

# HBO competentieprofiel Verpleegkundige Gerontologie-Geriatrie (VGG)

Herziene versie

November 2007

Jennie Mast  
Marjolein van Vliet  
Postbus 8228, 3503 RE Utrecht  
Telefoon: (030) 789 2300  
e-mail: [j.mast@vilans.nl](mailto:j.mast@vilans.nl) / [m.vanvliet@vilans.nl](mailto:m.vanvliet@vilans.nl)  
Website: [www.vilans.nl](http://www.vilans.nl)

Utrecht, november 2007

# Inhoudsopgave

<b>Inleiding.....</b>	<b>3</b>
<b>Hoofdstuk 1 Context voor de competenties .....</b>	<b>4</b>
De gerontologisch-geriatrische cliënt.....	4
Aanbod van wonen, zorg en dienstverlening .....	6
De verpleegkundige gerontologie-geriatrie .....	7
Toelichting op de beroepscompetenties .....	10
Domeinen en rollen .....	11
De competentiebeschrijvingen.....	11
<b>Hoofdstuk 2 Uitwerking van de competenties.....</b>	<b>12</b>
Kerntaak en kernkwaliteit van de VGG .....	12
Overzicht rollen, domeinen en competenties .....	13
Rol Zorgverlener .....	14
Rol Regisseur .....	27
Rol Ontwerper .....	34
Rol Coach.....	41
Rol Beroepsbeoefenaar .....	49
<b>Bijlage 1: De consultatieronde 2004 .....</b>	<b>54</b>
<b>Bijlage 2: Literatuur .....</b>	<b>56</b>
<b>Bijlage 3: Literatuur voor onderbouwing van interventies VGG ..</b>	<b>57</b>

# Inleiding

Dit document is een herziene versie van het HBO Competentieprofiel Verpleegkundige Gerontologie-Geriatrie (VGG) uit 2005. In dit document zijn de beroepscompetenties beschreven van de verpleegkundige gerontologie-geriatrie (VGG) op HBO-niveau en, voor zover van toepassing, aangevuld met competenties uit het competentieprofiel uit de GGz, de wijkverpleegkundige en competenties voor casemanagement. De competenties zijn een aanvulling op de basiscompetenties van de HBO-er, zoals beschreven in *Met het oog op de toekomst* (Pool e.a. 2001), toegespitst op de zorgcategorie en setting voor verpleegkunde in de ouderenzorg.

Het competentieprofiel is de beschrijving van de verwachtingen van het werkveld ten aanzien van HBO - opgeleiden in de gerontologie en geriatrie. Deze verwachtingen zijn aan de dynamiek van ontwikkelingen in het veld van de ouderenzorg onderhevig en daar gebeurd veel, zie hoofdstuk 1. Het profiel is dan ook een momentopname en zal aanpassing vergen als de context dat vraagt.

Het eerste hoofdstuk beschrijft de context voor de VGG naar cliënt en zorgaanbod en beschrijft de VGG in algemene termen. In het tweede hoofdstuk staan de competenties beschreven.

Het profiel uit 2005 is in een consultatieronde voorgelegd aan het werkveld, belangenorganisaties en opleidingsveld (bijlage 1). De tot stand koming van het profiel is begeleid door een projectadviesgroep. De leden daarvan waren Anja Jonkers (VWS), Ellen Leistra (HBO-raad), Annemiek Mulder en Johan van der Spek (Actiz).

Op verzoek van de Begeleidingscommissie Project Differentiatie Ouderenzorg HBO-V van Actiz heeft Vilans in augustus 2007 het competentieprofiel aangepast. Dit document zal in de loop van het vervolg-project (2007 - 2009) door de Begeleidingscommissie nog worden getoetst aan opvattingen van deelnemende HBO-V's, leden van Actiz en van beroepsgroepen van verpleegkundigen, verzorgenden en verpleeghuisartsen.

# Hoofdstuk 1 Context voor de competenties

## De gerontologisch-geriatrische cliënt

Gerontologie is de wetenschap die zich bezighoudt met alle aspecten van veroudering. Hiertoe behoren sociale, biologische, psychologische maar ook economische aspecten. De geriatrie richt zich op de ziekten van oudere mensen en is als zodanig een onderdeel van de gerontologie. Een gangbare definitie van de geriatrie cliënt is: “iemand met een complex ziektebeeld, als gevolg van stoornissen op lichamelijk, geestelijk en/of sociaal gebied, waardoor zelfstandig functioneren en de kwaliteit van leven negatief worden beïnvloed” (Lagaay, in van der Kruk e.a., 2003). Een aantal kenmerken onderscheidt de geriatrie cliënt van jongere volwassenen en van vitale ouderen:

- verwevenheid van medisch-biologische, psychische en sociale factoren
- multiple pathologie
- polyfarmacie
- atypische presentatie van ziekten
- verminderde reservefunctie
- interindividuele variatie: naarmate mensen ouder worden gaan ze meer van elkaar verschillen

Gezien de variatie en verwevenheid van deze kenmerken is maatwerk in de zorg geboden. Dat daarbij verschillende accenten worden gelegd als het gaat om steun aan ouderen op een revalidatie afdeling, een afdeling psychogeriatric, een chronisch - somatische afdeling, een verzorgingshuis, thuis, een geriatrie afdeling in het ziekenhuis of ouderen in een kleinschalige woonvorm is evident. Daarnaast is er een groeiende groep oudere zorgvragers die een multi-dimensionele en complexe zorgvraag hebben. De combinatie van geriatrie en/of psychiatrische stoornissen en/of ziektes kan een complex beeld geven dat bij onvoldoende expertise tot misverstanden over de juiste zorgvraag kan leiden.

Van belang is de steun bij de adaptieve taken waarvoor de oudere zich gesteld ziet. Door deze steun kan de kwaliteit van leven van de cliënt worden verhoogd. Adaptatie is een belangrijk begrip voor deze cliënt, omdat het gebaseerd is op het gegeven dat de oudere zelf actief is, waarbij de omgeving steun en begeleiding kan bieden (de Lange, 2004). Bij adaptatie spelen o.a. de volgende thema's:

- kwetsbare gezondheid
- de combinatie van aandoeningen met het normale proces van veroudering
- het vraagstuk van de autonomie en wilsonbekwaamheid
- de kenmerken van transitie door de levensfasen heen
- de dreigende of feitelijke verhuizing naar een instituut
- de invloed van de leefomgeving
- de palliatieve fase van het ziek zijn
- verlies van regie
- zingeving

Bij het perspectief op adaptatie is het van belang te beseffen dat juist bij de zorg voor geriatrische zorgvragers de marges smal en mogelijkheden vaak beperkt zijn. Juist het verminderde vermogen tot adaptatie maakt dat anderen dan de cliënt de regie over moeten nemen. Hierin ligt een belangrijke taak voor de VGG. Door het toepassen van gerichte interventies<sup>1</sup> of het aanreiken van deze interventies aan medewerkers die directe zorg aan de cliënt verlenen, komen adaptatieve opdrachten van de cliënt binnen zijn bereik. Het leven met een aandoening of verminderde functie vraagt veel aanpassingen van de zorgvrager. Het vraagt soms meer vermogen dan de cliënt tot zijn beschikking heeft. De VGG kan door gericht interveniëren de mogelijkheden van de cliënt verruimen om de aandoening of verminderde functie een plaats binnen het leven te geven. Mensen die moeten leven met een chronische ziekte, handicap of beperking geven op hun eigen wijze invulling aan de beleving van gezondheid en ziekte. De definities en omschrijvingen die 'gezonde' mensen gebruiken, blijken meestal niet aan te sluiten bij de ervaringen van mensen die met een ziekte of beperking kampen. In interviews zeggen chronisch zieken vaak: 'Nee, zó ziek dat ik in bed moet liggen, ben ik niet. Maar ik ben ook niet gezond.' Of ze zeggen: 'Nee, ziek ben ik niet. Ik heb een kwaal waar ik mee moet leven.' Tegelijk bestaat het gevaar dat vanuit de omgeving klachten en beperkingen onterecht worden toegeschreven aan de leeftijd en aan het ouder worden, bijvoorbeeld bij depressie. Terwijl bij een goede behandeling en juiste vroegtijdige interventie of ondersteuning de klachten of beperkingen kunnen verminderen. Zorgverlening waarin chronisch zieken worden benaderd vanuit een ziekteperspectief is te veel gericht op de stoornis en geeft geen zicht op de beperkingen en de handicaps die iemand ondervindt. Het ziekteperspectief geeft aan wat de oorzaak kan zijn van de problemen op het gebied van de gezondheid en ziekte, maar zegt onvoldoende welke problemen iemand ondervindt bij zijn sociaal, maatschappelijk en psychisch functioneren. Om het perspectief van iemand met een chronische ziekte te beschrijven kan beter worden uitgegaan van een levenslooperspectief, omdat de aandoening gevolgen heeft voor het gehele leven van de betrokken persoon. Een chronische aandoening kan opgevat worden als een belangrijke levensgebeurtenis die een plaats in het leven moet krijgen. Het is een levensgebeurtenis die een bepaalde chronische 'carrière' veroorzaakt. De ziekte Multiple Sclerose geeft door zijn verloop en zijn fasen een andere chronische carrière dan een reumatische aandoening en weer een geheel andere carrière dan de ziekte van Alzheimer.

