

Geef ouderenzorg een impuls!




VGG 

Verpleegkundige Gerontologie-Geriatrie

HBO verpleegkundige
kennis ouderenzorg VVT

**Check hier of deze
kennis bij u nodig
en aanwezig is**



“Het is van belang dat de inhoudelijke onderwerpen die in deze brochure zijn beschreven goed geborgd worden in de verpleegkundige opleidingen. Dat brengt een voor de toekomst opgeleide beroepsbeoefenaar dichterbij! Ook zorgverzekeraars zouden van deze inhoud kennis moeten nemen.”

JENNEKE VAN VEEN, BESTUURLID V&VN

Inhoud

Inleiding	3
-----------	---

DOMEINEN KWALITEIT VAN LEVEN:

1. Lichamelijk welbevinden en gezondheid	4
2. Mentaal welbevinden en autonomie	8
3. Participatie	14
4. Woon- en leefomstandigheden	18



“Met de komst van de HBO-VGG-er krijgen onze teams meer ruimte en beslissingsvrijheid om de toenemende verscheidenheid en complexiteit van zorg voor en met bewoners/cliënten goed in te vullen. Dat gaat verder dan alleen zorgverlening. Samen met de HBO-VGG-er kan vanuit de kennis van geriatrie en gerontologie meer aandacht worden besteed aan alles wat bij prettig wonen en leven hoort.”

JOLANDE ELLENBROEK, RAYONMANAGER
ICARE VVT NOORD WEST DRENTHE



Inleiding

De ouderenzorg is volop in verandering. Een belangrijk aspect van die verandering is de benodigde deskundigheid van het personeel. Door de toename van de complexiteit van zorg, door meer inzicht in de aard en de samenhang van vraagstukken in de ouderenzorg en door de verschuiving van verantwoordelijkheden (meer decentrale professionele verantwoordelijkheid) is het van belang dat er deskundigheid wordt toegevoegd aan de zorg voor ouderen. Deze deskundigheid kan bij uitstek geborgd worden door het inzetten van HBO verpleegkundigen die specifiek zijn toegerust voor de ouderenzorg (verpleegkundigen gerontologie geriatrie, wijkverpleegkundigen).

Voor Actiz is dit in 2013 aanleiding geweest om een eerste inventarisatie te laten maken van de in de VVT branche benodigde verpleegkundige kennis op HBO niveau. Een inventarisatie waarmee zorgorganisaties kunnen checken of zij deze kennis in huis hebben en waarmee hogescholen na kunnen gaan of deze kennis in het curriculum van de hbo-v is geborgd.

Voor het maken van deze inventarisatie is uitgegaan van het vernieuwde, volgens het Canmeds-model opgestelde, competentieprofiel HBO-Verpleegkundige Gerontologie Geriatrie (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 ondersteunende kennisgebieden, te weten de geriatrie, de psychogeriatric/geronto-psychiatrie, de psychogerontologie en de sociale gerontologie. Soms is deze indeling arbitrair, omdat er uiteraard ook samenhang is tussen de verschillende inhouden.

Bij het ontwikkelen van deze inventarisatie is in eerste instantie een literatuurstudie uitgevoerd. In het verlengde daarvan is een Delphi-procedure

toegepast, waarbij functionarissen uit de ouderenzorg, docenten HBO-V, VGG-ers en onderzoekers in de ouderenzorg betrokken zijn. Dit heeft geleid tot het document "HBO-Verpleegkundige kennis in de VVT" (2013, te downloaden via www.hbo-vgg.net).

In het verlengde daarvan is dit werkdokument ontwikkeld. Hierin vindt u een overzicht van de benodigde kennis. Het gaat daarbij vooral om die kennis die aanvullend en/of verdiepend is op de algemene verpleegkundige kennis welke van belang is in de ouderenzorg.

Op 14 november 2013 is de inhoud besproken in een invitationale conference, waarbij hogescholen, zorgorganisaties, HBO verpleegkundigen gerontologie geriatrie en betrokken koepelorganisaties de aanbeveling hebben geformuleerd om deze inhoud breder te verspreiden.

Wij beseffen dat het hier om een aanzet gaat. Een aanzet die een impuls kan geven aan de ontwikkeling van de benodigde deskundigheid 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 werkdokument, dat op basis van discussie en reacties verder vorm en inhoud kan krijgen. Het voor u liggende document is versie 1.3.

