



platform
dementie
noord-holland noord

Advies van de Projectgroep Warmer Welkom

aan het Platform Dementie NHN

- Juni 2013 -

Samenvatting 'Warmer Welkom'

Hoe verbeteren we de overgang van thuis naar verpleeghuis voor mensen met dementie?

Achtergrond

Door de mantelzorgers van mensen met dementie wordt al langer aangegeven dat zij verbeteringen willen in de overgang van thuis naar het verpleeghuis. Het platform dementie NHN besloot een verbetertraject aan te gaan en riep een werkgroep¹ in het leven. In deze samenvatting staan de uitgangspunten die de werkgroep van belang acht om de overgang naar het verpleeghuis te verbeteren. In dit advies is de ideale situatie beschreven, de situatie waar wij naar streven. Van belang is wel op te merken dat iedere cliënt en iedere situatie anders is. Afhankelijk van de wensen van de cliënt/mantelzorger en de complexiteit van de situatie worden meerdere partijen bij de verhuizing en overdracht betrokken. De cliënt en mantelzorger hebben bij de verhuizing de regie en de zorgverleners voegen zich (binnen mogelijke kaders) naar de wensen van de cliënt/mantelzorger.

Uitgangspunten bij de overgang van thuis naar verpleeghuis

1. Continuïteit in de begeleiding van mantelzorg:

De casemanager, de eerstverantwoordelijk verzorgende en overige hulpverleners geven samen vorm aan de overgang van thuis naar verpleeghuis. Zij begeleiden de cliënt en mantelzorger in dit proces: voorbereiding, daadwerkelijke verhuizing, rouw, acceptatie en het vinden van een plek nadien.

2. Aandacht voor de beleving van de mantelzorg en erkenning van hun rol:

Tijdens de verhuizing van de cliënt is er aandacht voor de rouw, het verdriet en voor het loslaten van de regie van de mantelzorger en krijgt deze emotionele begeleiding. De familiebegeleiding krijgt een vaste plek in het zorgproces in het verpleeghuis. De EVV heeft hierin een centrale rol.

3. Geleidelijke overgang van thuis naar verpleeghuis:

Het gezicht uit het verpleeghuis wordt vooraf geïntroduceerd en de casemanager neemt zorgvuldig afscheid van cliënt en mantelzorger.

Concrete actiepunten

1. De organisatie draagt de visie

Van cruciaal belang is dat de organisaties het belang van de aandacht voor familie/mantelzorger bij de verhuizing van de cliënt onderschrijven en deze visie uitdragen! De rol van de bestuurder en de directie in het dragen van de uitgangspunten is cruciaal voor het inrichten van het verhuisproces. Het is belangrijk dat zij dit faciliteren door scholing van de medewerkers en extra tijd die nodig is om de huisbezoeken uit te voeren.

2. Huisbezoek door eerstverantwoordelijk verzorgende

Het is van belang dat de cliënt en mantelzorger zich geleidelijk op de verhuizing voorbereiden. In de voorfase heeft de plaatsingscoördinator/ zorgbemiddeling een belangrijke rol. Zij zoeken naar een mogelijke match tussen de vraag van de cliënt en locatie, leggen het eerste contact en geven de informatiemap. Ook beheren zij de wachtlijst en houden contact met de cliënt/mantelzorger. Om de verhuizing nog beter voor te bereiden, bezoekt de eerstverantwoordelijk verzorgende de cliënt en/of mantelzorger thuis. Dit biedt de verzorgende de mogelijkheid om te zien hoe de thuissituatie van de cliënt is en kan zij deze ervaring

Leden van de werkgroep waren: Nel Teeuwisse en Fia Groot van Stichting Alzheimer, Jolanda Stronks en Fred Oosterhuis van Magentazorg, Annemiek Langedijk en Petra Pieterse van Omring, van Woonzorggroep Samen Tanja Zwirs, John de Jong en Diana de Boer en Cindy Brink en Els Rethans van Geriant. Jenny van Aert van Omring trad op als voorzitter.

meenemen in de zorg in het verpleeghuis. De cliënt en mantelzorgers maken kennis met de eerstverantwoordelijke verzorgende (met het verpleeghuis) en bespreken wat de aankomende verhuizing voor hem of haar betekent. Voor de mantelzorgers is dit een stap waarmee de verhuizing alvast concreter in de beleving wordt. De casemanager sluit aan bij dit gesprek. Voor dit gesprek is een standaard gespreksagenda. De EVV verwerkt het verslag en het omgangsadvies in het zorgdossier.

Zie bijlage 1+ 3: een leidraad voor gesprek met de mantelzorgers en het zorgplan

3. Aandacht voor de beleving van cliënt en de mantelzorgers op de verhuisdag:

De cliënt en de mantelzorgers worden warm en prettig ontvangen op de verhuisdag. Op deze dag of kort erna volgt een gezamenlijk gesprek met de cliënt en/of mantelzorgers, de eerstverantwoordelijke verzorgende en de casemanager. Op verzoek van de cliënt of mantelzorgers zijn hierbij nog andere hulpverleners uit de thuissituatie aanwezig. Tijdens dit gesprek wordt met name aandacht besteed aan het verhaal van de cliënt en de mantelzorgers. Voor dit gesprek wordt ter ondersteuning een gespreksagenda gebruikt. Ook de adviezen en het verslag van dit gesprek neemt de EVV op in het zorgdossier.

