

HBO verpleegkundige kennis ouderenzorg VVT

Aanzet tot een inhoudelijke beschrijving

Versie 1.2.

Opdrachtgever: ActiZ
Bureau G&D
Drs. Thea van Velsen
Drs. Martin Gloudemans

Waalwijk, oktober 2013

www.gdnet.nl

Inhoudsopgave

	blz
Inleiding	2
1. Domein: lichamelijk welbevinden	4
1.1. Kennisinhoud	
1.2. Vaardigheden	
2. Domein : mentaal welbevinden	9
2.1. Kennisinhoud	
2.2. Vaardigheden	
3. Domein: sociale participatie	15
3.1. Kennisinhoud	
3.2. Vaardigheden	
4. Domein: woonleefsituatie	20
4.1. Kennisinhoud	
4.2. Vaardigheden	

Inleiding

In toenemende mate is er behoefte aan inzicht in de benodigde know how voor verpleegkundigen op HBO niveau die werkzaam zijn in de VVT branche.

Voor ActiZ is dit aanleiding geweest om Bureau G&D de opdracht te geven daar een eerste inventarisatie voor uit voeren. Het gaat daarbij om die kennis die aanvullend en/of verdiepend is op de algemene verpleegkundige kennis welke nodig is voor de ouderenzorg (VVT).

Voor het maken van deze inventarisatie is als volgt te werk gegaan: op basis van literatuuronderzoek is er een eerste conceptbeschrijving gemaakt. Daarbij is uitgegaan van het nieuwe, volgens het Canmeds-model opgestelde Competentieprofiel HBO-VGG (2012). In het verlengde van dat profiel zijn de kennisinhouden ingedeeld in de vier levensdomeinen die richting geven aan het zorgproces en die ook te vinden zijn in het zorgleefplan.

Vervolgens is elk van de vier domeinen geordend naar de vier ondersteunende kennisgebieden, te weten de geriatrie, de psychogeriatric/geronto-psychiatrie, de psychogerontologie en de sociale gerontologie.

Wat betreft de modellen en theorieën die hier expliciet worden genoemd: hierbij is in eerste instantie de keuze gemaakt voor de wat oudere, gevestigde publicaties die in actueel onderzoek nog steeds vaak worden aangehaald. Daarnaast worden ook actuele, toonaangevende modellen expliciet benoemd.

Aan de opsomming van de leerinhouden op de verschillende kennisgebieden zijn ook enkele relevante sociale en praktische vaardigheden voor een VGG toegevoegd. In een volgende fase zullen ook casuïstieken aan de beschrijvingen worden toegevoegd.

Tijdens het ontwikkelproces is, ter validering van het concept, een Delphiprocedure in drie rondes uitgevoerd. Daarin is het concept voorgelegd aan drie panels, te weten een panel van praktijkdeskundigen, een panel van docenten HBO-VGG en een panel van lectoren en onderzoekers. Na elke ronde is het concept aangepast naar aanleiding van de aanvullingen en/of opmerkingen van de panelleden. Daarnaast zijn concepten besproken in een overleg met verpleegkundigen gerontologie geriatrie en in de landelijke stuurgroep HBO-VGG.

2

In de eerste ronde is het concept becommentarieerd door de volgende praktijkdeskundigen:

- Dr. mr. I. de Werd-de Rooij, locatiemanager Stichting de Wever.
- Mevr. J. van Opzeeland, opleidingsadviseur de Friese Wouden.
- Dhr. E. Strating, regiodirecteur Laurens Zorg.
- Dr. T. Bakker, bestuurder behandeling en zorg. Argos Zorggroep.

In de tweede ronde is het naar aanleiding van de eerste ronde aangepaste concept becommentarieerd door de volgende docenten HBO-VGG.

