/of zorg medewerker. Bij positieve afsluiting vragen om een recensie op zorgkaart Nederland te plaatsen, informeren over Adieu.
11. Wanneer een bewoner overlijdt wordt een aantekening gemaakt in de agenda dat 6 weken na overlijden de familie wordt gebeld. Een zorgmedewerker neemt contact op met familie om te informeren hoe het gaat en hoe de zorg in Aelserhof ervaren is. Hiervan wordt een verslag gemaakt in het dossier van de desbetreffende bewoner. Aandacht functionarissen palliatieve zorg bekijken iedere 3 maanden de evaluaties en inventariseren aandachtspunten. Deze aandachtspunten worden besproken in de teamoverleggen. Als u merkt dat er behoefte aan nazorg is kan u familie informeren over de mogelijkheid om contact op te nemen met het centrum voor levensvragen.

levensvragen@zuyderland.nl



Bijlage 5. Vertaalde vragenlijst van Bronstein over samenwerking

Vragen	Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Neutraal	Mee eens
1. Ik maak gebruik van de specifieke expertise van professionals van andere disciplines.				
2. Ik geef consequent feedback aan professionals van andere disciplines in mijn werkomgeving.				
3. Professionals vanuit andere disciplines in mijn werkomgeving werken samen met mij en mijn collega's voor verschillende taken.				
4. Samenwerking met professionals van andere disciplines is niet belangrijk voor mijn vak om met jeugdigen en/of ouders te werken.				
5. Mijn collega's van andere disciplines en ik communiceren zelden.				
6. De collega's van andere disciplines met wie ik werk, begrijpen het onderscheid tussen mijn rol en hun rol goed.				
*7. Ik communiceer schriftelijk naar mijn collega's van andere disciplines om de besproken/verbaal gedeelde informatie te bevestigen.				
8. Mijn collega's van andere disciplines verwijzen cliënten, naasten of studenten verkeerd door naar mij.				
9. Ik kan aangeven op welke terreinen mijn professionele rol zich onderscheidt met die van professionals uit andere disciplines met wie ik werk.				
10. Ik zie het als een deel van mijn professionele rol om anderen met wie ik werk te ondersteunen in hun rol.				
11. Mijn collega's van andere disciplines raadplegen mij vaak.				
*13. Ik maak gebruik van informele communicatie (sociaal netwerk of praten tijdens de lunchpauze) om te communiceren met mijn collega's van andere disciplines.				
14. Mijn collega's van andere disciplines behandelen mij niet als een gelijke.				
15. Mijn collega's van andere disciplines vinden dat zij hun werk niet even goed kunnen doen zonder de ondersteuning van andere professionals.				
*16. Het integreren van perspectieven van mijn collega's van andere disciplines zorgt ervoor dat ik beter de wensen van mijn cliënt kan nakomen.				
17. Uit het gezamenlijke werk van de verschillende disciplines binnen het CJG komen nieuwe onderscheidende programma's voort.				
18. Protocolen en werkafspraken weerspiegelen dat er samenwerking plaatsvindt tussen de verschillende disciplines.				
19. Er bestaan formele procedures om de dialoog tussen professionals van de verschillende disciplines te faciliteren (bijvoorbeeld in gestructureerde gezamenlijke overleggen of casusbesprekingen).				
20. Ik ben me er niet van bewust dat er op mijn afdeling of in mijn organisatie een project, task force of commissie is ontstaan vanuit gezamenlijke inspanning tussen de disciplines/organisaties.				

*21. Sommige overleggen op mijn afdeling of in mijn organisatie worden consequent georganiseerd door mijn collega's van andere disciplines.				
22. Werken met collega's uit andere disciplines leidt tot resultaten die we alleen als vakgenoten niet hadden kunnen bereiken.				
23. Uit mijn werk met collega's uit andere disciplines komen creatieve resultaten/uitkomsten voort die ik niet had kunnen voorspellen.				
24. Als het belangrijk is, ben ik bereid taken op te pakken die buiten mijn taakomschrijving vallen.				
*25. Ik ben niet bereid autonomie in te leveren om bij te dragen aan het gemeenschappelijk oplossen van problemen.				
26. Ik gebruik formele en informele manieren om met mijn collega's van andere disciplines problemen op te lossen.				
27. Mijn collega's van andere disciplines houden op een rigide wijze vast aan hun taakomschrijving.				
28. Mijn collega's van andere disciplines en ik werken op veel verschillende manieren met elkaar samen.				
*29. Relaties met mijn collega's blijven in stand ondanks veranderingen in mijn organisatie of externe omgeving.				
*30. Beslissingen over de behandelopties worden unaniem gemaakt door andere disciplines.				
32. Mijn collega's van andere disciplines zijn niet toegewijd/gemotiveerd om samen te werken.				
33. Mijn collega's van andere disciplines spannen zich met mij in om conflicten te exploreren en op te lossen.				
34. Wanneer collega's van verschillende disciplines samen beslissingen nemen onderzoeken ze gestructureerd verschillende oplossingsrichtingen/opties/alternatieven.				
35. Het contact met mijn collega's van andere disciplines vindt plaats in een klimaat waar ruimte/vrijheid is om van elkaar te verschillen en het oneens te zijn.				
36. Cliënten, naasten of studenten nemen deel aan interprofessionele overleggen die hen betreffen.				
37. Professionals van alle verschillende disciplines nemen verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van inhoudelijke werkwijzen en protocollen.				
38. Bij het implementeren van inhoudelijke werkwijzen en protocollen doen niet alle disciplines mee.				
39. Professionals van de verschillende disciplines zijn rechte doorzee als ze informatie delen met klanten cliënten, naasten of studenten.				
40. Mijn collega's van andere disciplines en ik bespreken regelmatig verschillende strategieën om onze werkrelatie te verbeteren.				
41. Mijn collega's van andere disciplines en ik spreken over manieren om andere professionals bij ons werk te betrekken.				
*42. Ik werk om een positief klimaat op onze afdeling of binnen onze organisatie te creëren.				
43. Mijn collega's van andere disciplines doen geen moeite om een positief klimaat te creëren binnen onze organisatie.				