Zie bijlage 1+ 3 : een leidraad voor gesprek met de mantelzorgers en het zorgplan

4. Aandacht voor de beleving van de mantelzorgers: EVV is beschikbaar

De EVV is beschikbaar voor familie als aanspreekpunt, om zaken mee te delen en problemen te bespreken. De EVV krijgt hiervoor expliciet tijd.

De beschikbaarheid van de EVV is duidelijk voor de familie. Het verpleeghuis zorgt ervoor dat de familie weet wanneer de EVV aanwezig is.

5. Aandacht voor de beleving en erkenning van de rol van de mantelzorgers: de EVV en haar collega's hebben hiervoor voldoende vaardigheden

De EVV-en van de verpleeghuizen krijgen extra scholing en coaching om de familiebegeleiding proactief vorm te geven. Onderwerpen die bij hen aan bod komen in de scholing zijn: 'hoe raak je met mantelzorg in gesprek, wat is rouw en verlies bij mantelzorg, hoe betrek je mantelzorgers bij het zorgproces'. Daarnaast wordt de EVV in de dagelijkse praktijk gecoacht en gesteund in het omgaan met familie door hun leidinggevende of het maatschappelijk werk van het verpleeghuis. Ook de andere medewerkers van het verpleeghuis wordt een scholingsmoment aangeboden waarin ze wordt geleerd wat de verhuizing naar het verpleeghuis voor de mantelzorg betekent en hoe de mantelzorgers betrokken blijft bij de cliënt.

6. Een vaste plek voor de begeleiding+ rol van de mantelzorgers : de EVV is proactief

De EVV wacht niet af tot de familie contact met haar zoekt, maar zoekt zelf actief contact met de mantelzorgers. Dit is vooral van belang in de beginfase na de verhuizing. Daarnaast plant ze afhankelijk van de behoefte van de mantelzorgers, structureel een periodiek contact.

Zie bijlage 1+ 3: een leidraad voor gesprek met de mantelzorgers en het zorgplan

7. Een vaste plek voor de begeleiding van de mantelzorgers: familiebijeenkomsten

Iedere mantelzorgers heeft 4 maal per jaar de gelegenheid om een familiebijeenkomst te bezoeken. Deze bijeenkomst wordt door het verpleeghuis georganiseerd. Hierin kan het maatschappelijk werk of de psycholoog en evt. de geestelijke verzorgers van het verpleeghuis een goede rol hebben. Ook kan Alzheimer Nederland of Geriant hierbij worden betrokken.

Zie bijlage 2: familiebijeenkomsten

8. De casemanager houdt nog even contact en neemt zorgvuldig afscheid

Over het algemeen is de casemanager langdurig betrokken geweest bij de cliënt en familie in de thuissituatie. Daarom kan de casemanager de cliënt en mantelzorgers op verzoek nog tweemaal in het verpleeghuis bezoeken. Na twee weken is er een gezamenlijk gesprek met de mantelzorgers, de eerstverantwoordelijke verzorgende en de casemanager en bespreekt men de persoonlijke ervaringen van de mantelzorgers met de verhuizing en de gemaakte afspraken. Na 6 tot 8 weken kan er opnieuw een gesprek met de mantelzorgers, de eerste verantwoordelijke verzorgende en de casemanager zijn. In dit gesprek evalueert men de verhuizing en wordt het contact met Geriant, de cliënt en de mantelzorgers definitief afgesloten.

Advies 'Warmer Welkom'

Inleiding

Door de overgang van thuis naar het verpleeghuis beter te begeleiden hopen de organisaties in het Platform Dementie Noord-Holland-Noord² de ingrijpende periode rond de verhuizing voor de cliënt en de mantelzorger wat minder zwaar te maken. Het project concentreert zich op de periode vanaf het moment dat een cliënt met dementie op de wachtlijst voor een verpleeghuis staat, tot enkele weken na de verhuizing. Uit alle mogelijke knelpunten en problemen die zich in die periode kunnen voordoen, heeft de projectgroep er drie gekozen, die door mantelzorgers het meest worden genoemd. Het eerste gaat over de begeleiding en de informatievoorziening in de periode voorafgaand aan de verhuizing. Daarbij aansluitend: de overdracht van de zorg van de casemanager of de thuiszorg naar de verzorging in het verpleeghuis. Tenslotte: de begeleiding van de mantelzorgers, na de verhuizing.

