



September 2018

Slotbeschouwing VitaDem

Ons doel was een nieuwe benadering te ontwerpen en te implementeren voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers zodat mensen met dementie langer thuis konden blijven wonen. Met gebruik van wetenschappelijke inzichten en in nauwe samenwerking met de praktijk ontwierpen we een integrale, behoeftegestuurde, multicomponent, op maat voor het koppel aangepaste benadering met zes stappen: behoefte-inventarisatie, doelbepaling, case conference, adviesgesprek, inzet van interventie(s) en evaluatie. Deze benadering is ontwikkeld, uitgevoerd en geëvalueerd in Capelle en Krimpen aan den IJssel samen met professionals van De Zellingen en Leliezorggroep en met Alzheimer Nederland afd. Rotterdam.

Het *integrale* aspect betrof een nauwe samenwerking tussen casemanager, ergotherapeut en fysiotherapeut. De ergotherapeut werd gemakkelijk ingeschakeld voor observatie en advies en ook voor de Edomah-interventie. Ook buiten het VitaDem-project gingen de casemanagers de ergotherapeut vaker inschakelen. De fysiotherapeut gaf advies en werd soms ingeschakeld voor een langduriger interventie gericht op functiebehoud van de mantelzorger. Op het eind is ook het welzijnswerk uitgenodigd bij de case conference.

De benadering bleek geschikt om de omslag te maken van probleemgestuurd naar *behoeftegestuurd* werken. Naast training vooraf in behoefte-inventarisatie en doelformulering was ook training tijdens het project en tijdens de case conference nodig. De behoeftegestuurde benadering bleek geschikt voor preventieve interventies gericht op functiebehoud en participatie, vooral bij koppels die nog niet veel problemen hadden en waarbij de mantelzorger nog niet erg overbelast was. In het adviesgesprek bleek een zorgvuldige gemeenschappelijke besluitvorming van belang. Koppels hadden soms geen behoefte aan preventieve interventies gericht op functiebehoud. De nadruk op aansluiten bij behoeften leek dan strijdig met mensen motiveren tot interventies.

De behandeling en begeleiding bestond uit *meerdere componenten*: het creatieve denkproces in de case conferences werkte goed om verschillende componenten voor begeleiding te bedenken. Er zijn suggesties gedaan op uiteenlopende gebieden van zorg en welzijn. Bij de keuze voor de uit te voeren interventie was sprake van selectie door professionals met mogelijk een lichte voorkeur voor bekende interventies, maar ook door koppels. Zij kozen bv niet zo snel voor de inzet van hun sociaal netwerk of de inzet van technologie.

Interventies Op maat aanbieden: Omdat in de case conference uitgebreid bij het koppel en hun omstandigheden werd stilgestaan, was het in principe mogelijk interventies op maat aan te bieden. Aangezien mantelzorgers de zorg meestal tot aan het eind van hun kunnen volhouden hebben we bij de start van het project domeinen vastgesteld waarop mogelijk nog winst zou zijn te behalen: meer zelfredzaamheid voor mensen met dementie, functiebehoud en vitaliteit voor mantelzorgers, inzet van het sociaal netwerk en dementievriendelijker maken van de omgeving

Met betrekking tot *verhogen van zelfredzaamheid van mensen met dementie*: het gaat vooral om zelfstandig thuis kunnen blijven en zelfstandig naar buiten kunnen gaan, niet zozeer om zelfredzaamheid met betrekking tot ADL. Hierbij werden de mensen met dementie door hun partner als vanzelfsprekend geholpen. Ook de meeste partners vroegen hier geen hulp bij. De winst viel

voornamelijk te halen bij het (blijven) uitvoeren van activiteiten en daarmee op meer kwaliteit van leven.