- Drs. S. Duymelink, Zuyd Hogeschool.
- Drs. W. Moorlag, Saxion Hogeschool.
- Drs. P. Huizinga-de Jong, Noordelijke Hogeschool Leeuwarden.
- Drs. C. Klingeman, Hogeschool Rotterdam.
- Drs. B. Princen, Hogeschool Windesheim.

In de laatste ronde is het naar aanleiding van de tweede ronde aangepaste concept becommentarieerd door de volgende onderzoekers.

- Dr. J. Hoogerduyn, Kenniscentrum innovatie van zorgverlening Hogeschool Utrecht.
- Dr. R. Gobbens, Lectoraat samenhang in de ouderenzorg Hogeschool Rotterdam.

Naar aanleiding van de resultaten van de derde ronde is tenslotte de voorliggende inventarisatie opgesteld. Wij beseffen dat het hier om een aanzet gaat, die een impuls kan geven aan de ontwikkeling van de benodigde know how binnen en voor de VVT branche. Tevens kan deze inventarisatie behulpzaam zijn bij de inrichting van curricula voor de opleiding HBO-V(GG).

Deze inventarisatie moet gezien worden als een werkdocument, dat op basis van discussie en reacties verder vorm en inhoud zal krijgen. Zoals boven is aangegeven zal in een volgende versie onder meer een nadere uitwerking worden gegeven van relevante casuïstiek voor de intramurale en de extramurale setting.

Het voor u liggende document is versie 1.2.

Waalwijk, oktober 2013
Bureau G&D

Drs. T. van Velsen
Drs. M. Gloudemans

1. Domein kwaliteit van leven: Lichamelijk welbevinden

Combinatie van rollen: **Zorgverlener, Communicator, Zorgregisseur, Samenwerkingspartner, Netwerker, Kenniswerker, Professional/kwaliteits-bevorderaar.**

Competenties:

- 1.2 Het lichamelijk welbevinden, het zelfmanagement, de zelfredzaamheid en de Samenredzaamheid van de individuele cliënt kunnen bevorderen door middel van verpleegkundige interventies. (Rol Zorgverlener)
- 2.2 Het kunnen aangaan, onderhouden en afsluiten van functionele en professionele relaties, gedreven door betrokkenheid en hart voor de zaak. (Rol Communicator)
- 3.2 Het zorg kunnen dragen voor zorgleefplannen voor cliënten, die voldoen aan de normen voor verantwoorde zorg en het geven van zorginhoudelijke perspectieven (verbonden aan het perspectief van de oudere) met betrekking tot de uitvoering daarvan. (Rol Zorgregisseur)
- 3.3 Het doelgericht kunnen regelen en afstemmen van de zorgverlening, geleverd door informele zorg en meerdere zorgorganisaties en/of hulpverleners rond een individuele cliënt, vanuit het perspectief van de cliënt, (Rol Zorgregisseur)
- 4.1 Het kunnen samenwerken binnen en met collegiale teams, bestaande uit diverse functieniveaus. (Rol Samenwerkingspartner)
- 4.2 Het kunnen samenwerken binnen integrale teams van professionals. (Rol Samenwerkingspartner)
- 5.4 Het kunnen geven van collectieve voorlichting over en het kunnen uitvoeren van doelgerichte acties die anticiperen op risicofactoren waardoor de zelfredzaamheid. De samenredzaamheid en de kwaliteit van leven van groepen ouderen wordt bedreigd. (Rol Netwerker)
- 6.3 Het kunnen implementeren en toepassen van nieuwe inzichten, protocollen,, standaarden, procedures, zorgpaden en zorgtechnologie in het kader van het bevorderen van de kwaliteit, efficiëntie en de effectiviteit van de zorgverlening aan ouderen. (Rol Kenniswerker)
- 7.2. Het kunnen functioneren binnen en kunnen hanteren van de voor de HBO-V(GG) geldende juridische, financiële en organisatorische kaders waarbinnen belangen van de beroepsgroep worden behartigd. (Rol Professional/kwaliteitsbevorderaar)