Voor mensen die langdurig op zorg van anderen zijn aangewezen is de zorg om de kwaliteit van leven van essentiële betekenis. Kwaliteit van leven kent vele factoren die betrokken moeten worden om te kunnen beoordelen of de beoogde kwaliteit wordt gehaald. Actiz heeft het cliëntenperspectief als uitgangspunt genomen voor het invullen van verantwoorde zorg. Het gaat uiteindelijk om de bijdrage die de zorg levert aan de door de cliënt ervaren kwaliteit van het dagelijks leven. Daarnaast moeten bestaande protocollen en richtlijnen ter bewaking van professionele "systeemkwaliteit" in de zorg bekend zijn en worden toegepast. Dit heeft consequenties voor het zorgaanbod en de zorguitvoering.

---

<sup>1</sup> In bijlage 3 zijn artikelen opgenomen voor onderbouwing van een aantal interventies die door een VGG kunnen worden toegepast

## Aanbod van wonen, zorg en dienstverlening

Het zorgaanbod voor de gerontologisch-geriatrische cliënt vindt plaats vanuit een grote diversiteit aan instellingen en afdelingen: afdelingen psychogeriatric en chronische somatiek in verpleeghuizen, het verzorgingshuis, de thuiszorg, geriatrische afdelingen in het ziekenhuis, revalidatie afdelingen in het verpleeghuis of de revalidatiekliniek, kleinschalige woon/zorgaanbod et cetera. Het meeste aanbod komt van de sector verpleeg- verzorgingshuizen, waar kwaliteit van leven een belangrijk richtsnoer voor invulling en organisatie van het aanbod is. Ongeacht vanuit welke plaats in de keten zorg wordt verleend, de kwaliteit van zorg zal altijd gerelateerd zijn aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Waarbij kwaliteitsbeleid kan worden geformuleerd op het niveau van het individuele zorgleefplan en op het niveau van de bedrijfsvoering. Actiz stelt voor om dat onderscheid ook te hanteren bij de branchenormen. In dat gegeven ligt ook een legitimatie om een onderscheid te maken tussen belevingsgerichte zorg (zorgleefplan niveau) en vraagsturing (bedrijfsvoering).

Er zijn (d.d. 2004) 1340 verzorgingshuizen en 345 verpleeghuizen. Van de 345 verpleeghuizen zijn er ongeveer 40 somatisch, 47 psychogeriatrisch en hebben 258 een gecombineerde functie. De dienstverlening van deze twee velden en ook de thuiszorg is steeds meer vervlecht geraakt. De beleidsmatige achtergrond van deze vervlechting is de functionele indicatiestelling. 'Per 1 april 2003 is er de functiegerichte aanspraken en bijbehorende indicatiestelling. De vroegere aanspraken in termen van verpleeghuis-, verzorgingshuis- en thuiszorg zijn vervangen door aanspraken op basis van functies. Met de nieuwe AWBZ is de plaats van de levering van de zorg flexibel geworden'. Met dat in het achterhoofd is het verpleeg- en verzorgingshuis als volgt te beschrijven. 'Een verpleeghuis is een instelling voor mensen die verzorging, verpleging of revalidatie nodig hebben die zij thuis of in het verzorgingshuis niet (voldoende) kunnen krijgen. Een opname kan tijdelijk zijn, maar als iemand blijvend verpleegd moet worden kan een definitieve opname noodzakelijk zijn. In de afgelopen tien tot vijftien jaar heeft de organisatie van verpleeghuizen een belangrijke verandering ondergaan in de 'transmurale', 'semi-murale' en 'extramurale' zorg. De meeste verpleeghuizen bieden dagbehandeling en hebben projecten waarin ze zorg thuis of in een verzorgingshuis bieden. Circa 15% van de verpleeghuiszorg betreft aanvullende zorg die grotendeels bestaat uit verpleeghuiszorg die in verzorgingshuizen wordt geleverd'. 'Verzorgingshuizen bieden vooral zorg aan ouderen die niet langer volledig zelfstandig kunnen wonen. In de verzorgingshuizen zijn diverse ontwikkelingen gaande. Zo verbreden verzorgingshuizen hun aanbod naar 'ouderen in de wijk' en bieden zij een uitgebreider pakket diensten aan intramurale bewoners, vaak in samenwerking met een verpleeghuis. Het gaat dan bijvoorbeeld om somatische meerzorg of groepsverzorging voor dementerende ouderen. Daarnaast zijn zogenoemde verpleegunits ontstaan doordat verzorgingshuiscapaciteit in verpleeghuiscapaciteit is omgezet'. 'Doordat zorg aan ouderen in de wijk aangeboden wordt, zijn de zogenoemde extramurale verzorgingshuisplaatsen ontstaan. Ze zijn bestemd voor ouderen die in hun zorgbehoefte lijken op intramurale cliënten en worden meestal aangewend voor ouderen in specifieke wooncomplexen, dicht bij het verzorgingshuis.

Deze zorg aan huis staat in wisselwerking met het brede servicepakket - alarmsysteem, maaltijdservice - waaraan allerlei ouderen ook zonder een manifeste zorgafhankelijkheid kunnen deelnemen' (gegevens en citaten uit Brancherapport Care, 2004).

De vervlechting van verzorgings- en verpleeghuizen krijgt steeds meer gestalte en ook de grenzen met de thuiszorg worden meer diffuus. Deze situatie prikkelt de ondernemingszin van zorgaanbieders. Er is sprake van een beweging richting marktwerking, waarbij zorgaanbieders te maken hebben met samenwerking én concurrentie met collega's in de regio. Oude samenwerkingsafspraken gaan in deze situatie vaak niet meer op, met de nodige turbulentie als gevolg. Aanbieders van zorg, wonen en welzijn stellen zich in op deze nieuwe situatie, die eisen stelt aan modern ondernemerschap om bedreigingen het hoofd te bieden dan wel kansen te benutten.

Volgens Actiz (2003, voorheen Arcares) zouden de meeste moderne verpleeghuizen kunnen uitgroeien tot zorgcentra waar gespecialiseerde kennis in huis is, bestemd voor de patiënten die veel zorg nodig hebben. De helft van de 100.000 plaatsen in verzorgingshuizen zouden plaats moeten maken voor woonzorgcomplexen of andere kleinschalige voorzieningen. Dit idee past bij de huidige maatschappelijke ontwikkelingen, waarin dé-institutionalisering belangrijk is. Waarbij het doel is om te zorgen dat mensen zo lang mogelijk in de eigen omgeving kunnen blijven wonen, inclusief de nodige behandeling, verpleging, verzorging en begeleiding. Deze kaders voor ouderenbeleid en ouderenzorg zijn echter toegesneden op minder kwetsbare ouderen en niet geheel toereikend. Immers, ook als het streven naar dé-institutionalisering gerealiseerd is, is er een groep mensen die gebaat is bij multidisciplinaire verpleeghuiszorg met integratie van zorg, wonen en welzijn. Kortom: verpleeghuiszorg is niet identiek aan ouderenzorg. Ouderenzorg omvat zorg voor mensen die in een bepaalde fase van hun leven verkeren en op basis daarvan vergelijkbare vragen en behoeften hebben. Verpleeghuiszorg omvat zorg voor mensen, die vanwege een ziekte, handicap of beperking professionele ondersteuning nodig hebben. De multidisciplinaire zorg, behandeling en begeleiding die daarvoor nodig is, gaat veel verder dan de algemene ouderenzorg voor - de grootste groep - oudere mensen buiten het verpleeghuis.

Samengevat spelen verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg de belangrijkste rol in het palet van aanbieders in de gerontologie en geriatrie. Kwaliteit van leven is voor de aanbieders een belangrijk richtsnoer in de organisatie en invulling van de dienstverlening. De gerontologisch-geriatische cliënt is niet alleen in het verpleeg-verzorgingshuis te vinden maar in alle sectoren van de zorg. De demografische ontwikkeling laat een grote toename van ouderen zien, wat maakt dat in de care én cure het specialisme geriatrie aan belang zal winnen.

## De verpleegkundige gerontologie-geriatrie

De verpleegkundige gerontologie-geriatrie (VGG) onderscheidt zich van andere verpleegkundigen en verzorgenden door met meer diepgang de complexe zorgvragen van de oudere cliënt tegemoet te treden.