Aan het project doen alle verpleeghuizen in Noord-Holland Noord behalve de locaties van Zorgcirkel mee. De projectgroep bestond uit medewerkers die direct betrokken zijn bij het verhuisproces en vertegenwoordigers van Alzheimer Nederland, die zelf vaak ook mantelzorger zijn geweest en de situatie aan den lijve hebben ondervonden.

De leden van de werkgroep waren:

Stichting Alzheimer :	Nelly Teeuwisse	
	Fia Groot	
Geriant	Cindy Brink	manager Geriant
	Els Rethans	manager Geriant
Magenta zorg:	Jolanda Stronks	matschappelijk werker
	Fred Oosterhuis	zorgmanager
Woonzorggroep Samen	Diana de Boer	Zorgmanager
	Tanja Zwirs	Evv
	John de Jong	
Omring	Annemiek Langedijk	plaatsingscoördinator
	Petra Pieterse	manager zorg en welzijn
Voorzitter	Jenny van Aert	beleidsadviseur Omring

Wij beschrijven in ons advies de ideale situatie, de situatie waar wij naar streven. Van belang is wel op te merken dat iedere cliënt en iedere situatie anders is. Het uitgangspunt blijft altijd de wens van de cliënt en de mantelzorger en hetgene dat het beste bij hen past.

Het proces binnen "Warmer Welkom" start als de cliënt in het bezit is van de indicatie. In de voorfase heeft de plaatsingscoördinator/ zorgbemiddeling een belangrijke rol in de voorbereidingen. De cliënt wordt aangemeld via Geriant, ziekenhuis, verzorgingshuis of wijkverpleegkundige. Het is mogelijk dat een cliënt zich wil oriënteren voordat de locatiekeuze wordt gemaakt. Plaatsingscoördinator/zorgbemiddeling zoekt naar een mogelijke match tussen de vraag van de cliënt en locatie. Zij legt het eerste contact, geeft informatie en advies eventueel een rondleiding en verzamelt informatie. Als de keuze voor de locatie duidelijk is geeft ze een informatiemap (locatiegebonden en algemene informatie) aan de cliënt of mantelzorger. Er is in deze fase nauw overleg met de mantelzorger, Geriant, wijkverpleegkundige of het verzorgingshuis. De plaatsingscoördinator /zorgbemiddelaar beheert de wachtlijst en houdt contact met de cliënt/mantelzorger, waarbij het belangrijk is te vragen naar de verwachtingen van de mantelzorger

² Deelnemers van Platform Dementie NHN zijn: Stichting Geriant, Alzheimer Nederland, Woonzorggroep Samen, Omring en Magenta zorg en nog heel veel meer organisaties!.

Onze conclusies

Voor cliënten en mantelzorgers is verhuizen naar een verpleeghuis een zeer ingrijpende gebeurtenis. Voor cliënten spreekt dit voor zich: een verhuizing uit de vertrouwde omgeving van thuis, terwijl de cliënt toch al zoveel houvast verliest door zijn ziekte. Maar ook voor de mantelzorger is verhuizing een ingrijpende gebeurtenis. Hij moet na een gezamenlijk traject van vaak jaren, de zorg voor zijn partner of familielid voor het grootste gedeelte overgeven aan anderen. Dit voelt als een groot verlies en niet zelden voelt de mantelzorger zich hier ook heel schuldig over. "Ik hield het niet langer vol".

In de thuissituatie was over het algemeen veel aandacht voor de mantelzorger. Hij werd begeleid door de casemanager. Op het moment dat de cliënt verhuist naar het verpleeghuis, wordt de zorg voor de cliënt overgedragen aan de medewerkers daar. De begeleiding van de mantelzorger stopt en de mantelzorgers hebben het gevoel te worden losgelaten en in een gat te vallen. Enerzijds valt de zorg voor de partner weg, anderzijds verliezen zij ook de houvast die zij hadden aan de begeleiding door de casemanager, de wijkverpleegkundige en de andere betrokken hulpverleners, zoals thuiszorg en dagbehandeling.

Het traject van thuis naar verpleeghuis moet dus uitermate zorgvuldig vorm gegeven worden. Heel veel aandacht voor cliënt en mantelzorger en continuïteit creëren in de begeleiding van de mantelzorger. Daarnaast is het ook essentieel dat de mantelzorger zelf kan bepalen wie ze wil betrekken bij het voortraject. Soms zal dat de casemanager zijn, maar ook andere hulpverleners kunnen op verzoek van de mantelzorger daarin een ondersteunende rol hebben.

De volgende uitgangspunten staan dan ook centraal in ons advies:

Continuïteit in de begeleiding van mantelzorg:

- De breuk tot in de begeleiding een minimum beperken
- Zoveel mogelijk dezelfde gezichten
- Een overdracht op basis van de wensen van de cliënt/mantelzorger, toegesneden op de complexiteit van de situatie en de urgentie van de opname. Geen dubbeling van informatie.
- Steeds een vast aanspreekpunt dat beschikbaar is in de persoon van de eerstverantwoordelijk verzorgende
- Een collegiale houding naar de mantelzorger (zien als medezorgverlener)
- Aandacht voor de rouw en het verdriet voor het loslaten van de regie van de mantelzorger.