4

1.1. Kennisinhoud

Geriatricie

- Normale biologische veroudering (endogene en exogene aspecten, interindividuele en intra-individuele verschillen)
- Klinisch-geriatricische benadering (holistisch denken, integrale benadering, multidisciplinaire behandeling)
 - Geriatricische syndromen
 - Geriatricische reuzen (geriatric giants) vallen, incontinentie, visus- en gehoorstoornissen, ondervoeding en decubitus
 - Multi- en comorbiditeit en multi-functie problematiek

- Aspecifieke symptomen(symptoomverschuiving, symptoomarmoede, final common pathway)
- Polyfarmacie
- Kwetsbaarheid (frailty)
 - Criteria volgens de definitie van Fried (gewichtsverlies, afname loopsnelheid, vermoeidheid, laag energieverbruik door inactiviteit, geringe handknijpkracht)
 - Frailty markers (Put e.a. 2005)
 - Integraal conceptueel model van kwetsbaarheid (Gobbens)
 - Screeningsinstrumenten kwetsbaarheid (GFI = Groningen Frailty Indicator, TFI = Tilburg Frailty Indicator)
 - Verpleegkundige diagnoses en interventies
- Mobiliteitsproblemen
 - Prevalentie en etiologie (stoornissen in de balans, stoornissen in het looppatroon, verminderde spierkracht)
 - Valincidenten (prevalentie, preventie)
- Screeningsinstrumenten voor zelfredzaamheid
 - ADL (Katz index, Barthel index)
 - BDL (Lawton Scale)
- Geriatrische revalidatie
 - Triage
 - Multidisciplinaire benadering
 - Cliëntstromen
 - Cliëntgroepen (CVA, heupfractuur, electieve orthopedie, amputatie, overige aandoeningen)
 - Zorgpaden (CVA, heupfractuur, electieve orthopedie, amputatie, overige aandoeningen)
 - Implementeren van nieuwe inzichten (Zorgprogramma Preventie en Herstel)
- Voedingsdeficiënties bij ouderen (voedingsstatus)
 - Prevalentie en etiologie
 - Parameters (gewichtsverlies en gewichtsschommeling – BMI en buikomvang en turgor zijn bij ouderen minder betrouwbaar)
 - Screeningsinstrument (MNA = Mini Nutritional Assessment)
 - Verpleegkundige diagnoses en interventies
- Palliatieve zorg
 - Palliatief redeneren
 - Kwaliteitsnormen palliatieve zorg
 - STEM (Sterven op eigen manier)
 - Advance care planning
 - Zorgpad palliatieve zorg
 - Palliatieve zorg en dementie
 - Ethische vraagstukken in relatie tot palliatieve zorg

Sociale gerontologie

- Sociale factoren die het lichamelijk welzijn bevorderen
 - Preventie (Valpreventieprogramma's zoals 'Halt! U valt!' en 'Vallen, verleden tijd')
 - Mantelzorg (screening mantelzorgbelasting: EDIZ = Ervaren Druk In Zorg, factoren die van invloed zijn op ervaren druk, risico's van overbelasting, ondersteuningsmogelijkheden, screening draagkracht mantelzorgnetwerk: Mantelscan)
 - Wet- en regelgeving en financiering (in het kader van inkomensvoorziening: WAO, in het kader van bekostiging van de zorg: ZVW, AWBZ, WMO, in het kader van de positie van de zorgvrager WGBO, BOPZ, WKCZ, WBP, in het kader van medezeggenschap: WMCZ, in het kader van kwaliteitsbewaking: BIG, KWZ)
- Sociale factoren die het lichamelijk welzijn bedreigen
 - Opleidingsniveau van ouderen in relatie tot gezondheid (lager opleidingsniveau, meer gezondheidsproblematiek, lagere levensverwachting)
 - Sociaaleconomische positie van ouderen in relatie tot gezondheid (armoede onder ouderen)