Zij maakt daarbij gebruik van haar kennis van de normale veroudering en de pathologische veroudering. De VGG houdt het overzicht op snel veranderende situaties, onderneemt gepaste activiteiten en past gerichte interventies toe, zowel voor intramuraal als extramuraal verblijvende cliënten. De VGG denkt proactief en verleent zorg vanuit het levensloopperspectief van de cliënt. Zij zal in haar zorgverlening afwegingen en keuzes moeten maken tussen de autonomie van de cliënt en ingrijpen in de situatie. Het accent van de functie ligt op het snijvlak van de medische-, psychosociale-, psychiatrische en psychogeriatrische complexe verpleegkundige activiteiten waar specifieke kennis en kunde voor nodig is.

Daarnaast heeft de VGG (langdurig) persoonlijk contact met de hulpvrager en zijn sociale omgeving. Zij biedt emotionele ondersteuning, past gerichte interventies toe en helpt bij het vinden van de juiste zorg op de juiste plek. Individuele zorg, trajectbegeleiding en continuïteit van zorg zijn belangrijke elementen van haar zorgverlening. Soms wordt zij casemanager of zorgconsulent genoemd.

De VGG kan deze kennis en vaardigheden omzetten in praktisch handelen, gericht op o.a. de volgende probleemgebieden:

- zeggenschap
- transities in ziekte, zorg en levensloop
- cognitief functioneren + daaruit voortkomende problemen
- gedragsproblemen ten gevolge van cognitief functioneren (claimend gedrag, agressie enz)
- geheugenstoornissen + pathologie
- depressie
- eenzaamheid
- rouw- en verliesverwerking
- valincidenten
- decubitus (-preventie)
- vrijheidsbeperkende middelen
- voeding- vochtbalans
- toenemende polyfarmacie en gebruik van psychofarmaca onder ouderen
- (vroegtijdig signaleren van) zintuigstoornissen

De beroepshouding van de VGG wordt gekenmerkt door een open, creatieve en intelligente manier van werken. Waarbij zij daadwerkelijk haar handelen laat sturen door de normen en waarden van de client, gebruik makend van resultaten van wetenschappelijke onderzoek en vakinhoudelijke expertise. En bovenal inzicht in welke situaties welke van de genoemde drie elementen wetenschap, klinische expertise en cliëntwaarden de prioriteit dienen te krijgen. De VGG werkt volgens de ethische code van verpleegkundigen. Dit betekent dat zij met respect en toewijding optreedt ongeacht de levensovertuiging, aard en duur van de ziekte of handicap. Zij houdt rekening met de waarden en normen, de wensen en gewoonten en de behoefte aan privacy van de cliënt. Zij is volledig verantwoordelijk voor eigen handelen met in achtname van de regels in de BIG-wet.

De VGG vervult een belangrijke rol als verbindende factor tussen de medische en de verzorgende discipline en andere betrokken hulpverleners. Deze intermediaire rol komt regelmatig terug, en vraagt van verpleegkundigen dat zij kunnen werken als een spin in een web en borg kunnen staan voor duurzaamheid van de zorg.

De VGG verleent zorg die over de grenzen van de instelling of organisatie heen gaat. Zij werkt intramuraal, maar kan ook in extramurale of transmurale settings werken.

Verpleegkundige zorg moet transparant zijn, zodat alle belanghebbenden - cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars - inzicht hebben in de kosten en baten van de verpleegkundige zorgverlening. Van HBO - verpleegkundigen wordt verwacht dat zij zogenoemde '*evidence-based health care*' kunnen leveren. Met Evidence -based gezondheidszorg wordt bedoeld dat het handelen van de professionals wordt gestuurd door de integratie van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, klinische expertise en waarden en normen van patiënten (Sackett e.a., 2000).

Kenmerkend voor de VGG is dat zij erin slaagt tijdens de uitoefening van haar beroep een aantal belangrijke elementen te combineren en te integreren: het HBO-niveau, de geriatrische/ psychiatrische én de eerstelijns verpleegkunde. Zij kan de vergelijking doorstaan met andere HBO - opgeleiden wat betreft het bereikte competentieniveau. Tegelijkertijd wordt haar handelen gestuurd door de kenmerken van het verpleegkundig beroep, en de kenmerken van de groep oudere cliënten. De integratie van deze elementen wordt vooral zichtbaar in de rollen die zij vervult, en de wijze waarop zij die uitvoert. De VGG verwerft daarmee de algemene competenties die gelden voor de afgestudeerde bachelor in de verpleegkunde, aangevuld met competenties voor deze specifieke uitstroomvariant (Pool e.a, 2001) . Waarbij het gaat om: kennis en inzicht; toepassen kennis en inzicht; oordeelsvorming; communicatie en leervaardigheden.

Richtinggevend voor de visie op zorg is belevingsgerichte zorg. Dat is een manier van werken waarbij de VGG de behoeften en de beleving van de cliënt daadwerkelijk centraal kan stellen tijdens haar werkzaamheden. Belevingsgericht werken is niet eenvoudig, omdat het betekent dat vanzelfsprekendheden en kaders vanuit de organisatie wegvallen en de cultuur binnen de organisatie verandert. Wanneer de principes van belevingsgerichte zorg worden gevolgd, gelden bij de invulling van de competenties en het werken aan de competenties als centrale waarden: gezamenlijkheid, gelijkwaardigheid, gepastheid en autonomie( Pool, Schumacher & Mostert, 2004). Het aanhouden van deze centrale waarden houdt onder andere in dat de VGG aan de cliënt en zijn familie vraagt wat zij belangrijk vinden voor het leven van de client en voor de zorgverlening. De mening van de cliënt en zijn familie is een belangrijke indicatie voor de vraag of de VGG wel of niet voldoet aan de competenties die zij voor het uitoefenen van haar vak nodig heeft. Daarnaast maken meningen van anderen zoals collega's, artsen en leidinggevenden het beeld dat de VGG van zichzelf heeft, volledig.

De VGG geeft mede vorm aan de toekomst van de ouderenzorg. Onder andere bij de introductie van nieuwe technologie, de verdere ontwikkeling van kleinschalige woonvormen voor dementerenden of het geven van zorg thuis. De VGG is ondernemend en kan bijvoorbeeld bijdragen aan het opzetten van consultatiebureau's voor ouderen.

## Toelichting op de beroepscompetenties

Voor het beschrijven van competenties van de VGG in het verpleeghuis en verzorgingshuis is gebruik gemaakt van de 12 kerncompetenties uit *Met het Oog op de Toekomst* (Pool, e.a. 2001). *Een nieuwe verpleegkundige in het verpleeghuis* (Schumacher & Pool, 2004), *Beroepscompetenties van de HBO-verpleegkundige in de ouderenzorg* (Klingeman & Machielse, 2004) vormden de belangrijkste input voor het competentieprofiel uit 2005. Het herziene competentieprofiel 2007 dat nu voorligt is aangevuld met competenties uit *Competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundigen. Module bij het handboek In de spiegel kijken. Werken aan competenties in de thuiszorg* (Mast & Pool, 2003, NIZW) en *Beroepscompetenties van de HBO-GGZ-verpleegkundige* (Scienza GGZ Kennistransfer, 2005) en competenties die gedestilleerd zijn uit het rapport *Casemanagement bij Dementie. Aanpak en effecten van casemanagement bij dementie. Een exploratieve studie in het kader van het Landelijk Dementieprogramma* (Ligthart, 2006, Radboud Universiteit Nijmegen). Het concept-profiel is voorgelegd en becommentarieerd door deskundigen uit onderwijs en werkveld.

De competenties zijn de onderliggende kenmerken die het succes bepalen dat de VGG heeft in het vervullen van de verschillende rollen ten behoeve van de beschreven domeinen in het verpleeghuis, verzorgingshuis, thuiszorg en andere relevante settings. Onder een competentie verstaan wij het vermogen om een taak onder verschillende omstandigheden in de reële werkelijkheid uit te voeren en tot de gewenste uitkomsten te komen. Of dit vermogen tot uitdrukking komt en gebruikt wordt, hangt niet alleen af van de betrokkene zelf, maar ook of de omgeving een appèl doet op dit vermogen. Als in een organisatie een verpleegkundige met HBO competenties werkt, maar de taken die haar worden toegewezen MBO competenties vereisen, zullen haar competenties niet zichtbaar worden. Tegelijk mag van een HBO opgeleide verpleegkundige worden verwacht dat zij ook zelf haar werk op het niveau brengt waarvoor zij is toegerust.

Het vermogen van de VGG bestaat uit een samenspel van vijf elementen:

- de motieven: wat wil de VGG, wat drijft haar tot bepaald gedrag of tot het bereiken van bepaalde doelen, uitdagingen;
- de persoonlijke kenmerken van de VGG: zowel fysieke kenmerken als specifieke wijze van reageren op situaties;
- het zelfbegrip van de VGG: haar houding, waarden en zelfbeeld;
- de kennis: informatie die de VGG bezit op het (vak)gebied van de gerontologische, geriatrische, psychiatrische en eerstelijns verpleegkunde;
- de vaardigheden en het vermogen van de VGG om een specifieke fysieke of geestelijk taak te verrichten.