Aandacht voor de beleving van de mantelzorg en erkenning van hun rol:

- Duidelijke visie van verpleeghuis van het belang van betrekken van mantelzorg bij overgang van thuis naar verpleeghuis
- Tijd en aandacht voor de mantelzorg tijdens het opnamegesprek, emotionele begeleiding
- Familiebegeleiding een vaste plek geven in het zorgproces in het verpleeghuis
- Familiecontactavonden introduceren
- Scholing van verzorgenden m.b.t. begeleiding mantelzorg/ familie

Geleidelijke overgang van thuis naar verpleeghuis:

- Voorafgaand aan de verhuizing zorgvuldig introduceren aanspreekpunt verpleeghuis door een thuisbezoek
- Na verhuizing rustig afscheid nemen van casemanager als vertrouwenspersoon

Continuïteit in de begeleiding van mantelzorg

Er is in de begeleiding van de mantelzorg bij de overgang van thuis naar verpleeghuis hoe dan ook een breuk, dat is niet te voorkomen. De zorg wordt overgedragen van de ambulante hulpverleners naar de medewerkers van het verpleeghuis. Deze breuk moet echter tot een minimum worden beperkt. Als de mantelzorger moet gaan wisselen van vertrouwenspersoon, laat dit dan slechts eenmaal gebeuren! Binnen het verpleeghuis is de vertrouwenspersoon voor de cliënt en mantelzorger de eerstverantwoordelijk verzorgende. Zij neemt het stokje over van de casemanager en dient dus een prominente rol te krijgen bij de overgang van de cliënt van thuis naar verpleeghuis en zo vroeg mogelijk in het proces te worden geïntroduceerd.

Zij is bij uitstek de persoon die de overgang van thuis naar verpleeghuis samen met de casemanager vorm geeft. Samen met de mantelzorger en de casemanager beoordeelt zij de complexiteit van de situatie en kiest hierbij de meest passende overdracht.

Na de verhuizing van de cliënt is zij de centrale persoon in de zorg rondom de cliënt en het aanspreekpunt voor de mantelzorger. Zij moet zichtbaar, aanwezig en beschikbaar zijn voor de mantelzorger en een intensief contact met de mantelzorger opbouwen en onderhouden. Zij geeft de mantelzorger ondersteuning en begeleiding bij het proces dat zij doormaken met hun partner of familielid en houdt ze nauwgezet op de hoogte.

Aandacht voor de beleving van de mantelzorg en erkenning van hun rol:

Tijdens de overgang van thuis naar verpleeghuis moet er oog zijn voor de mantelzorger! Enerzijds omdat dit een zeer ingrijpend moment is voor de mantelzorger dat emotionele begeleiding van de betrokken hulpverleners vraagt. Anderzijds omdat de mantelzorger dé informatiebron over de cliënt is! Juist als dementie de identiteit bedreigt, kan de verzorgende de cliënt versterken door hem en zijn verhaal te kennen (wie bent u nu? wie was u vroeger? En welke betekenis wilt u hebben en kunt u geven?) En de mantelzorger is de toegang tot deze informatie! Rondom de verhuizing naar het verpleeghuis moeten allerlei administratieve en praktische zaken worden afgehandeld (indicaties, overeenkomsten, afspraken over de was, etc.). Deze zaken moeten echter niet aan bod komen op de verhuisdag zelf, wanneer er vanuit de mantelzorger juist behoefte is aan emotionele ondersteuning en het vertellen van het verhaal. Voor deze zaken moet een alternatief moment worden gerealiseerd.

Het verhuisgesprek zelf moet zorgvuldig worden vormgegeven en de mantelzorger moet zijn welverdiende status krijgen tijdens dit gesprek. Bij voorkeur wordt het opnamegesprek dan ook gedaan met drie partijen: de mantelzorger (en zo mogelijk de cliënt), de casemanager en de eerstverantwoordelijk verzorgende. Bij voorkeur schuift de arts van het verpleeghuis bij dit gesprek aan.

Ook na het moment van verhuizen moet de beleving van de mantelzorger blijvend aandacht krijgen. De eerstverantwoordelijk verzorgende is bij uitstek de persoon die hiervoor verantwoordelijk is. Zij zorgt er ook voor dat de begeleiding en de rol van de familie een plek krijgt in het zorgproces en het zorgplan van de cliënt. Zij plant structureel een periodiek contact met de familie/mantelzorger.

Een goede ondersteuning van de mantelzorgbegeleiding is het periodiek organiseren van familiebijeenkomsten. Tijdens deze bijeenkomsten krijgen de mantelzorgers de gelegenheid om hun verhaal te vertellen en hun vragen te stellen over hun partner of familielid en de dagelijkse gang van zaken in het verpleeghuis te bespreken.