Waalwijk, januari 2014
Bureau G&D

Drs. Thea van Velsen
Drs. Martin Gloudemans



1. DOMEIN
KWALITEIT VAN LEVEN

**Lichamelijk
welbevinden
en gezondheid**



DOMEIN KWALITEIT VAN LEVEN

Lichamelijk welbevinden en gezondheid

GERIATRIE

1. Normale biologische veroudering (endogene en exogene aspecten, interindividuele en intra-individuele verschillen)

2. Klinisch-geriatrische benadering (holistisch denken, integrale benadering, multidisciplinaire behandeling)

- a. Geriatrische syndromen
- b. Geriatrische reuzen (geriatric giants) vallen, incontinentie, visus- en gehoorstoornissen, ondervoeding en decubitus
- c. Multi- en comorbiditeit en multi-functie problematiek
- d. Aspecifieke symptomen (symptoomverschuiving, symptoomarmoede, final common pathway)
- e. Polyfarmacie

3. Kwetsbaarheid (frailty)

- a. Criteria volgens de definitie van Fried (gewichtsverlies, afname loopsnelheid, vermoeidheid, laag energieverbruik door inactiviteit, geringe handknijpkracht)
- b. Frailty markers (Put e.a.)
- c. Integraal conceptueel model van kwetsbaarheid (Gobbens)
- d. Screeningsinstrumenten kwetsbaarheid (GFI = Groningen Frailty Indicator, TFI = Tilburg Frailty Indicator)
- e. Verpleegkundige diagnoses en interventies

4. Mobiliteitsproblemen

- a. Prevalentie en etiologie (stoornissen in de balans, stoornissen in het looppatroon, verminderde spierkracht)
- b. Valincidenten (prevalentie, preventie)

	Is dit voor ons van belang?		Wat weten we er van?		
	Ja	Nee	Veel	Weinig	Niets
1.					
2.					
a.					
b.					
c.					
d.					
e.					
3.					
a.					
b.					
c.					
d.					
e.					
4.					
a.					
b.					

5. Screeningsinstrumenten voor zelfredzaamheid

- a. ADL (Katz index, Barthel index)
- b. BDL (Lawton Scale)

6. Geriatrische revalidatie

- a. Triage
- b. Multidisciplinaire benadering
- c. Cliëntstromen
- d. Cliëntgroepen (CVA, heupfractuur, electieve orthopedie, amputatie, overige aandoeningen)
- e. Zorgpaden (CVA, heupfractuur, electieve orthopedie, amputatie, overige aandoeningen)
- f. Implementeren van nieuwe inzichten (Zorgprogramma Preventie en Herstel)

7. Voedingsdeficiënties bij ouderen (voedingsstatus)

- a. Prevalentie en etiologie
- b. Parameters (gewichtsverlies en gewichtsschommeling)
- c. Screeningsinstrument (MNA = Mini Nutritional Assessment)
- d. Verpleegkundige diagnoses en interventies

8. Palliatieve zorg voor ouderen

- a. Palliatief redeneren in relatie tot ouderen
- b. Kwaliteitsnormen palliatieve zorg
- c. STEM (Sterven op eigen manier)
- d. Advance care planning
- e. Zorgpad palliatieve zorg
- f. Palliatieve zorg en dementie
- g. Ethische vraagstukken in relatie tot palliatieve zorg

	Is dit voor ons van belang?		Wat weten we er van?		
	Ja	Nee	Veel	Weinig	Niets
5.					
a.					
b.					
6.					
a.					
b.					
c.					
d.					
e.					
f.					
7.					
a.					
b.					
c.					
d.					
8.					
a.					
b.					
c.					
d.					
e.					
f.					
g.					

SOCIALE GERONTOLOGIE

9. Sociale factoren die het lichamelijk welbevinden 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 (inkomensvoorziening: WAO; bekostiging van de zorg: ZVW, AWBZ (LIZ), WMO; de positie van de zorgvrager WGB0, BOPZ, WKCZ, WBP; medezeggenschap: WMCZ, kwaliteitsbewaking: BIG, KWZ)

10. Sociale factoren die het lichamelijk welbevinden bedreigen

- Sociaaleconomische positie van ouderen in relatie tot gezondheid (armoede onder ouderen)
- Opleidingsniveau van ouderen in relatie tot gezondheid (lager opleidingsniveau, meer gezondheidsproblematiek, lagere levensverwachting)

PSYCHOGERONTOLOGIE

11. Levensloopsychologie (derde, vierde levensfase)

12. Psychologische factoren die het lichamelijk welbevinden bevorderen

- Positief ervaren gebeurtenissen in de levensloop

13. Psychologische factoren die het lichamelijk welbevinden bedreigen

- Negatief ervaren gebeurtenissen in de levensloop
- Leefstijl en gedrag
- Psycho-somatische klachten

	Is dit voor ons van belang?		Wat weten we er van?		
	Ja	Nee	Veel	Weinig	Niets
9.					
a.					
b.					
c.					
10.					
a.					
b.					