De VGG vervult vijf rollen: zorgverlener, regisseur, coach, ontwerper en beroepsbeoefenaar, zoals alle HBO verpleegkundigen. De rollen, functies en taken in dit document kunnen opgevat worden als redelijk nieuw. Maar de positie van de VGG is daarmee niet beschreven. Wij achten dit een verantwoordelijkheid van het bestuur en management van de instellingen. De VGG heeft een toegevoegde waarde aan de teams V&V en is niet te verwarren met bijvoorbeeld het competentieprofiel van de EVVer.

## Domeinen en rollen

De VGG is deskundig op drie domeinen: *zorg*, *organisatie van zorg* en het *beroep verpleegkundige*. Het domein *zorg* is onderverdeeld in de subdomeinen: zorg voor zieken, gehandicapten en stervenden, individuele en collectieve preventie en GVO. Het domein *organisatie van zorg* is verdeeld in zorgprogrammering, zorgbeleid en kwaliteitszorg. Het domein *beroep* is geoperationaliseerd in deskundigheidsbevordering en beroepsinnovatie. De rollen krijgen hun specifieke invulling door de kenmerken van de groep cliënten, de setting ofwel plaats in de keten van zorgaanbieders waarin wordt gewerkt en de gerontologische en geriatrische kennis.

## De competentiebeschrijvingen

De structuur van de competentie beschrijving is het zelfde als in *Met het Oog op de Toekomst* (Pool e.a 2001), waardoor de lezer op een relatief gemakkelijke manier van de algemene verpleegkundige competenties verder kan lezen naar de competenties die specifiek geacht worden voor de zorg voor oudere cliënten in de keten waar het verpleeghuis, het verzorgingshuis en de thuiszorg deel van uitmaken. Tegelijk biedt dat het onderwijs aanknopingspunten voor het curriculum, omdat diverse andere sectoren de structuur van *Met het Oog op de Toekomst* aanhouden in hun beschrijvingen van de competenties .

De beschrijvingen bevatten:

1. een beschrijving van de werksituatie;
2. een beschrijving van gedrag;
3. een criterium voor de effectiviteit van het gedrag.

De beschrijving van de competenties omvat een aanduiding van rol, domein en domeinspecificatie, een korte omschrijving van de competentie en een toelichting. Aan het eind van de beschrijving van iedere competentie volgt een operationalisering in de vorm van een zin die is opgebouwd volgens het volgende stramien: **Bij ... gaat het om ... zodat ...**Bij iedere competentie is ter illustratie een praktijkvoorbeeld toegevoegd, waarbij de meeste voorbeelden afkomstig zijn uit een Rotterdams project (Klingeman e.a., 2004).

# Hoofdstuk 2 Uitwerking van de competenties

## Kerntaak en kernkwaliteit van de VGG

### **De kerntaak**

De VGG verleent op professioneel verantwoorde wijze verpleegkundige zorg, waarbij haar belangrijkste doelstelling is het ondersteunen van de kwaliteit van leven van de cliënt. De VGG kan complexe zorgvragen van de gerontologisch-geriatrische cliënt tegemoet treden en plaatsen binnen het perspectief van de individuele levensloop. Naast de individuele zorgverlening speelt de VGG een belangrijke rol in het zorgbeleid wat een team of afdeling stuurt in de zorg- en dienstverlening aan de doelgroep. Zij is in staat de medisch-verpleegkundige zorg te plaatsen binnen het geheel van doelstellingen gericht op de kwaliteit van leven van de cliënt. En treedt daarbij gevraagd en ongevraagd op als consulent naar (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden en anderen.

### **De kernkwaliteit**

Het respect tonen voor en aansluiten bij het levensloopperspectief van zorgafhankelijke ouderen, ongeacht sociale of economische status, levensbeschouwing, opleiding, ras, geslacht, seksuele geaardheid of culturele achtergrond vormt de basis voor professionele zorgverlening. Waarbij de beroepshouding van de VGG wordt gekenmerkt door een actieve aandacht voor de cliënt en zijn situatie, geduld, interesse voor ouderen en het vermogen zich open te stellen voor de cliënt en zijn familie. Deze basishouding wordt aangevuld met kwaliteiten die zijn verkregen door een HBO denk- en handelingsniveau. De VGG ontwikkelt zich tot een belangrijke teamspeler in het hele netwerk rondom zorgafhankelijke ouderen.

## Overzicht rollen, domeinen en competenties

### Zorgverlener

#### **Zorg voor zieken, gehandicapten en stervenden**

Om de last van ziekte, handicap of sterven te verlichten, verleent de VGG op een professioneel verantwoorde wijze verpleegkundige zorg op menselijke maat aan zowel de cliënt als zijn naaste familie. Om cliënten te helpen bij het omgaan met de gevolgen van het ziek zijn en bij het voorkomen en terugdringen van psychosociale problemen, biedt de VGG psychosociale zorg.

#### **Individuele en collectieve preventie**

Om risico's voor de gezondheid en complicaties van onderzoek, behandeling of verblijf te verminderen en/of te stabiliseren, past de VGG primaire, secundaire en tertiaire preventie toe.

#### **GVO**

Om een gezonde leefstijl bij cliënten en hun familieleden te bevorderen geeft de VGG op basis van een programmatische aanpak informatie, voorlichting en advies aan individuen en groepen.

### Regisseur

#### **Zorg voor zieken, gehandicapten en stervenden**

Om de zorg te laten verlopen als een continu en integraal proces dat gericht is op het welzijn van de zorgvrager coördineert de VGG de zorg.

#### **Individuele en collectieve preventie**

Om te zorgen dat de doelen van een preventieprogramma worden gerealiseerd, coördineert de VGG de afgesproken activiteiten.

### Ontwerper

#### **Zorgprogrammering**

Om de verpleegkundige deskundigheid te waarborgen in een integrale aanpak van zorg, behandeling en voorlichting werkt de VGG mee aan de ontwikkeling en vaststelling van nieuwe zorgprogramma's.

#### **Zorgbeleid**

Om de zorgverlening op de afdeling of in het team zo efficiënt, effectief en goed mogelijk te laten verlopen, levert de VGG een bijdrage aan het totstandkomen van het zorgbeleid.

#### **Kwaliteitszorg**

Om de kwaliteit van de zorg te bewaken en te waarborgen participeert de VGG in het ontwerpen van kwaliteitszorg op afdelings- of teamniveau.

### Coach

#### **Zorgprogrammering en zorgbeleid**

Om de doelen van het zorgbeleid en de zorgprogramma's te realiseren kan de VGG extra- en intramuraal werkende verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden helpen en steunen bij het uitvoeren van de vastgestelde taken en functies.

### ***Werkbegeleiding***

Om stagiaires, collega-verpleegkundigen en -verzorgenden te steunen in hun professionele identiteit, staat de VGG hen met raad en daad ter zijde.

### **Beroepsbeoefenaar**

#### ***Beroepsinnovatie***

Om het beroep van de VGG te ontwikkelen tot een professie die aansluit bij maatschappelijke ontwikkelingen van de eenentwintigste eeuw, vervult de VGG een actieve rol in de vernieuwing van het beroep en het bevorderen van het beroepsbewustzijn.

#### ***Deskundigheidsbevordering***

Om de kwaliteit van het VGG beroep op het vereiste peil te houden, zodat het kan voldoen aan de maatschappelijke criteria, werkt de VGG -verpleegkundige actief mee aan de bevordering van de deskundigheid van de beroepsgroep.

## **Rol Zorgverlener**

In de rol van zorgverlener onderscheidt de VGG zich door met diepgang de complexe zorgvragen van de geriatrische en gerontologische cliënten tegemoet te treden, en deze te plaatsen binnen een perspectief van de individuele levensloop. Zij gebruikt daarvoor haar kennis over de normale veroudering, de kennis over ziekteprocessen, en de relatie tussen beide. De VGG is gespitst op snel veranderende situaties en sluipende veranderingen, zij houdt hierover het overzicht en onderneemt gepaste activiteiten.

De VGG denkt pro-actief en verleent zorg die aansluit bij het levensloopperspectief van de cliënt, en de concrete situatie waarin deze verkeert. Zij is vooral actief in complexe situaties, en situaties waarin hoogwaardige verpleegkundige en medische zorgvragen aan de orde zijn. Zij is in staat deze medisch/verpleegkundige zorg te plaatsen binnen het geheel van doelstellingen gericht op de kwaliteit van wonen, zorg en welzijn.