Verzorgenden van het verpleeghuis hebben nauwelijks ervaring om oog te hebben voor de impact van de verhuizing voor de familie. De cliënt staat tenslotte centraal. Het vergt voor sommigen een hele omslag in attitude om hier meer oog voor te krijgen en een hele verandering om dit ook te integreren in het dagelijks werk. Het is dus van belang dat verzorgenden hierin worden begeleid door middel van scholing en coaching.

Geleidelijke overgang van thuis naar verpleeghuis

De verhuizing naar het verpleeghuis komt voor familie altijd te snel en wordt vaak als abrupt ervaren. Ook al staat een cliënt al heel lang op de wachtlijst, als het moment daar is, moet er snel worden toegezegd en volgt verhuizingmeestal binnen een paar dagen.

Hoe kun je de mantelzorger er toch op voorbereiden en wederom de breuk in de mantelzorgondersteuning minimaliseren?

Het is van belang dat de verhuizing naar het verpleeghuis geleidelijk wordt geïntroduceerd. Cliënt en mantelzorger worden uitgenodigd om voor de verhuizing een kennismakingsbezoek te brengen aan het verpleeghuis.

Daarnaast bezoekt de eerstverantwoordelijk verzorgende de cliënt thuis zo vroeg als mogelijk voorafgaand aan de opname. Enerzijds kan zij kennis maken met de (cliënt) en mantelzorger, zichzelf introduceren en bespreken met de mantelzorger wat de aankomende verhuizing voor hem of haar betekent, anderzijds is het voor de verzorgende de mogelijkheid om te zien hoe de thuissituatie van de cliënt is en deze ervaring meenemen in de zorg in het verpleeghuis. Voor de mantelzorger is dit een stap waarmee de verhuizing alvast verder geïntroduceerd en concreter in de beleving wordt. De casemanager sluit aan bij dit gesprek.

Wanneer de verhuizing naar het verpleeghuis achter de rug is, is het belangrijk dat het contact met de casemanager zorgvuldig wordt afgesloten. Om die reden is er nog tweemaal contact met de casemanager na de verhuizing.

Na twee weken is een gezamenlijk gesprek met de mantelzorger, de eerstverantwoordelijk verzorgende en de casemanager en bespreekt men de persoonlijke ervaringen van de mantelzorger met de verhuizing en de gemaakte afspraken.

Na 6 tot 8 weken kan er opnieuw een gesprek met de mantelzorger, de eerste verantwoordelijk verzorgende en de casemanager gepland worden. In dit gesprek evalueert men de verhuizing en wordt het contact met Geriant, de cliënt en de mantelzorger definitief afgesloten.

Actiepunten

Wat verandert er in de praktijk?

- De verhuizing en overdracht worden op maat vorm gegeven: de wensen van de cliënt en de mantelzorger zijn hierbij leidend.
- De eerstverantwoordelijk verpleegkundige bezoekt voorafgaand aan de verhuizing de cliënt thuis en de casemanager is hierbij aanwezig. Met de mantelzorger wordt gesproken over de omgang met de cliënt, levensloop van de cliënt en diens gewoonten. Tevens zijn de verwachtingen en de mogelijkheden om na de verhuizing nog betrokken te blijven bij cliënt en de zorg onderwerp van gesprek;
- Voorafgaand aan de verhuizing worden administratieve en praktische zaken geregeld door de plaatsingscoördinator of zorgbemiddeling van het verpleeghuis. Tevens krijgt de mantelzorger goede schriftelijke informatie over het verpleeghuis (dagelijkse gang van zaken, contactgegevens, belangrijke praktische informatie, etc.);
- Tijdens het opnamegesprek is de eerstverantwoordelijk verzorgende en de casemanager aanwezig. Tijdens dit gesprek wordt met name aandacht besteed aan het verhaal van de cliënt en de mantelzorger. Voor dit gesprek wordt ter ondersteuning een gespreksagenda gebruikt, een format;
- Afhankelijk van de wensen van de cliënt/mantelzorger en de complexiteit van de situatie worden meerdere partijen bij de verhuizing en overdracht betrokken: thuiszorg, dagbehandeling, TOP-zorg, DOC-centrum;
- Alle medewerkers in het verpleeghuis worden geschoold over het onderwerp 'rol van mantelzorg en vormgeven mantelzorgcontact'. Hierbij wordt met name geïnvesteerd in de eerstverantwoordelijk verzorgenden. Onderwerpen die bij hen aan bod komen in de scholing zijn: 'hoe raak je met mantelzorg in gesprek, wat is rouw en verlies bij

mantelzorg, hoe betrek je mantelzorgers bij het zorgproces'. Geriant kan op onderdelen een passende scholing aanbieden.