44. Ik ben optimistisch over de mogelijkheden van mijn collega's van andere disciplines om met mij te werken aan het oplossen van problemen.				
45. Ik help mijn collega's om conflicten met andere professionals rechtstreeks bespreekbaar te maken.				
46. Als er belemmeringen zijn om succesvol samen te werken is het net zo waarschijnlijk dat mijn collega's van andere disciplines dit aan de orde stellen als dat ik het doe.				
47. Mijn van collega's andere disciplines en ik spreken over onze professionele overeenkomsten en verschillen, zoals onze rol, competenties en stereotypes.				
48. Mijn collega's van andere disciplines en ik evalueren ons werk niet samen.				
49. Ik bespreek samen met mijn collega's van andere disciplines in welke mate ieder van ons betrokken moet zijn bij een bepaalde casus.				

Colofon

De handreiking *Samen DEDICATED verhuizen* is een van de producten van het DEDICATED-project.

Dit project is gefinancierd door ZonMw binnen het programma *Palliantie. Meer dan Zorg*.

Deze handreiking en de daarop gebaseerde infographic *Samen DEDICATED verhuizen* is ontwikkeld door Chandni Khemai (eerste auteur), het promotieteam (Judith Meijers, Daisy Janssen en Jos Schols) en het dagelijks bestuur team van DEDICATED (Lara Dijkstra, Els Knapen, Sascha Bolt en Saskia Wolters). De vormgeving van deze handreiking en de infographic *Samen DEDICATED verhuizen* is uitgevoerd door Charlotte Grün. Daarnaast is deze handreiking en de infographic *Samen DEDICATED verhuizen* vertaald in het Engels door Irma Mujezinović.

Deze handreiking is tot stand gekomen op basis van literatuuronderzoek, bestaande praktische materialen en praktijkonderzoek d.m.v. bijeenkomsten met diverse partijen. De handreiking is na de ontwikkelfase ook beoordeeld en gereviseerd door reviewers. We willen hen voor hun bijdragen hartelijk danken.

Deelnemers van de bijeenkomsten:

- Ketenregisseurs: Judith Lansink (van Envida) en Inge Jochem (van MCC Omnes).
- Casemanagers dementie: Debby van Beers (Zuyderland), Grietje Quanjel (Cicero), Tessa Sprokel (Envida), Ingrid Wijnands (Envida) en Laura Waelen (Envida).
- Cliëntadviseurs uit een verpleeghuis: Cristel Lenssen (Vivantes), Ariëne Maas-Vossen (Zuyderland), Anouk Schroder (Envida) en Nicole Senden (Envida).
- Verpleegkundigen uit een verpleeghuis: Rianne Blonden (Zuyderland), Luca Welbergen (Vivantes), Chantal Verhesen (Zuyderland) en Loes Borghouts (Zuyderland).
- Wijkverpleegkundigen: Judith Janssen-Scholten (Envida), Linda Weijers (Zuyderland), Selma Lodeizen (Zuyderland), Julie Creuwels (Zuyderland), Saskia Krings (Zuyderland) Beau Tubée (Envida).
- Specialisten ouderengeneeskunde: Jos Schols (Envida) en Marjon Dresens (Envida).
- Huisartsen: Renate Bongers (huisartsenpraktijk Puth) en Miek Cornips (huisartsenpraktijk Cornips)
- Cliëntvertegenwoordigers: Katelijne van den Boorn, Dre Knols en Jori Wester.
- Onderwijsprofessionals: Sabine Pieters (Zuyd Hogeschool) en Nicole Gouverne (Roc Gilde opleidingen).

Reviewers:

- Onderzoekers: Jerome van Dongen (Zuyd Hogeschool), Hilde Verbeek (Maastricht Universiteit, vanuit het TRANS-SENIOR onderzoeksproject), Bram de Boer (Maastricht Universiteit, vanuit het TRANS-SENIOR onderzoeksproject) en Lindsay Groenvynk (Maastricht Universiteit, vanuit het TRANS-SENIOR onderzoeksproject).
- Ketenregisseurs: Judith Lansink (Envida) en Inge Jochem (MCC Omnes).
- Adviserend verpleegkundigen palliatieve zorg: Jolanda van Steenhoven (Meandergroep), Jolien Vogten (Zuyderland), Angelique Hornesch (Zuyderland), Marga Vossen (Stichting Land van Horne) en Carla Dillen-van Loon (Zuyderland).
- Cliëntvertegenwoordigers: Dre Knols (tevens oud-specialist ouderengeneeskunde) en Els Knapen (tevens coördinator Netwerk Palliatieve Zorg Westelijke Mijnstreek).

Voor meer informatie of vragen over deze handreiking en de infographic *Samen DEDICATED verhuizen* kunt u contact opnemen met de eerst auteur: Chandni Khemai (c.khemai@maastrichtuniversity.nl) of ckhemai@hotmail.com).

Partnerorganisaties