Als gevolg van de verschuiving van taken van de arts naar de verpleegkundige kenmerkt de rolvulling van de VGG zich vooral door sociaal/verpleegkundige en medische taken. Veel medische behandelingen vragen om een continu proces van bewaking en monitoren door de VGG. Een tweede activiteit die hiermee samenhangt is het ondersteunen van de intra- en extramurale teams bij het realiseren van het gewenste niveau van functioneren. De derde activiteit die uit deze taakverschuiving voortvloeit is het vervullen van de schakelfunctie tussen medici en verzorgenden, tussen de verschillende hulpverleners en tussen intra- en extramurale organisaties.

---

<b>Rol:</b>	<b>Zorgverlener</b>
<b>Domein:</b>	<b>Zorg</b>
<b>Domeinspecificatie:</b>	<b>Zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en stervenden</b>
<b>Competentie:</b>	<b>Om de last van ziekte, handicap of sterven te verlichten, verleent de VGG op een professioneel verantwoorde wijze verpleegkundige zorg op menselijke maat aan de cliënt en zijn naaste familie</b>

---

### **Toelichting**

De kern van de VGG verpleegkundige ligt in het verplegen, begeleiden en voorlichten van overwegend oudere mensen met geriatrische en/of somatische problemen. Deze cliënten kunnen thuis wonen, dan wel verblijven in een verzorgingshuis, een ziekenhuis, een psychogeriatrisch afdeling, chronisch somatische afdeling of een revalidatie/reactivering afdeling in een verpleeghuis, of varianten hierop. Het doel van het handelen is verhoging van de kwaliteit van leven. Het accent van de functie ligt daarbij op het snijvlak van de medische activiteiten, psychosociale activiteiten en hoogwaardige verpleegkundige activiteiten. De VGG heeft een eigen deskundigheid, die zij aanvullend gebruikt ten opzichte van de deskundigheid van de verzorgenden in de ouderenzorg. De VGG onderscheidt zich van andere verpleegkundigen en verzorgenden door met meer diepgang de complexe zorgvragen van de oudere cliënt tegemoet te treden. Zij maakt daarbij gebruik van haar kennis van de normale veroudering en de pathologische veroudering.

De VGG houdt het overzicht op snel veranderende situaties en onderneemt gepaste activiteiten. Het kunnen toepassen van verschillende werkwijzen zal de VGG helpen de analyse van de situatie langs meerdere wegen en in gepaste samenhang te maken. Kennis en vaardigheden zijn nodig om een totaalbeeld in ruimte en tijd te koppelen aan de betekenis die de cliënt er aan hecht.

De VGG denkt proactief en verleent zorg vanuit het levensloopperspectief van de cliënt. Zij zal in haar zorgverlening afwegingen en keuzes moeten maken tussen de autonomie van de cliënt en ingrijpen in de situatie. Haar zorg wordt gekenmerkt door het respect tonen voor en aansluiten bij de cliënt en zijn omgeving, ongeacht diens sociale of economische status, levensbeschouwing, opleiding, ras, geslacht of leeftijd, seksuele geaardheid of culturele achtergrond.

De VGG biedt zorg op een belevingsgerichte en vraaggestuurde wijze, met inachtneming van professionele standaarden. Haar zorg krijgt gestalte door het aangaan van een zorgrelatie.

De VGG doet alles wat in haar vermogen ligt om de leefsituatie van de cliënt te optimaliseren. Waarbij de gewoontes en de wensen van de cliënt het uitgangspunt vormen.

\*\*\*\*\*

*Iedere dag stond hij voor het raam naar buiten te turen, soms urenlang. Als je vroeg waar hij naar keek of wat hij zag, mompelde hij onverstaaanbaar. We reageerden zonder het te begrijpen. Onze eerste gedachte was dat hij misschien op zijn vrouw stond te wachten of daar te dagdromen stond. Tot we te weten kwamen dat hij schipper was geweest. Het hielp ons echt contact met hem te krijgen. Nu kunnen we mee naar buiten kijken, met hem oog hebben voor weer en wind. En daar verhalen aan ontluiken die aan zijn schippersleven zijn verbonden. Op zulke momenten heeft hij niet alleen echt contact met ons, maar ook met zichzelf en zijn eigen leven. Daar geniet hij zichtbaar van.*

\*\*\*\*\*

## **Bij**

het verlenen van zorg door een VGG

### **gaat het om**

- Het bieden van aanvullende en versterkende zorg op de zorg door verzorgenden, (wijk)verpleegkundigen en arts;
- Een combinatie van medische en verpleegkundige zorg, psychogeriatrische en psychiatrische zorg;
- Het interveniëren op fysiek, sociaal en emotioneel gebied en crisisinterventie;
- Het opbouwen en onderhouden van een professionele vertrouwensrelatie met cliënt, familie en sociale omgeving;
- Methodisch en systematisch verpleegkundig handelen en toezicht houden op het verloop;
- Handelen vanuit de cliënt, cliëntgericht en vraaggestuurd ;
- Het proactief en anticiperend handelen naar cliënt en omgeving;
- Het realiseren van zorg volgens vigerende kwaliteitseisen en principes van evidence based handelen toepassen;
- Reflecteren op eigen gedrag;
- Kritische reflectie op geboden zorg;
- Analytische blik en probleemoplossend vermogen(case);
- Toezicht houden op de conditie van de zorgvrager en zijn situatie;
- Professionele waarden omzetten in gedrag;
- Het onderbouwen en verantwoorden van (keuzes in) de zorg;
- Het organiseren en coördineren van de zorg(case);
- Verschillen in perspectief hanteren;
- Geïntegreerde psychosociale zorg verlenen;
- Samenwerken met andere hulpverleners(WV)

### **zodat**

de oudere cliënt in het verpleeg- of verzorgingshuis of thuis, beter kan omgaan met een voor hem moeilijke situatie waardoor de kwaliteit van leven wordt vergroot

---

<b>Rol:</b>	<b>Zorgverlener</b>
<b>Domein:</b>	<b>Zorg</b>
<b>Domeinspecificatie:</b>	<b>Zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en stervenden</b>
<b>Competentie:</b>	<b>Om cliënten te helpen bij het omgaan met de gevolgen van het ziek zijn en bij het voorkomen en terugdringen van psychosociale problemen, biedt de VGG psychosociale en psychiatrische zorg</b>

---

### **Toelichting**

Mensen met psychogeriatrische en/ of somatische problemen kunnen ook psychiatrische en psychosociale problemen ondervinden. Eenzaamheid, depressie en allerlei andere vormen van psychiatrische problematiek komen in hoge mate voor in verpleeg - en verzorgingshuizen en in de thuissituatie. De (verpleeg)huisarts, de (wijk)verpleegkundige en de EVV zullen hier aandacht aan moeten besteden. Maar juist omdat de VGG werkt op het snijvlak van de medische zorg en psycho-sociale zorg heeft zij een toegevoegde waarde als het gaat om geriatrische en psychiatrische problemen.

De VGG ziet door haar werk heel direct welke effecten het ziek zijn op diverse aspecten van het leven van de cliënt en zijn omgeving heeft. Chronisch zieke ouderen worden gedwongen hun leven aan te passen aan de beperkingen die de ziekte hen oplegt. Onder verpleegkundige psychiatrische en psychosociale zorg aan deze groep cliënten kan worden verstaan het ondersteunen van de oudere chronisch zieke en zijn familie bij het omgaan met de 'adaptieve opgaven'. Met de term adaptatie wordt benadrukt dat zij geen keus hebben om de opdracht wel of niet te accepteren. Zij moeten zich ongevraagd aanpassen aan de consequenties van de ziekte. Eveneens zal de VGG met het bieden van psychosociale zorg streven naar het voorkomen of terugdringen van psychosociale en geestelijke gezondheidsproblemen. Over psychosociale en geestelijke gezondheidsproblemen wordt gesproken als een persoon psychisch onwelbevinden ervaart, sociaal en maatschappelijk niet naar tevredenheid kan functioneren of de samenhang in de zingeving is kwijtgeraakt. Hoe ernstig deze problemen zijn, hangt af van de mate die de betrokkene aangeeft. In voorkomende gevallen moet de VGG psychiatrische ziektebeelden herkennen en tijdig een psychiater of sociaal psychiatrisch verpleegkundige inschakelen.

Psychosociale en psychiatrische zorg is gericht op het verbeteren van de situatie zoals de cliënt die beleeft. De doelen van deze zorg kunnen gericht zijn op verschillende aspecten van het leven van de cliënt, te weten: betere probleemhantering en adaptatie, zich gesteund voelen, zich minder machteloos voelen en het ervaren van meer samenhang in de zingeving, maatschappelijk beter functioneren of het verblijf in het verpleeghuis beter kunnen doorstaan.

De VGG biedt bewust en proactief psychosociale en psychiatrische zorg aan, met inzet van communicatieve vaardigheden en psychosociale methodieken. Zij doet dit op een transparante en doelbewuste manier in overleg met cliënt en de behandelend (verpleeg)huisarts/geriater.