- Eerstverantwoordelijk verzorgenden zijn zichtbaar, aanwezig en beschikbaar voor de mantelzorger en geven dit op proactieve wijze vorm. Dat houdt enerzijds in dat zij actief contact zoeken met de mantelzorger. In de beginfase zoeken zij frequent contact met de mantelzorger en wachten niet af tot de mantelzorger contact zoekt. Zij zijn afhankelijk van de situatie van de cliënt structureel een periodiek contact met de familie/mantelzorger. Anderzijds dienen zij bereikbaar te zijn op gebruikelijke tijden. Dit heeft consequenties voor de roostering van eerstverantwoordelijk verzorgenden. Hetzelfde geldt overigens wanneer zij in de gelegenheid moeten worden gesteld om vooraf thuisbezoeken te gaan doen;
- In het zorgplan is mantelzorgbegeleiding een expliciet onderwerp: hoe beleeft de mantelzorger de opname, welke rol willen zij spelen in het verpleeghuis. Met de mantelzorg wordt dan ook besproken hoe ze hun aanwezigheid in het verpleeghuis willen vormgeven;
- In het verpleeghuis wordt lotgenotencontact georganiseerd, bijvoorbeeld in de vorm van mantelzorgcontactavonden. Hierin zou het maatschappelijk werk of de psycholoog en evt. geestelijk begeleider van het verpleeghuis een goede rol kunnen hebben. Ook kan Alzheimer Nederland of Geriant hierbij worden betrokken;
- De casemanager blijft de eerste periode in het verpleeghuis betrokken bij de cliënt en mantelzorger in de zin dat hij nog tweemaal samen met cliënt, mantelzorger en eerstverantwoordelijk verzorgende de verhuizing naar het verpleeghuis evalueert. Daarna sluit de casemanager het contact af.

Tenslotte

We beschrijven in ons advies de ideale situatie, de situatie waar wij naar streven. Van belang is wel op te merken dat iedere cliënt en iedere situatie anders is. Van ons advies kan daarom altijd geargumenteed afgeweken worden. Het uitgangspunt van ons advies blijft altijd de wens van de cliënt en de mantelzorger en hetgeen dat het beste bij hen past.

Commitment van de organisatie

Bij de implementatie van het plan "Warmer Welkom" is het van groot belang dat de aandacht niet alleen gaat naar de EVV. Zij hebben weliswaar een belangrijke rol bij de implementatie, maar het effect zal veel groter zijn als de organisatie deze visie uitdraagt en steunt. Dit vraagt dan ook commitment van alle organisatieonderdelen en functies, zoals leidinggevenden, arts, psycholoog. Maar ook bijvoorbeeld zorgassistenten en activiteitenbegeleiders moeten het beleid kennen en het belang van de rol van de familie.

Scholing en deskundigheidsbevordering

Het project Warmer Welkom doet een ander beroep op vooral de gespreksvaardigheden van de EVV. Dit vraagt deskundigheidsbevordering. Het centrale thema hierbij is: omgaan met rouw en verlies. Onderwerpen die in de scholing aan bod komen zijn: in gesprek raken met mantelzorgers, rouw en verlies bij dementie, omgaan met vragen en klachten van mantelzorgers. Leren van elkaar speelt hierbij een belangrijke rol.

Bij aanvang van het project zullen de EVV'en moeten groeien in deze rol. Naast scholing is daarvoor coaching en begeleiding nodig, bijvoorbeeld in de vorm van intervisie. Hiervoor is een rol weggelegd voor de afdeling opleiden/maatschappelijk werk van de organisatie. Ook kunnen EVV'en voor advies of directe steun bij het begeleiden van familie bij de collega's /teamcoach terecht. Een onderdeel van de scholing kan zijn dat de EVV mee op huisbezoek gaat met de casemanager.

De EVV heeft bij de implementatie van het project een grote rol. Ook voor andere medewerkers en vrijwilligers zijn de veranderingen merkbaar. Scholing over de rol van familie in het verpleeghuis is voor deze groepen van belang. Onderwerpen die bij de scholing aan bod komen zijn bejegening, betrekken van familie bij de zorgverlening, omgaan met rouw en verlies bij familie. Deze deskundigheidsbevordering kan vorm gegeven worden in voorlichtingsbijeenkomsten en workshop, waarbij de vaardigheden geoefend worden. Met bijvoorbeeld het mantelzorgspel krijgen medewerkers meer kennis over mantelzorg en hoe ze mantelzorgers goed kunnen ondersteunen. Ook het plannen van intervisies en werkoverleggen met als onderwerp mantelzorg, kan een goede

aanvulling zijn om de bewustwording bij medewerkers tot stand te brengen. Hierbij zou een mantelzorger uitgenodigd kunnen worden om zijn ervaring te vertellen. Geriant kan deze scholing bieden, ook kan de scholing aansluiten bij de vervolg scholing: miscommunicatie

Huisbezoeken door EVV en bereikbaarheid.