Psychogerontologie

- Levensloopspsychologie (Berk, L 2010. Exploring lifespan development. ESM (Experience Sampling Methode) Mehl & Conner, 2012)
- Psychologische factoren die het lichamelijk welzijn bevorderen
 - Positief ervaren gebeurtenissen in de levensloop
- Psychologische factoren die het lichamelijk welzijn bedreigen
 - Negatief ervaren gebeurtenissen in de levensloop
 - Leefstijl en gedrag
 - Psychosomatische klachten

1.2 Vaardigheden

- Opstellen zorgleefplan
 - Zorgleefplan toetsen aan de normen voor verantwoorde zorg
 - Medewerkers zorg en welzijn coachen bij het opstellen van een zorgleefplan
 - Zorgleefplan systematisch kunnen evalueren
- Functioneren binnen professionele relaties
 - Professionele langdurende relaties aangaan, onderhouden en afsluiten met cliënten en mantelzorgers
 - Evenwicht bewaren tussen afstand en nabijheid in het contact met cliënten en mantelzorgers
 - Onderhouden van professionele relaties met samenwerkingspartners
- Vervullen van de rol van casemanager
 - Begeleiden cliëntensysteem (voorlichting, psycho-educatie)
 - In beeld brengen van de sociale kaart m.b.t. de problematiek van de cliënt
 - Collegiaal en multidisciplinair samenwerken

- Implementeren
 - Principes EBP (Evidence Based Practice)
 - Implementatiestrategieën (top-down, bottom up)
 - Opstellen implementatieplan
 - Opzetten van een pilot

2. Domein kwaliteit van leven: Mentaal welbevinden

Combinatie van rollen: Zorgverlener, Communicator, Zorgregisseur, Samenwerkingspartner, Netwerker, Kenniswerker, Professional/kwaliteitsbevorderaar.

Competenties, direct gerelateerd aan het domein mentaal welbevinden.

- 1.1 Het mentaal welbevinden, het zelfmanagement, de zelfredzaamheid en de samenredzaamheid van de individuele cliënt kunnen bevorderen door middel van (evidence based) verpleegkundige interventies. (Rol Zorgverlener)
- 2.1 Het kunnen voeren van adequate gesprekken, waarbij de gesprekstechniek is afgestemd op kenmerken van de gesprekspartner(s) (zoals emotionele beleving, kennisniveau, abstractieniveau etc.) op basis van 'partnership', wederkerigheid, gelijkwaardigheid en betrokkenheid (Rol Communicator)
- 3.2 Het zorg kunnen dragen voor zorgleefplannen voor cliënten, die voldoen aan de normen voor verantwoorde zorg en het geven van zorginhoudelijke perspectieven (verbonden aan het perspectief van de oudere) met betrekking tot de uitvoering daarvan. (Rol Zorgregisseur)
- 3.3 Het doelgericht kunnen regelen en afstemmen van de zorgverlening, geleverd door informele zorg en meerdere zorgorganisaties en/of hulpverleners rond een individuele cliënt, vanuit het perspectief van de cliënt, (Rol Zorgregisseur)
- 4.1 Het kunnen samenwerken binnen en met collegiale teams, bestaande uit diverse functieniveaus. (Rol Samenwerkingspartner)
- 4.2 Het kunnen samenwerken binnen integrale teams van professionals. (Rol Samenwerkingspartner)
- 5.2 Het in kaart kunnen brengen van alle instanties, organisaties en voorzieningen gericht op het bevorderen van de zelfredzaamheid, de samenredzaamheid en de kwaliteit van leven van ouderen en het inschakelen van, respectievelijk samenwerken daarmee. (Rol Netwerker)