\*\*\*\*\*

*Heer en mevrouw K. hebben tot hun 85<sup>e</sup> jaar zelfstandig gewoond en zijn daarna in een aanleunwoning gaan wonen. Dit ging goed tot hun 90<sup>e</sup>. Mevrouw werd steeds banger alleen. Had last van evenwichtsstoornissen. De heer K was behoorlijk doof. Hij maakte graag een toertje op de fiets en speelde nog biljart. Zijn vrouw praatte steeds meer op hem in: fietsen was te gevaarlijk en dat biljarten was ook maar niks. Op enig moment begon mevrouw K te dementeren en na verloop van een half jaar was de situatie zo ernstig dat mevrouw niet meer alleen kon zijn. Na lang beraad in de familie werd besloten dat het echtpaar samen opgenomen zou worden op een gesloten afdeling van het verpleeghuis. Voor mevrouw een goede oplossing, zij werd er rustiger van. Voor de heer K desastreus, de omgeving werkte zeer deprimerend op hem. Hoewel hij de code van de deur had en dus naar buiten kon, kwam hij daar amper toe. Hij werd zeer opstandig en nam iedereen hetgeen nu speelde kwalijk. Apart van zijn vrouw wonen wilde hij niet en met haar samen op de gesloten afdeling kon hij niet. De onrust nam dusdanige vormen aan dat hij agressief werd en opgenomen werd op de afdeling neurologie van een algemeen ziekenhuis. Maar hoe nu verder na de ziekenhuisopname?*

\*\*\*\*\*

## **Bij**

het verlenen van psychosociale en psychiatrische zorg

### **gaat het om**

- Behoeftte aan ondersteuning signaleren;
- De situatie analyseren;
- De noodzaak inschatten voor het bieden van psychosociale zorg;
- De noodzaak inschatten voor het bieden van psychiatrische zorg;
- Psychosociale en psychiatrische interventies uitvoeren en het beoordelen van de effecten hiervan;
- Ondersteuning bieden bij materiële problemen;
- Ondersteuning bieden bij persoonlijke problemen;
- Ondersteuning bieden bij sociale problemen;
- Ondersteuning bieden bij zingeving problemen;
- Tijdig doorverwijzen naar meer deskundigen;
- Een professionele therapeutische zorgverleningsrelatie aangaan en onderhouden.

### **zodat**

de cliënt en familie beter kunnen omgaan met de ziekte en de situatie waarin zij verkeren en een crisis wordt voorkomen.

---

Rol:	Zorgverlener
Domein:	Zorg
Domeinspecificatie:	Palliatieve terminale zorg
Competentie:	Om het lijden van zorgvragers te verlichten bij wie de ziekte niet meer reageert op een curatieve behandeling, en het sterven binnen afzienbare tijd verwacht kan worden, verleent de VGG palliatief terminale zorg

---

### Toelichting

In de intra- en extramurale zorg wordt de VGG geconfronteerd met mensen die hulp nodig hebben, omdat zij in de laatste fase van hun leven verkeren. Palliatieve zorg voor terminale patiënten is emotioneel belastende, omdat zij de kern van het menselijk bestaan raakt, zowel voor zorgvragers, mantelzorgers als voor professionals. Voor allen betekent het vaak een confrontatie met gevoelens van machteloosheid en verdriet. En het vergroot het risico opgebrand te raken of routinematig zorg te verlenen. Palliatieve zorg is afhankelijk van de kwaliteit van de individuele zorgverlener, en vraagt om een integraal zorgaanbod. Omdat de situatie van een zorgvrager, bij wie de ziekte niet meer reageert op een curatieve behandeling en het sterven redelijkerwijs binnen afzienbare tijd verwacht kan worden, zo wezenlijk anders is dan alle andere situaties waarin zorg wordt gegeven, is specifieke deskundigheid en een specifieke attitude op zijn plaats. Palliatieve zorg voor terminale patiënten is 'alle zorg die gericht is op het verlichten van het lijden van patiënten in de laatste fase van hun leven. Naast bestrijding van lichamelijke symptomen is er daarbij ook aandacht voor emotionele, sociale en spirituele aspecten.'

\*\*\*\*\*

*Mevrouw Karsten van 79 jaar is bekend met een mammacarcinoom. Zij is hiervoor in het verleden behandeld, maar nu is er sprake van een recidief waarvoor geen behandeling meer mogelijk is. Zij woont zelfstandig met haar 86 jarige echtgenoot en heeft drie zonen die wel wekelijks komen, maar weinig ondersteuning bieden. Mevrouw heeft toenemend pijn, waarschijnlijk door botmetastasen, en de huisarts start met palliatieve pijnbestrijding in de vorm van morfinepreparaten. Mevrouw is bedlegerig en meneer kan de zorg voor zijn vrouw niet meer goed aan. De thuiszorg wordt ingeschakeld en de wijkverpleegkundige komt dagelijks bij het echtpaar voor lichamelijke verzorging en toediening van medicatie. Na verloop van tijd klaagt mevrouw over pijn in de buik en obstipatie. Bovendien vertoont zij in toenemende mate verward gedrag. De wijkverpleegkundige vermoedt dat sprake is van een delier door een lichamelijke oorzaak, en roept de VGG in voor een consult.*

\*\*\*\*\*

**Bij**  
het geven van palliatieve terminale zorg

**gaat het om:**

- pijnbestrijding verzorgen;
- aandacht besteden aan existentiële vragen;
- betrekken van de naasten;
- bestrijden van symptomen;
- continu, actief, integraal zorgen;
- reflecteren op eigen emoties;
- organiseren van zorg.

**zodat**

de laatste levensfase zo veel mogelijk overeenkomt met de wensen en behoeften van de zorgvrager en zijn naasten.

---

Rol:	Zorgverlener
Domein:	Zorg
Domeinspecificatie:	Zorg voor mantelzorgers
Competentie:	Om het zelfmanagement van mantelzorgers van chronisch zieken, gehandicapten of stervenden te bevorderen, biedt de VGG ondersteuning aan mantelzorgers

---

### **Toelichting**

De VGG komt in de intra- en extramurale zorg op diverse manieren met mantelzorgers in aanraking. Waarom mantelzorgers zorgen, wat zij doen, en hoeveel tijd zij aan deze zorg besteden kan zeer uiteenlopen en heeft direct invloed op de situatie thuis. De laatste jaren is veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de taken en de rollen van de mantelzorgers. Dit heeft mede geleid tot een duidelijke erkenning van het belang van de mantelzorg. De LVT (nu ActiZ) heeft daarom destijds ook ondersteuning van de mantelzorg als product in het pakket opgenomen. Meestal zijn de partners van de zorgvragers de primaire verzorgers, maar ook familieleden, kinderen en vrienden kunnen mantelzorgers zijn. Als mantelzorgers kunnen zij diverse rollen vervullen, zoals die van hulpbron, medezorgvrager en medezorgverlener. Mantelzorgers komen door de hoeveelheid aan rollen en taken nogal eens in de knel. Door het ondersteunen van mantelzorgers in de diverse rollen en door het bevorderen van hun zelfmanagement levert de VGG een belangrijke bijdrage aan het verbeteren van de kwaliteit van hun leven. Tevens levert zij een bijdrage aan het in stand houden of verbeteren van het bestaande zorgsysteem.

Diverse hulpverleners en vrijwilligers kunnen ondersteuning bieden bij de uitvoering van specifieke taken die de mantelzorg op zich heeft genomen, zoals huishoudelijke taken of respijtzorg. De VGG onderscheidt zich hierin door haar assessment en analyse van de situatie, door het kunnen anticiperen op de gevolgen van de situatie, en door het combineren van de rollen van zorgverlener, regisseur en coach. Ook maakt zij gebruik van de wetenschappelijke kennis en inzichten over mantelzorg en mantelzorgondersteuning. Veelal zal de VGG deze vaardigheden inzetten in complexe situaties waarbij veel formele en informele hulpverleners betrokken zijn. Zij moet hierbij flexibel en creatief en oplossingsgericht te werk kunnen gaan.