De eerstverantwoordelijk verzorgende bezoekt de cliënt thuis zo vroeg als mogelijk voorafgaand aan de opname. Zij kan kennis maken met de cliënt en mantelzorger, zichzelf introduceren en bespreken met de mantelzorger wat de aankomende verhuizing voor hem of haar betekent. Tevens is het voor de verzorgende de mogelijkheid om te zien hoe de thuissituatie van de cliënt is en deze ervaring meenemen in de zorg in het verpleeghuis. Voor de mantelzorger is dit een stap waarmee de verhuizing alvast verder geïntroduceerd en concreter in de beleving wordt. De mantelzorger wil graag weten wanneer de EVV bereikbaar en beschikbaar is, hiervoor is een planningsbord met foto's en aan en afwezigheid van de medewerkers in de /woongroep/ afdelingsgang een praktische oplossing. De planning zou echter ook voor de mantelzorg thuis beschikbaar moeten zijn. Dat pleit ervoor om deze bijvoorbeeld ook digitaal beschikbaar te maken.

Informatie aan cliënt en mantelzorger

Het is voor de cliënt en mantelzorger van essentieel belang dat ze de op het juiste moment de juiste informatie krijgen over het verpleeghuis. Dit betreft informatie over dagelijkse gang van zaken, contactgegevens, belangrijke praktische informatie, maar ook toelichting over de leveringsvoorwaarden, dienstverlening en tarieven etc. Binnen de deelnemende organisaties spreekt men af over wie op welk moment welke informatie verstrekt ;

Zorgplan aanpassen op onderwerp mantelzorg

Als in het zorgplan het onderwerp mantelzorg niet is opgenomen, dan is een aanpassing van het zorgplan wenselijk.

Bijlage 1

Leidraad voor het gesprek met de mantelzorg

Huisbezoek

In het huisbezoek komt de EVV kennis maken met de cliënt en mantelzorg met de volgende doelen:

- De cliënt en mantelzorg zien alvast hun vaste gezicht in het verpleeghuis
- De EVV ontmoet alvast de cliënt en mantelzorg
- De EVV ziet de thuissituatie van de cliënt
- Verwachtingen van de verhuizing in het verpleeghuis worden besproken

Vooraf aan het huisbezoek wordt met de casemanager en/of overige hulpverleners overlegd in welke samenstelling het huisbezoek plaatsvindt. Soms is het beter om de cliënt hier niet bij aanwezig te laten zijn, omdat het veel onrust veroorzaakt bij de cliënt.

De gang van zaken bij het huisbezoek is als volgt:

1. De EVV stelt zich voor en vertelt iets over zijn rol in het verpleeghuis
2. De EVV en casemanager bespreken de volgende items met de cliënt en mantelzorg:
 - Wat betekent de verhuizing voor de cliënt en de mantelzorg? Met welk gevoel kijken zij hiernaar uit?
 - Welk beeld hebben de cliënt en mantelzorg bij de opname, wat zijn hun verwachtingen?
 - Wie is de cliënt, wat is zijn levensloop, wat zijn zijn gewoontes?
 - Hoe gaan cliënt en mantelzorg met elkaar om? Wat vindt de cliënt prettig?
 - Heeft de mantelzorg al nagedacht op welke manier hij betrokken wil blijven bij de cliënt in het verpleeghuis? (Zet de mantelzorg alvast een klein beetje aan tot nadenken, geef aan dat er mogelijkheden zijn om betrokken te blijven).

De verhuizing

Bij de verhuizing is tijd en aandacht voor cliënt en mantelzorg. Contracten en praktische zaken worden op een ander moment geregeld.

De volgende zaken komen aan bod:

- Wie is de cliënt, wat is zijn levensloop, wat zijn zijn gewoontes, wat vindt de cliënt prettig?
- Wat betekent de verhuizing voor de cliënt en de mantelzorg?
- Hoe is de mantelzorg in de thuissituatie betrokken geweest?
- Hoe beleeft de mantelzorg de verhuizing: denk aan zaken als schuldgevoel, verlies, verdriet, machteloosheid, opluchting, reactie omgeving
- Hoe is de periode voor de verhuizing verlopen? Hoe is de belasting geweest? Welke zorg heeft de mantelzorg in de thuissituatie gegeven?
- Hoe nu verder? Hoe wil de mantelzorg betrokken zijn in het verpleeghuis bij de bewoner?
- Waar kan de mantelzorg nu met zijn verhaal terecht?

6-wekelijks contact mantelzorg en EVV

In het 6-wekelijkse contact komen dezelfde items aan bod als tijdens het gesprek van de verhuizing, namelijk:

- Wie is de cliënt, wat is zijn levensloop, wat zijn zijn gewoontes, wat vindt de cliënt prettig?
- Wat betekent de verhuizing voor de cliënt en de mantelzorg?
- Hoe is de mantelzorg in de thuissituatie betrokken geweest?
- Hoe beleeft de mantelzorg de opname: denk aan zaken als schuldgevoel, verlies, verdriet, machteloosheid, opluchting, reactie omgeving
- Hoe is de periode voor verhuizing verlopen? Hoe is de belasting geweest? Welke zorg heeft de mantelzorg in de thuissituatie gegeven?
- Hoe nu verder? Hoe wil de mantelzorg betrokken zijn in het verpleeghuis bij de bewoner?
- Waar kan de mantelzorg nu met zijn verhaal terecht?