7

Domein overstijgende competenties

- 6.1 Het kunnen ontwikkelen van protocollen, standaarden, procedures en zorgpaden in het kader van het bevorderen van de kwaliteit, de efficiëntie en de effectiviteit van de zorgverlening aan ouderen op basis van evidence based kennis. (Rol Kenniswerker)
- 7.1 Het kunnen toetsen van de verpleegkundige zorgverlening aan ouderen aan de geldende normen en waarden van de beroepsgroep, het zichzelf kunnen laten aanspreken op eigen professioneel gedrag en daarover verantwoording kunnen afleggen en het kunnen aanspreken van beroepsgenoten en hen daarover verantwoording vragen. (Rol Professional / kwaliteitsverbeteraar)

2.1. Kennisinhoud

Psychogeriatric / geronto-psychiatrie

- Normale neurologische veroudering
 - Afname hersenmassa
 - Afname neurotransmitters
 - Afname aantal synaptische verbindingen
- Diagnostiek
 - DSM systeem
 - Neuropsychologisch onderzoek
 - Diagnostische testonderzoeken (beeldvormende technieken, laboratoriumonderzoek)
 - Vroegsignalering
 - Geheugenpoli
- Dementie
 - Differentiaal diagnostiek
 - Prevalentie en risicofactoren en oorzaken
 - Algemene kenmerken van dementie (cognitieve stoornissen)
 - Neuro-psychiatrische symptomen bij dementie (agitatie / agressie, psychose, depressie, apathie).
 - Screeningsinstrument (MMSE = Mini Mental State Examination)
 - Vormen van dementie (ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, ziekte van Korsakov, Lewy Body dementie, Parkinsondementie, fronto-temporale dementieën, dementie bij de ziekte van Huntington, dementie bij de ziekte van Creutzfeldt-Jacob)
 - Medicamenteuze behandelingsmogelijkheden.
 - Psychotherapeutische interventies
 - Psychosociale behandelingsvormen (Belevingsgerichte zorg, Warme zorg, Validation, Persoonsgerichte zorg, ROT, Activiteitsgroepen, Snoezelen, Prettige activiteiten, Reminiscentie, Psychomotore therapie)
 - DCM (dementia care mapping) Kitwood
 - Ethische vraagstukken in relatie tot dementie
 - Zorgleefplan in relatie tot dementie
- Depressie
 - Differentiaal diagnostiek (screeningsinstrumenten)
 - Prevalentie en etiologie
 - Algemene kenmerken van depressie
 - Screeningsinstrumenten (GDS = Geriatric Depression Scale, CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression scale)
 - Vormen van depressie ('major' en 'minor' depressie, early en late onset depressie, vasculaire depressie, winterdepressie, geagiteerde depressie, bipolaire stoornis, psychotische depressie)
 - Medicamenteuze behandelingsmogelijkheden (psychofarmaca)
 - Psychosociale behandelingsmogelijkheden (probleemgerichte therapie, cognitieve gedragstherapie, steun en structuur, bewegingstherapie, muziektherapie, rehabilitatiebenadering)
 - Psychotherapeutische interventies
 - Zorgleefplan in relatie tot depressie

- Delier
 - Differentiaaldiagnostiek
 - Prevalentie en etiologie
 - Algemene kenmerken van delier
 - Screeningsinstrument (DOS = Delirium Observatie Screeningschaal)
 - Medicamenteuze behandelingsmogelijkheden
 - Zorgleefplan in relatie tot delier

- Angststoornissen
 - Differentiaaldiagnostiek
 - Prevalentie en risicofactoren en oorzaken
 - Algemene kenmerken van angststoornissen (vermijdingsgedrag, dwanghandelingen etc.)
 - Screeningsinstrument (HADS-A = Hospital Anxiety en Depression Scale: subscale Anxiety)
 - Medicamenteuze behandelingsmogelijkheden
 - Psychosociale behandelingsmogelijkheden
 - Zorgleefplan in relatie tot angststoornissen

- Onbegrepen of problematisch gedrag
 - Agressie
 - Agitatie
 - Apathie
 - Dwalen
 - Verzamelen
 - Splitting