\*\*\*\*\*

*De heer van Dijk heeft een ernstige vorm van hartfalen en is daarvoor onder behandeling bij de cardioloog. Meneer kan zichzelf nog verzorgen, maar is voor de overige zorg afhankelijk van zijn vrouw. Meneer is bang voor de dood en is daardoor onrustig en soms agressief naar zijn vrouw. De huisarts schrijft haldol voor met weinig effect. Mevrouw kan de situatie echter niet meer aan en vertrekt voor twee weken naar een klooster om bij te komen. Meneer voelt zich erg in de steek gelaten. In die periode zorgt de oudste dochter zo goed mogelijk voor haar vader.*

*Na haar terugkeer uit het klooster gaat mevrouw naar de huisarts en vraagt of hij niet kan zorgen dat haar man wordt opgenomen. De huisarts besluit de VGG te vragen bij het echtpaar langs te gaan om de situatie in kaart te brengen en te kijken welke zorg er nodig is om het voor alle betrokkenen hanteerbaar te houden.*

\*\*\*\*\*

## **Bij**

het ondersteunen van mantelzorgers

### **gaat het om**

- bekend zijn met mantelzorgproblematiek, draagkracht en draaglast;
- de noodzaak voor het ondersteunen van mantelzorgers signaleren;
- relatie met mantelzorgers opbouwen en onderhouden;
- handelen afstemmen op de mantelzorger;
- spanning hanteren tussen professionele en persoonlijke normen;
- spanning tussen belangen van zorgvragers en belangen van mantelzorgers hanteren;
- spanning tussen behoeften van mantelzorgers en mogelijkheden vanuit de instelling hanteren;
- draagkracht vergroten bij cliënt en mantelzorger.

### **zodat**

de mantelzorger meer greep op zijn situatie kan houden, en minder overbelast raakt.

---

<b>Rol:</b>	<b>Zorgverlener</b>
<b>Domein:</b>	<b>Zorg</b>
<b>Domeinspecificatie:</b>	<b>Individuele en collectieve preventie</b>
<b>Competentie:</b>	<b>Om risico's voor de gezondheid en complicaties van onderzoek, behandeling of verblijf te verminderen en/of te stabiliseren, past de VGG primaire, secundaire en tertiaire preventie toe</b>

---

### **Toelichting**

Bij preventie gaat het om het signaleren en voorkomen, of het in een zo vroeg mogelijk stadium aanpakken van gezondheids- en/of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en de gevolgen hiervan. De belangrijkste preventieve maatregelen zijn zorgen voor veiligheid en het treffen van beschermende maatregelen. Waarbij het gaat om maatregelen die expliciete aandacht verdienen, en vervolgens worden uitgevoerd binnen de gewone dagelijks zorgactiviteiten.

De VGG beoogt met haar preventieve activiteiten de omgeving voor de cliënt zo veilig mogelijk te maken. Bijvoorbeeld een fysieke omgeving creëren, die vallen zo veel mogelijk voorkomt.

En door beschermende maatregelen te treffen. Onderzoek laat zien dat er geen verschil in aantal valincidenten is tussen situaties waarin cliënten worden vastgebonden en situaties waarin cliënten niet worden vastgebonden. Vanuit dit gegeven zoekt de VGG naar andere beschermende maatregelen dan fixaties, om de cliënt tegen letsel te beschermen.

Een ander belangrijk preventie gebied is het voorkomen of verminderen van probleemgedrag van cliënten. De VGG treft hiervoor de nodige maatregelen, en zorgt voor informatie aan cliënt, familie en verzorgenden over de laatste wetenschappelijke inzichten.

Weer een ander aandachtsgebied is het treffen van maatregelen ter voorkoming van een slechte voeding - en vochttoestand. Een verstoorde vocht- en voedingsbalans is een van de meest voorkomende gezondheidsproblemen bij de cliëntenpopulatie. De VGG treft de nodige maatregelen zodat kunstmatige voeding en vochttoediening tot het uiterste uitgesteld kunnen worden.

Van de VGG wordt gevraagd dat zij kan inschatten of het gaat om individuele risico's of risico's voor de hele afdeling of groep. Ook kan zij inschatten of het risico samenhangt met het individu of met de omgeving, bijvoorbeeld de gewoontes in een verpleeghuis of verzorgingshuis of thuis. Zij houdt tevens bij of een complicatie of risico vaak voorkomt in bepaalde situaties of bij bepaalde aandoeningen, of juist een meer incidenteel karakter heeft.

### **Bij**

het verlenen van primaire, secundaire of tertiaire preventie door de VGG

### **gaat het om**

- Het tijdig herkennen van mogelijke ontregelingen van het psychisch evenwicht;

- symptomen van overbelasting en probleemgedrag en haar gezondheidsrisico's;
- Het signaleren en interpreteren van specifieke kenmerken van groepen
- zorgvragers, symptomen van en reacties op ziekte of stoornis;
- Het maken van keuzes uit verschillende beïnvloedingsmethoden die de zorgvrager en zijn sociale netwerk stimuleren en motiveren tot gewenst gedrag;
- Het nemen van preventieve maatregelen ter voorkoming van situaties die een goed leefklimaat bedreigen of een negatieve invloed hebben, gericht op bescherming van zorgvragers, groepen zorgvragers, collega's, derden en materialen;
- Het toepassen van de methodieken van vroegsignalering en terugvalpreventie in de vorm van signaleringsplannen of crisisplannen bij zorgvragers waarbij sprake is van ernstige gedragsontregeling;
- Het voor het sociaal netwerk, andere disciplines en direct betrokkenen inzichtelijk maken en vertalen van uitingsvormen van onbeantwoorde vragen, wensen en behoeften van zorgvragers;
- Het geven van doelgroep specifieke psycho-educatie, zowel individueel op het sociaal netwerk als groepsgericht;
- Het verwijzen naar, inschakelen en consulteren van hulpverlenende en dienstverlenende disciplines (kennis van sociale kaart);
- Het onderscheiden van een collegiale consultatievraag van een zorgvraag en het op methodische wijze hanteren van de collegiale consultatievraag
- Het geven van collegiale consultatie, passend bij de ervaringskennis, aan beroepsbeoefenaren
- Het evalueren van de genomen preventieve maatregelen en interventies (uit GGZ)
- Het respecteren van de lichamelijke integriteit van de cliënt;
- Het zorgen voor een veilige omgeving;
- Het tijdig herkennen van factoren die de lichamelijke integriteit van de cliënt verstoren;
- Het tijdig herkennen van gezondheidsbedreigende factoren in de omgeving;
- Het opsporen en maatregelen treffen bij onveilige situaties op de afdeling;
- Het tijdig herkennen en maatregelen treffen bij valincidenten;
- Het tijdig herkennen en passende maatregelen treffen bij voeding- en vochtproblemen;
- Het tijdig herkennen van complicaties bij ziektes en behandelingen;
- Het geven van voorlichting en educatie aan individuen en groepen.
- Het treffen van - wetenschappelijk verantwoord - beschermende maatregelen.

**zodat**

de cliënt en zijn sociale netwerk minder risico's loopt op complicaties en verdere verstoring van zijn gezondheid, en de omgeving veilig voor hem is.

---

<b>Rol:</b>	<b>Zorgverlener</b>
<b>Domein:</b>	<b>Zorg</b>
<b>Domeinspecificatie:</b>	<b>GVO</b>
<b>Competentie:</b>	<b>Om het zelfmanagement en een gezonde leefstijl bij cliënten en hun familie te bevorderen geeft de VGG op basis van een programmatische aanpak informatie, voorlichting en advies aan individuen en groepen</b>

---

### **Toelichting**

Omdat mensen beter met situaties kunnen omgaan als zij het gevoel hebben er greep op te kunnen hebben - ongeacht of dit feitelijk zo is, is GVO een essentieel onderdeel van het werk van de VGG. Het kan gaan om voorlichting aan de cliënt, maar ook om voorlichting aan familie van de cliënt en aan mantelzorgers. Voorlichting en begeleiding bij transities is een belangrijke activiteit, omdat het de cliënt en zijn familie kan helpen zich beter voor te bereiden op een aanstaande opname, de opname beter te doorstaan en in een latere fase een beter evenwicht te vinden in het omgaan met de nieuwe omgeving en het verlies van de oude. Ondersteunen van het zelfmanagement is erop gericht dat zorgvragers door een effectiever gedrag op korte en lange termijn bereiken wat zij zich ten doel hebben gesteld. Deze doelen kunnen gericht zijn op het hanteren van de ziekte en het inpassen van de ziekte in het eigen leven. De VGG kan op grond van haar professionele kennis aangeven welke informatie volgens haar belangrijk is voor het bevorderen van het zelfmanagement of voor het voorkomen van complicaties bij somatische of psychosociale problemen.

Beïnvloeding van de familie, door informatie te geven over verblijf, behandeling en verzorging helpt de misverstanden te voorkomen, die kunnen ontstaan over mogelijke therapeutische aanpakken, die in eerste instantie als niet-therapeutisch kunnen worden geïnterpreteerd. Daarnaast wordt voor en tijdens een (para)medisch of psychologisch onderzoek, behandeling en zorg als vast onderdeel informatie, voorlichting en instructie gegeven om de onderzoeken, behandelingen en zorgactiviteiten te laten slagen. Er wordt rekening gehouden met de taal van de cliënt, zijn culturele achtergrond en zijn levens- en geloofsovertuigingen. De GVO wordt altijd gegeven volgens de laatste stand van kennis op dit gebied.