11.					
12.					
a.					
13.					
a.					
b.					
c.					



2. DOMEIN
KWALITEIT VAN LEVEN

**Mentaal
welbevinden
en autonomie**



DOMEIN KWALITEIT VAN LEVEN

Mentaal welbevinden en autonomie

PSYCHOGERIATRIE / GERONTO-PSYCHIATRIE

1. Normale neurologische veroudering

- a. Afname hersenmassa
- b. Afname neurotransmitters
- c. Afname aantal synaptische verbindingen

2. Diagnostiek

- a. DSM IV/V systeem
- b. Neuropsychologisch onderzoek
- c. Diagnostische testonderzoeken (beeldvormende technieken, laboratoriumonderzoek)
- d. Vroegsignalering
- e. Geheugenpoli

3. Dementie

- a. Differentiaal diagnostiek
- b. Prevalentie en risicofactoren en oorzaken
- c. Algemene kenmerken van dementie (cognitieve stoornissen)
- d. Neuro-psychiatrische symptomen bij dementie (agitatie, agressie, psychose, depressie, apathie)
- e. Screeningsinstrument (MMSE = Mini Mental State Examination)
- f. 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)
- g. Medicamenteuze behandelingsmogelijkheden
- h. Psychotherapeutische interventies

	Is dit voor ons van belang?		Wat weten we er van?		
	Ja	Nee	Veel	Weinig	Niets
1.					
a.					
b.					
c.					
2.					
a.					
b.					
c.					
d.					
e.					
3.					
a.					
b.					
c.					
d.					
e.					
f.					
g.					
h.					

- i. Psychosociale behandelingsvormen (Belevingsgerichte zorg, Warme zorg, Validation, Persoonsgerichte zorg, ROT, Activiteitengroepen, Snoezelen, Prettige activiteiten, Remiscentie, Psychomotore therapie)
- j. DCM (Dementia Care Mapping, Kitwoord)
- k. Zorgleefplan in relatie tot dementie
- l. Ethische vraagstukken in relatie tot dementie

4. Depressie

- a. Differentiaal diagnostiek (screeningsinstrumenten)
- b. Prevalentie en etiologie
- c. Algemene kenmerken van depressie
- d. Screeningsinstrumenten (GDS = Geriatric Depression Scale, CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression scale)
- e. Vormen van depressie ('mayor' en 'minor' depressie, early en late onset depressie, vasculaire depressie, winterdepressie, geagiteerde depressie, bipolaire stoornis, psychotische depressie)
- f. Medicamenteuze behandelingsmogelijkheden (psychopharmaca)
- g. Psychosociale behandelingmogelijkheden (probleemgerichte therapie, cognitieve gedragstherapie, steun en structuur, bewegingstherapie, muziektherapie, rehabilitatiebenadering)
- h. Psychotherapeutische interventies
- i. Zorgleefplan in relatie tot depressie

5. Delier

- a. Differentiaaldiagnostiek
- b. Prevalentie en etiologie
- c. Algemene kenmerken van delier
- d. Screeningsinstrument (DOS = Delirium Observatie Screeningschaal)
- e. Medicamenteuze behandelingsmogelijkheden
- f. Zorgleefplan in relatie tot delier

	Is dit voor ons van belang?		Wat weten we er van?		
	Ja	Nee	Veel	Weinig	Niets
i.					
j.					
k.					
l.					
4.					
a.					
b.					
c.					
d.					
e.					
f.					
g.					
h.					
i.					
5.					
a.					
b.					
c.					
d.					
e.					
f.					

6. Angststoornissen

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

7. Onbegrepen of problematisch gedrag bij ouderen

- a. Agressie
- b. Agitatie, ontremming
- c. Apathie, negativisme
- d. Hallucinaties, wanen
- e. Dwalen
- f. Verzamelen
- g. Splitting

PSYCHOGERONTOLOGIE

8. Psychologische aspecten van het ouder worden

- a. Cognitieve ontwikkeling (ervaring, wijsheid)
- b. Cognitieve veroudering (informatieverwerking, geheugen)
- c. Globale vertraging
- d. Tijdperceptie
- e. Emotioneel functioneren

	Is dit voor ons van belang?		Wat weten we er van?		
	Ja	Nee	Veel	Weinig	Niets
6.					
a.					
b.					
c.					
d.					
e.					
f.					
g.					
7.					
a.					
b.					
c.					
d.					
e.					
f.					
g.					

8.					
a.					
b.					
c.					
d.					
e.					