Psychogerontologie

- Psychologische aspecten van het ouder worden:
 - Cognitieve ontwikkeling (ervaring, wijsheid)
 - Cognitieve veroudering (informatieverwerking, geheugen)
 - Globale vertraging
 - Tijdperceptie
 - Emotioneel functioneren

- Psychologische factoren die het mentaal welbevinden versterken:

Coping

 - Copingstrategieën
 - Copingmechanismen (actief aanpakken, sociale steun zoeken, vermijden/afwachten en afleiding zoeken).
 - In kaart brengen van copinggedrag bij individuele cliënten

- Psychologische factoren die het mentaal welbevinden bedreigen:
 - Ingrijpende levensgebeurtenissen
 - Zingevingsvragen
 - Verlieservaringen / rouwverwerking
 - Eindigheidsproblematiek
 - Identiteitsverlies

Sociale gerontologie

- Sociale factoren die het mentaal welbevinden versterken:
 - Primaire sociale relaties (Convoy / Kahn en Antonicci, Social support paradigma, sociaal-emotionele selectiviteit / Cartensen, Isaacowitz & Charles,)
 - Functionele en professionele relaties met ouderen
- Sociale factoren die het mentaal welbevinden bedreigen
 - Rolverlies
 - Discriminatie
 - Sociale uitsluiting
 - Sociaal isolement
 - Misbruik en mishandeling
- Zorg voor ouderen
 - Kwaliteitskader verantwoorde zorg (Normen voor verantwoorde zorg, PREZO, CQ-index)
 - Sociale kaart ouderenzorg
 - Samenwerking binnen de ouderenzorg

2.2. Vaardigheden

- Gespreksvoering met ouderen:
 - Informatie vergarend gesprek (open interview, semigestructureerd interview, gestructureerd interview)
 - Adviesgesprek
 - Motiverend gesprek
 - Slechtnieuwsgesprek
- Opstellen zorgleefplan
- De-escalierend optreden in crisissituaties:
 - De-escalatietechnieken
 - Contact maken
 - Controle houden over de situatie
 - Zelfcontrole

10

3. Domein kwaliteit van leven: Sociale participatie

Combinatie van rollen: **Zorgverlener, Communicator, Zorgregisseur, Samenwerkingspartner, Netwerker, Kenniswerker, Professional/kwaliteitsbevorderaar.**

Competenties, direct gerelateerd aan het domein sociale participatie

- 1.4 Het kunnen leveren van een bijdrage aan het bieden van passende bezigheden en een passende daginvulling zodat het gevoel erbij te horen en het gevoel van identiteit van de individuele cliënt wordt versterkt of behouden blijft en het kunnen uitbreiden van de mogelijkheden tot sociale participatie. (Rol Zorgverlener)
- 2.3 Het kunnen stimuleren, motiveren en coachen van oudere cliënten en hun primaire

- relaties tot zelfmanagement, zelfredzaamheid en samenredzaamheid. (Rol Communicator)
- 3.1 Het kunnen signaleren van situaties waar zorg nodig is, het kunnen regelen van de indicatiestelling, het kunnen toetsen of de toegekende indicatie past bij de gezondheidssituatie en zorgbehoefte van individuele cliënten en het en het kunnen samenstellen van zorgarrangementen. (Rol Zorgregisseur).
- 4.3 Het kunnen functioneren binnen samenwerkingsverbanden tussen professionele aanbieders van verschillende soorten zorg rond individuele cliënten en rond groepen van cliënten met een gelijksoortig gezondheidsprobleem. (Rol Samenwerkingspartner).
- 5.1 Het in kaart kunnen brengen en versterken van informele sociale netwerken rond cliënten en het kunnen initiëren van de vorming van informele sociale netwerken rond cliënten in situaties waarin deze ontbreken. (Rol Netwerker)