Daarnaast komen de volgende zaken ook aan de orde:

- Is de mantelzorg tevreden over de zorg?
- Hoe gaat het nu met de cliënt/bewoner?
- Hoe gaat het nu met de mantelzorg?
- Is de mantelzorg tevreden met zijn rol en plek in het verpleeghuis.

Bijlage 2

Familiebijeenkomsten

Doelgroep en doelstelling

De gespreksbijeenkomsten richten zich op mantelzorgers, die als partner, kind of familielid betrokken zijn bij de zorg voor een bewoner van het verpleeghuis.

De algemene doelstelling van de gespreksbijeenkomsten is dat de mantelzorgers beter in staat zijn om vorm en inhoud te geven aan de zorg en begeleiding die zij bieden en uiting geven aan hoe zij de verhuizing van de cliënt in het verpleeghuis ervaren. Het verminderen van de ervaren belasting en het bevorderen van gezondheid en welbevinden staat daarbij centraal.

De deelnemers hebben met elkaar gemeen, dat zij betrokken zijn bij de zorg voor een bewoner van het verpleeghuis. Ervaringen voortkomend van de verhuizing naar het verpleeghuis kunnen tijdens de bijeenkomsten ingebracht worden. Dit kan een bijdrage leveren aan de verwerking van deze intense periode.

Dementie en de verhuizing naar het verpleeghuis leveren veel vragen op:

- Wat is er aan de hand?
- Hoe kan ik met alle veranderingen omgaan?
- Ik voel mij schuldig.....
- Ik weet niet precies hoe ik het bezoek aan mijn partner/ouder vorm kan geven.
- Hoe kan ik reageren op andere bewoners?

Onderwerpen die aan bod komen zijn:

- Meer kennis over en inzicht in de ziekte dementie en de gevolgen hiervan voor het dagelijks leven.
- In gesprek raken met een dementerende
- Omgaan met veranderend gedrag
- Gevoelens van belasting herkennen en hier mee omgaan.
- Bekendheid met (de gang van zaken) in het verpleeghuis
- In gesprek raken met lotgenoten over de verhuizing in het verpleeghuis
- Ervaringen in het verpleeghuis

Resultaten

- Tenminste van de helft van de opgenomen bewoners nemen mantelzorgers deel aan de gespreksavonden.
- Iedere bijeenkomst wordt afgesloten met een mondelinge evaluatie: "Wat heeft deze avond u opgeleverd? "
- De EVV informeert in individuele contacten naar ervaringen van gespreksavonden

Uitnodigen

- Mantelzorgers krijgen een persoonlijke, schriftelijke uitnodiging en een overzicht met de data van de contactavonden.
- Mantelzorgers die niet kunnen deelnemen aan de gespreksavonden worden verwezen voor verdere behandeling/begeleiding:
 - Lotgenotencontact Alzheimer Nederland
 - Alzheimer café
 - Overige

Agenda voor de bijeenkomst

- Ontvangst (inclusief naamkaartjes)
- Kennismaking
- Gezamenlijk onderwerp bepalen
- Delen van ervaringen, psycho-educatie, omgaan met verlies
- Afsluiting en evaluatie

Bijlage 3

Het zorgplan

Mantelzorg is een vast onderdeel van het zorgplan en ziet er als volgt uit:

Beschrijving van de mantelzorg

- Wie is de mantelzorger: naam, contactgegevens, relatie tot de bewoner
- Hoe is de mantelzorger in de thuissituatie betrokken geweest?
- Hoe beleeft de mantelzorger de opname: denk aan zaken als schuldgevoel, verlies, verdriet, machteloosheid, opluchting, reactie omgeving
- Hoe is de periode voor verhuizing verlopen? Hoe is de belasting geweest? Welke zorg heeft de mantelzorger in de thuissituatie gegeven?
- Hoe nu verder? Hoe wil de mantelzorger betrokken zijn in het verpleeghuis bij de bewoner?
- Waar kan de mantelzorger nu met zijn verhaal terecht?

Doelstelling/Resultaat

- De mantelzorger kan ook in het verpleeghuis de relatie met zijn familielid vormgeven
- De mantelzorger kan zijn gevoelens van belasting bespreken en wordt hierbij geholpen

Acties/Interventies

- De mantelzorger heeft regelmatig, maar op basis van de behoefte een gesprek met de EVV
- De EVV informeert de mantelzorger bij veranderingen
- *Beschrijf de rol van de mantelzorger in het verpleeghuis en bij de zorg voor zijn familielid (hoe vaak komt de mantelzorger langs, welke activiteiten onderneemt de mantelzorger met de bewoner, wil de mantelzorger een rol spelen in de zorg voor de bewoner en hoe)*
- In ieder gesprek met de mantelzorger komen de onderwerpen rouw, verlies en veranderend leven aan bod
- De EVV bespreekt hoe de mantelzorger het leven thuis (weer) vorm geeft