9. Psychologische factoren die het mentaal welbevinden versterken (Coping)

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

10. Psychologische factoren die het mentaal welbevinden bedreigen

- a. Ingrijpende levensgebeurtenissen
- b. Zingevingsvragen
- c. Verlieservaringen / rouwverwerking
- d. Eindigheidsproblematiek
- e. Identiteitsverlies

SOCIALE GERONTOLOGIE

11. Sociale factoren die het mentaal welbevinden versterken

- a. Primaire sociale relaties Convoy Theorie (Kahn en Antonicci) Social support paradigma, sociaal-emotionele selectiviteit (Cartensen, Isaacowitz & Charles)
- b. Functionele en professionele relaties met ouderen

12. Sociale factoren die het mentaal welbevinden bedreigen

- a. Rolverlies
- b. Discriminatie
- c. Sociale uitsluiting
- d. Sociaal isolement
- e. Misbruik en mishandeling

	Is dit voor ons van belang?		Wat weten we er van?		
	Ja	Nee	Veel	Weinig	Niets
9.					
a.					
b.					
c.					
10.					
a.					
b.					
c.					
d.					
e.					

11.					
a.					
b.					
12.					
a.					
b.					
c.					
d.					
e.					

13. Zorg voor ouderen

- a. Kwaliteitskader verantwoorde zorg (Normen voor verantwoorde zorg, PREZO, CQ-index)
- b. Sociale kaart zorg voor ouderen
- c. Samenwerking binnen de zorg voor ouderen

Is dit voor ons van belang?		Wat weten we er van?		
Ja	Nee	Veel	Weinig	Niets



“De HBO-VGG-er maakt het verschil bij hoog complex gedrag bij ouderen. Scherpe diagnostiek, methodische uitvoering van psychosociale en psychotherapeutische interventies en de multidisciplinaire evaluatie ervan behoren bij uitstek tot de can-med competenties van de HBO-VGG-er. De kwaliteit van zorg op het mentale domein verhogen is van belang in het ziekenhuis, de eerste lijn, de revalidatie en langdurige zorg.

DR. TON BAKKER, LECTOR FUNCTIEBEHOUD OUDEREN (HOGESCHOOL ROTTERDAM)
SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE



3. DOMEIN KWALITEIT VAN LEVEN

Participatie



DOMEIN KWALITEIT VAN LEVEN

Participatie

SOCIALE GERONTOLOGIE

1. Demografie (ontgroening, vergrijzing, verkleuring van de vergrijzing)

2. Sociaal gerontologische theorievorming over gezond ouder worden

- a. Disengagement theorie (Cummingen en Henri)
- b. Deficitmodel
- c. Activiteiten theorie (Havihurst en Albrecht)
- d. Continuïteitstheorie (Atchley)
- e. Competentiemodel (Synthese deficit model en activiteiten theorie)
- f. Zelfmanagement op latere leeftijd

3. Sociale aspecten van het ouder worden

- a. Beeldvorming over ouderen
- b. Maatschappelijke participatie van ouderen
- c. Pensionering

4. Sociaal netwerk op oudere leeftijd

- a. Typologie Wenger (kind-georiënteerd netwerk, lokale netwerk, familienetwerk, autonome netwerk)

5. Oudere migranten

- a. Interculturele verschillen tussen Surinaamse, Antilliaanse, Marokkaanse en Turkse migranten m.b.t. primair sociaal netwerk, uitzicht op mantelzorg etc.
- b. Welzijnsvoorzieningen voor oudere migranten
- c. Cultuursensitiviteit (cultuursensitieve zorg, cultuursensitieve zorgorganisaties)
- d. Intercultureel verplegen (Sunrise-model Leininger)

	Is dit voor ons van belang?		Wat weten we er van?		
	Ja	Nee	Veel	Weinig	Niets
1.					
2.					
a.					
b.					
c.					
d.					
e.					
f.					
3.					
a.					
b.					
c.					
4.					
a.					
5.					
a.					
b.					
c.					
d.					

6. Sociale integratie van ouderen

- a. Vrijwilligerswerk
- b. Sport en recreatie
- c. Ontwikkelingsmogelijkheden (HOVO etc.)

7. Intergenerationele solidariteit

PSYCHOGERONTOLOGIE

8. Vriendschap op oudere leeftijd

- a. Socio-emotionele selectiviteitstheorie van Cartensen
- b. Typologie van vriendschapsstijlen van Matthews

9. Eenzaamheid onder ouderen

- a. Risicofactoren (verslechterde gezondheid, afname mobiliteit, verlieservaringen, rouw)
- b. Sociale, emotionele en existentiële eenzaamheid
- c. Communicatietechnologie (oplossing voor eenzaamheid?)