Domein overstijgende competenties

- 6.2 Het kunnen interpreteren van evidence based resultaten van verpleegkundig onderzoek en het kunnen leveren van een bijdrage aan kennisontwikkeling in relatie tot de zorgverlening aan ouderen, door middel van praktijkgericht onderzoek. (Rol Kenniswerker)
- 7.3 Het kunnen bewaken, bevorderen en laten zien van de kwaliteit van de verpleegkundige zorgverlening aan ouderen, binnen de context van een groeiende vraag naar steeds complexere zorg bij een (relatief) krimpende beschikbaarheid van verpleegkundige zorgverleners en financiële middelen. (Rol Professional/-kwaliteitsbevorderaar)

3.1. Kennisinhoud

Sociale gerontologie

- Demografie (Ontgroening, vergrijzing, verkleuring van de vergrijzing).
- Sociaal gerontologische theorievorming over gezond ouder worden
 - Disengagement theorie (Cummingen en Henri)
 - Deficitmodel
 - Activiteiten theorie (Havihurst en Albrecht)
 - Continuïteitstheorie (Atchley)
 - Competentiemodel (Synthese deficit model en activiteiten theorie)
 - Zelfmanagement op latere leeftijd
- Sociale aspecten van het ouder worden:
 - Beeldvorming over ouderen
 - Maatschappelijke participatie van ouderen
 - Pensionering
- Sociaal netwerk op oudere leeftijd
 - (Typologie Wenger, 1992: kind-georiënteerd netwerk, lokale netwerk, familienetwerk, autonome netwerk)

- Oudere migranten
 - Interculturele verschillen tussen Surinaamse, Antilliaanse, Marokkaanse en Turkse cultuur m.b.t. primair sociaal netwerk, uitzicht op mantelzorg etc.
 - Welzijnsvoorzieningen voor oudere migranten
 - Cultuursensitiviteit (cultuursensitieve zorg, cultuursensitieve zorgorganisaties)
 - Intercultureel verplegen (Sunrise-model Leininger)
- Sociale integratie van ouderen
 - Vrijwilligerswerk
 - Sport en recreatie
 - Ontwikkelingsmogelijkheden (HOVO etc.)
- Intergenerationele solidariteit

Psychogerontologie

- Vriendschap op oudere leeftijd
 - Socio-emotionele selectiviteitstheorie van Cartensen
 - Typologie van vriendschapsstijlen van Matthews)
- Eenzaamheid onder ouderen
 - Risicofactoren (Verslechterde gezondheid, afname mobiliteit, verlieservaringen, rouw)
 - Sociale, emotionele en existentiële eenzaamheid.
 - Communicatietechnologie, een oplossing voor eenzaamheid?

Geriatricie

12

- Healthy ageing
 - Determinanten van gezondheid en zorggebruik (Conceptueel model Ruwaard, model Dahlgren & Whitehead)
 - Gezond ouder worden (Onderzoeksprogramma NCHA = Netherlands Consortium for Healthy Ageing)
- Systematisch in kaart brengen van de zorgvraag (TRAZAG = TRANsmuraal Zorg Assessment Geriatricie)
- Indicatiestelling
 - Centrum Indicatiestelling Zorg
 - Zorgzwaartepakketten en DBC's
 - Herindicatie

Gerontopsychiatrie/psychogeriatricie

- Ketenzorg dementie (als exemplarisch voorbeeld van ketenzorg) (organiseren samenhangende zorg rond de zorgvraag van de cliënt, integrale bekostiging etc.)

3.2. Vaardigheden

- Uitvoeren van de intakeprocedure
 - Voeren intakegesprek
 - Indicatiestelling
 - Herindicering
- Shared decision making (attitude en technieken)
- Empowerment (attitude en technieken)
- Coaching (attitude en technieken)
- Intervisie (attitude en technieken)

4. Domein kwaliteit van leven: Woonleefsituatie

Combinatie van rollen: Zorgverlener, Communicator, Zorgregisseur, Samenwerkingspartner, Netwerker, Kenniswerker, Professional/kwaliteitsbevorderaar.