Met betrekking tot *vergroten van vitaliteit van mantelzorgers*: het ging de mantelzorgers vooral om vrije tijd die ze eigenlijk helemaal niet meer hadden, maar ook om met een gerust hart en een onbezorgd gevoel leuke dingen voor zichzelf te kunnen doen. Mantelzorgers die ook lichamelijke beperkingen hadden wilde dat ze daar minder last van hadden. Overigens hadden velen ook weinig energie om daarmee aan de slag te gaan. Vergroten van vitaliteit lukte het best als het preventief aangepakt werd door mantelzorgers in staat te stellen hun eigen bezigheden te kunnen blijven doen en hun contacten te kunnen blijven onderhouden. Als ze eenmaal lichamelijk of geestelijk overbelast zijn, hebben ze ook weinig energie om hierin verbetering aan te brengen. Respijtzorg werd dan gebruikt om uit te rusten. Met betrekking tot *sociale inclusie, uitbreiden van het sociaal netwerk*: de meeste koppels die iets met het sociaal netwerk wilden, hadden behoefte aan contact en gezelligheid, niet aan uitbreiding of inzet van het sociaal netwerk voor praktische ondersteuning. Bij de mensen met dementie was deze behoefte vooral impliciet: zij haalden herinneringen op aan tijden waarin zij nog veel contacten hadden met anderen (collega's, vrienden en familie). Mantelzorgers gaven aan dat ze behoefte hadden aan emotionele steun vanuit hun netwerk. Winst door inzet van het sociaal netwerk lukte vooral in situaties waar de nood hoog was, maar er waren ook casussen waar kinderen of kleinkinderen regelmatig praktische hulp gingen bieden..

Met betrekking tot *sociale inclusie, bevorderen van participatie*: zowel de mensen met dementie als de mantelzorgers gaven aan dat ze behoefte hadden aan activiteiten buitenshuis. Ook wilden ze samen weer activiteiten ondernemen of uitstapjes maken zoals ze vroeger deden. Juist op het punt van dementievriendelijk maken van voorzieningen in de wijk lijkt nog veel winst te behalen, zodat tegemoet gekomen kan worden aan de behoefte van mensen met dementie en mantelzorgers aan participatie. Het bleek moeilijk om geschikte vrijwilligers te vinden die mensen met dementie thuis wilden en konden bezoeken. Zowel professionals als de koppels waren terughoudend in het gebruik van technologie.

Aanbevelingen

Het is belangrijk voor de implementatie van de integrale benadering dat de benadering samen met de professionals ingepast wordt in de huidige werkwijze van de zorginstellingen.

Tijd voor het uitvoeren van de benadering en voor training in de verschillende stappen is noodzakelijk. Dat betekent een enthousiaste en stimulerende houding van het management. De case conference is een goede plek om elementen uit de training 'on the job' te herhalen.

Voortdurend moet aandacht besteed worden aan interprofessionele samenwerking. Aanvankelijk door kennis te maken met elkaars werk en mogelijkheden om bij te dragen aan goede dementiezorg. Later ook aan het uitspreken van waardering voor elkaar en het blijven onderhouden van korte lijnen.

Voor de implementatie van de benadering is het van belang dat een of meer professionals vanaf het begin enthousiast zijn en trekker willen zijn.

Bij professionals ligt het accent op direct cliëntcontact. Door de benadering leerden ze te denken in nieuwe mogelijkheden en aan nieuwe interventies. Nieuwe interventies of samenwerkingsmogelijkheden opzetten vergt tijd en vaardigheden. Het verdient aanbeveling om bij de instellingen een projectleider aan te stellen die hierin de leiding kan nemen.

Voor het goed uitvoeren van de benadering is training op verschillende punten nodig:

- Het uitvoeren van een goed behoefte-inventarisatie bij mensen met dementie en mantelzorgers.
- Op basis van een behoefte-inventarisatie samen met het koppel SMART doelen formuleren.
- Creatief kunnen nadenken over mogelijkheden van en voor mensen met dementie en mantelzorgers.
- De principes van gemeenschappelijke besluitvorming kunnen toepassen in het adviesgesprek.
- Advance care planning: samen met het koppel nadenken over mogelijkheden als er meer hulp nodig is
- Het toepassen van technologische hulpmiddelen bij dementie, zowel in de juiste keuze maken wat een geschikt hulpmiddel is in een bepaalde situatie, als in het aanleren van mensen met

dementie en mantelzorgers om met de hulpmiddelen om te gaan, bijvoorbeeld met foutloos leren, associatief leren of emotieleren.

- Edomah-training voor ergotherapeuten
- Functionele Training Ouderen voor fysiotherapeuten

Het verdient aanbeveling deze onderwerpen op te nemen in de bachelor opleidingen tot Hbo-verpleegkundige, ergotherapeut en fysiotherapeut.

Er is behoefte aan inzet van goed toegeruste vrijwilligers voor thuiswonende mensen met dementie. Het is belangrijk dat de vrijwilliger en de persoon met dementie de activiteiten die ze ondernemen beiden leuk vinden. De vrijwilliger moet geschoold zijn in het omgaan met mensen met dementie en kunnen rekenen op permanente ondersteuning. Ook zijn duidelijke afspraken over de in te zetten tijd van belang.