GERIATRIE

10. Healthy ageing

- a. Determinanten van gezondheid en zorggebruik (conceptueel model Ruwaard, model Dahlgren & Whitehead)
- b. Gezond ouder worden (onderzoeksprogramma NCHA = Netherlands Consortium for Healthy Ageing)

11. Systematisch in kaart brengen van de zorgvraag (TRAZAG = TRANsmuraal Zorg Assessment Geriatrie, IZAG = Intramuraal Assessment Geriatrie)

Is dit voor ons van belang?		Wat weten we er van?		
Ja	Nee	Veel	Weinig	Niets
6.				
a.				
b.				
c.				
7.				

8.				
a.				
b.				
9.				
a.				
b.				
c.				

10.				
a.				
b.				
11.				

12. Indicatiestelling

- a. Centrum Indicatiestelling Zorg
- b. Zorgzwaartepakketten en DBC's
- c. Herindicatie

GERONTOPSYCHIATRIE/PSYCHOGERIATRIE

13. Ketenzorg dementie (organiseren samenhangende zorg rond de zorgvraag van de cliënt, integrale bekostiging etc.)

	Is dit voor ons van belang?		Wat weten we er van?		
	Ja	Nee	Veel	Weinig	Niets
12.					
a.					
b.					
c.					

13.					
-----	--	--	--	--	--



4. DOMEIN
KWALITEIT VAN LEVEN

**Woon- en
leefomstandig-
heden**



DOMEIN KWALITEIT VAN LEVEN

Woon- en leefomstandigheden

PSYCHOGERONTOLOGIE

1. Rol van de fysieke omgeving voor kwetsbare ouderen (Person-environment-fit model Lawton)
2. Eten en welbevinden (maaltijdbeleving binnen de intramurale ouderenzorg, normalisering eetsituatie)
3. Domotica en welbevinden
4. Privacyaspecten van elektronische bewaking en camerabewaking

SOCIALE GERONTOLOGIE

5. Ouderenbeleid in Nederland
 - a. Cultuuromslag: van zorgafhankelijkheid naar zelfredzaamheid (civil society)
 - b. Regiefunctie naar de gemeenten
 - c. Scheiden van wonen en zorg
 - d. Wijziging AWBZ, invoering Wet Langdurige Intensieve Zorg (LIZ)
6. Redzaam ouder (advies Raad voor de Volksgezondheid)
7. Nationaal Programma Ouderenzorg (transitie, onderzoek, onderwijs etc.)

GERONTOPSYCHIATRIE/PSYCHOGERIATRIE

8. Kleinschalig wonen, effecten kwaliteit huisvesting
9. Vrijheidbeperkende middelen en maatregelen (wettelijk kader, alternatieven etc.)

	Is dit voor ons van belang?		Wat weten we er van?		
	Ja	Nee	Veel	Weinig	Niets
1.					
2.					
3.					
4.					

5.					
a.					
b.					
c.					
d.					
6.					
7.					

8.					
9.					

GERIATRIE

10. Biologische veroudering in relatie tot welbevinden

11. Zorgtechnologie in de leefwereld (kwetsbare) ouderen (robotica, medisch alert, inzet sociale media etc.)

Is dit voor ons van belang?		Wat weten we er van?		
Ja	Nee	Veel	Weinig	Niets
10.				
11.				



De HBO verpleegkundige gerontologie geriatrie kan zich als betrokken, innovatieve en ondernemende inhoudskundige vakprofessional richten op het voortdurend verbeteren van de zorgverlening aan ouderen. Zij gebruikt hierbij de laatste kennis, is gericht op samenwerken en verbinden en vertaalt beleid en innovatie naar directe zorg en ondersteuning. De HBO-VGG-er kan zo een wezenlijke bijdrage leveren aan een toekomstbestendige ouderenzorg, die voldoet aan de (hoge) kwaliteitsstandaard die we daarbij voor ogen hebben.”

DR. EVELYN FINNEMA, LECTOR WONEN, WELZIJN EN ZORG OP HOGE LEEFTIJD. NHL

Notities

Notities





PROJECTPARTNERS

Het VGG-project is een project van ActiZ, gesubsidieerd door het ministerie van VWS en wordt onder andere ondersteund door:

- Vereniging Hogescholen
- V&VN
- NU'91
- Verenso
- Diverse lectoraten ouderenzorg

Meer informatie over het project kunt u vinden op onze site www.hbo-vgg.net.

Onder meer kunt u hier het competentieprofiel HBO-Verpleegkundige Gerontologie Geriatrie en de maatschappelijke businesscase downloaden.