Competenties, direct gerelateerd aan het domein woonleefsituatie.

- 1.3 Het kunnen leveren van een bijdrage aan het creëren van een woonleefsituatie waarin de individuele cliënt zich thuis voelt en een gevoel van veiligheid ervaart (zowel met betrekking tot zijn lichamelijke als tot zijn mentale gezondheidstoestand) en een gevoel van identiteit ervaart. (Rol Zorgverlener)
- 2.4 Het kunnen stimuleren en motiveren van collega verpleegkundigen en verzorgenden tot professionele groei en ontwikkeling. (Rol Communicator)
- 3.4 Het kunnen leveren van een bijdrage aan het ordenen van het bestaande zorgaanbod van diverse zorgorganisaties binnen de regio, in kleinere modules die in combinatie met elkaar over de grenzen van de zorgorganisaties heen, kunnen worden aangeboden aan groepen van cliënten. (Rol Zorgregisseur)
- 4.4 Het kunnen coachen van informele samenwerkingsverbanden gericht op instrumentele en emotionele zorgverlening aan individuele cliënten en aan groepen van cliënten. (Rol Samenwerkingspartner)
- 5.3 Het kunnen inzetten van sociale media ten behoeve van het bevorderen van de zelfredzaamheid, de samenredzaamheid en de kwaliteit van leven van cliënten. (Rol Netwerker)

Domein overstijgende competenties

- 6.4 Het kunnen uitbreiden van de eigen vakinhoudelijke deskundigheid en het verspreiden van voor de eigen beroepspraktijk relevante, nieuwe evidence based onderzoeksresultaten onder collega verpleegkundigen en andere zorgverleners. (Rol Kenniswerker)
- 7.4 Mee kunnen denken over en kunnen anticiperen op maatschappelijke ontwikkelingen (in demografisch, sociaal, organisatorisch, ethisch, medisch en technologisch opzicht) vanuit het perspectief van het behouden en bevorderen van de kwaliteit, de effectiviteit en de efficiëntie van de zorgverlening aan ouderen. (Rol Professional/-kwaliteitsbevorderaar)

4.1. Kennisinhoud

Psychogerontologie

- Rol van de fysieke omgeving voor kwetsbare ouderen (Person-environment-fit model Lawton)
- Eten en welbevinden (maaltijdbeleving binnen de intramurale ouderenzorg, normalisering eetsituatie)
- Domotica en welbevinden
- Privacyaspecten van elektronische en camerabewaking
- Institutionaliseren en identiteit

Sociale gerontologie

- Ouderenbeleid in Nederland
 - Cultuuromslag: van zorgafhankelijkheid naar zelfredzaamheid (civil society)
 - Regiefunctie naar de gemeenten
 - Scheiden van wonen en zorg
 - Versobering van de AWBZ
- Redzaam ouder (advies Raad voor de Volksgezondheid 2012)
- Nationaal Programma Ouderenzorg
- Woonservice zones (projecten in verschillende gemeenten)

14

Gerontopsychiatrie/psychogeriatric

- Normaliseren van de woon-leefomgeving
- Kleinschalig wonen
- Vrijheid beperkende middelen en maatregelen (wettelijk kader, alternatieven etc.)

Geriatric

- Biologische veroudering in relatie tot welbevinden
- Zorgtechnologie (robotica, inzet sociale media etc.)

4.2. Vaardigheden

- Methoden en technieken voor sociaalwetenschappelijk onderzoek
- Interpreteren van onderzoek en onderzoeksresultaten
- Formuleren van een onderzoeksvraag
- Opstellen van een eenvoudige onderzoeksopzet
- Opzetten kwaliteitsverbeteringsproject
 - Projectmatig werken
 - Procesmatig werken