Daarnaast zijn er ook geplande GVO-activiteiten die op basis van een programmatische aanpak kunnen worden uitgevoerd ten behoeve van individuen of groepen. Voorbeelden zijn voorlichting aan partners van mensen met dementie, voorlichting aan mensen die worden opgenomen en hun familieleden. Maar ook voorlichting over rechten en plichten van cliënten vormen een essentieel onderdeel van het gehele voorlichtingsarsenaal.

Een programmatische aanpak van GVO heeft de beste kans van slagen als het een interdisciplinaire activiteit is, omdat de cliënt met veel hulpverleners en veel verschillende afdelingen te maken heeft. Gezondheids- voorlichting en opvoeding is gericht op het motiveren van mensen om hun gedrag te veranderen.

Ook oudere mensen die zijn opgenomen en hun familieleden kunnen ontvankelijk zijn voor goede voorlichting en instructie. De VGG werkt op verschillende niveaus aan gedragsbeïnvloeding. Het kan gaan om een individuele cliënt, bijvoorbeeld door het geven van voorlichting gericht op het vergroten van het zelfmanagement of autonomie.

### **Bij**

het geven van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding door de VGG

#### **gaat het om**

- Het signaleren en interpreteren van de behoeften aan informatie bij cliënt en familie;
- Het geven van voorlichting, rekening houdend met kennisniveau, cognitieve en emotionele mogelijkheden, en de invloed van geriatrische problemen;
- Het organiseren en uitvoeren van een voorlichtingsbijeenkomst, waarbij het inhoudelijke programma wordt opgesteld en voorlichtingsmateriaal wordt aangepast aan de doelgroep;
- Het gebruikmaken van de kennis en ervaringsdeskundigheid van de cliënt en zijn familie, van cliënten- en consumentenorganisaties bij het formuleren en geven van voorlichting en advies;
- Vertonen van voorbeeldgedrag;
- De juiste hulpmiddelen en aangepaste taal gebruiken voor voorlichting en beïnvloeding;
- Zo nodig barrières wegnemen die het de cliënt moeilijk maken om inderdaad wat met de betreffende informatie te doen;
- Feitelijke informatie aan de cliënt verstrekken over zaken die met onderzoek of behandeling te maken hebben;
- Het bespreekbaar maken van risico's, zodanig dat de zorgvrager keuzes kan maken uit verschillende - op gezondheidsbevordering gerichte - mogelijkheden; (uit GGZ)
- Op zo'n wijze instructie geven dat de cliënt het begrijpt en hij de instructie kan opvolgen;
- Samenwerken met professionals, vertrouwenspersonen, patiëntenvoorlichters, cliënten- en familieraden;
- toepassen van kennis over zelfmanagement;
- betrokkenheid bij de zorgvrager en zijn situatie tonen;
- authentiek en zelfbewust functioneren;
- kritisch het verloop van het zelfmanagement volgen en bewaken;
- tijdig en adequaat verwijzen.

#### **zodat**

de cliënt en zijn familie beter in staat zijn met de voor hen moeilijke omstandigheden als gevolg van ziekte en handicap en opname om te gaan, een gezondere leefstijl wordt bevorderd en het zelfmanagement wordt vergroot.

## Rol Regisseur

In de rol van regisseur heeft de VGG aandacht voor transities in levensloop, transities in ziekteverloop en transities in zorgverloop. Bij de activiteiten die voortvloeien uit deze rol zoals coördinatie en bevorderen van continuïteit volgt zij de cliënt. Met andere woorden het zorgverloop wordt aangepast aan de veranderingen in levensloop en ziekteverloop: het systeem volgt de cliënt.

Vanuit deze principes realiseert de VGG bewust en doordacht de zorg voor de continuïteit. Indicatiestelling en herindicatie vormen een belangrijk onderdeel. De VGG heeft kennis van substitutiemogelijkheden, procedures, wachtlijsten en financiering van de zorg en heeft inzicht in de geriatrische problematiek en gebruiken en gewoontes. Continuïteit van zorg en leven van de cliënt zijn het uitgangspunt bij het uitoefenen van de regiefunctie. Deze continuïteit speelt niet alleen een rol binnen een concrete zorgsituatie, maar omvat het geheel van activiteiten binnen een keten van zorg.

Voor het vervullen van de regisseursrol is de samenspraak met cliënt, zorgend familielid en andere hulpverleners ten aanzien van de beslissingen over diagnostiek en behandeling van aandoeningen en verblijf essentieel. Partners van geriatrische cliënten zijn veelal ook op hoge leeftijd. Dit vraagt om een adequate afstemming van het zorgaanbod zodat het evenwicht tussen draagkracht en draaglast zo veel mogelijk behouden blijft of wordt hersteld.

Om eenduidigheid en voldoende afstemming te bereiken levert de VGG als consulent een inhoudelijke bijdrage in situaties waarbij verschillende zorgverleners betrokken zijn. De VGG draagt medeverantwoordelijkheid voor de onderlinge samenwerkingsverbanden, zowel binnen als buiten de eigen discipline. Ze heeft een signalerende taak met betrekking tot bijzondere gebeurtenissen of ontwikkelingen.

---

<b>Rol:</b>	<b>Regisseur</b>
<b>Domein:</b>	<b>Zorg</b>
<b>Domeinspecificatie:</b>	<b>Zorg voor zieken, gehandicapten en stervenden</b>
<b>Competentie:</b>	<b>Om de zorg te laten verlopen als een continu en integraal proces dat gericht is op het welzijn van de cliënt coördineert de VGG de zorg</b>

---

### **Toelichting**

In Nederland wordt het coördineren van zorg voorzien van verschillende namen: casemanagement, zorgcoördinatie, EVV (eerst verantwoordelijke verzorgende). Telkens gaat het om een combinatie van het begeleiden van de cliënt en zijn familie en de afstemming en aansluiting van alle op de behandeling en omgeving gerichte activiteiten, binnen en buiten de instelling. Door de aanwezigheid van verschillende disciplines en instanties is de kans op fragmentatie van zorg, behandeling en begeleiding. Het gaat erom dat de juiste persoon, op het juiste tijdstip de juiste dingen doet.

De VGG kan de de regie nemen om - vanuit het zorgbeleid - er voor te zorgen dat in alle fasen van de zorg, behandeling en begeleiding de activiteiten zijn afgestemd en in samenhang worden aangeboden aan de cliënt en zijn familie. Het gaat daarbij om het verhelderen van doelstellingen, en het organiseren van overleg. In het verpleeghuis zal dit vooral het MDO zijn. In de regisseursrol zijn rapporteren, overdragen en het informeren en adviseren essentiële vereisten om de zorg optimaal te kunnen uitvoeren, op kwaliteit te kunnen bewaken. Zorgcoördinatie door de VGG heeft dan met name plaats op het niveau van het zorgleefplan. Dit is geen vervanging voor de activiteiten van de EVV.

In het kader van de modernisering van de AWBZ kunnen bewoners van een zorgcentrum gebruik maken van zorgarrangementen. Het zorgcentrum, als onderdeel van een grotere koepelorganisatie, heeft samenwerkingsovereenkomsten met het ziekenhuis, de thuiszorg, het psychiatrische ziekenhuis en de RIAGG. Gebruik maken van zorgarrangementen vraagt dat de doelstellingen en activiteiten van de verschillende partners integraal worden afgestemd op de doelen van de cliënt en zijn familie. De VGG kan in de rol van regisseur deze coördinatie op zich nemen.

Op welke wijze zorgcoördinatie plaats heeft en is ingebed in de organisatie kan van situatie tot situatie verschillen. De VGG zorgt ervoor en bewaakt dat de cliënt niet wordt geconfronteerd met zorginhoudelijke barrières en of met een zorgaanbod dat niet aansluit bij zijn behoeften, of een uitvoering van zorg dat niet synchroon is met het beloofde zorgaanbod.

\*\*\*\*\*

*In zorgcentrum A. gaat het met één van de bewoners niet goed. Het is een vrouw die de ziekte van Parkinson heeft en een aantal keren in haar leven psychotische perioden heeft doorgemaakt. Momenteel is ze depressief. Ze slaapt vaak overdag en is 's nachts op. Haar oriëntatie gaat achteruit.*

*Mevrouw reageert extreem in haar weerstand en in haar verbale agressie. Andere bewoners mijden haar. Het team verschilt van mening over de benadering van deze bewoonster. Ze wordt gezien als een claimende, depressieve vrouw. Er is een multidisciplinair overleg georganiseerd. Uitgenodigd zijn de dochter van mevrouw, de verpleeghuisarts, de geestelijk verzorger, de activiteitenbegeleider, een verzorgende en de huisarts. Er wordt besloten een consult aan te vragen bij de psychiater van het APZ met het verzoek voor een tijdelijke opname in de kliniek. Van de VGG wordt verwacht dat zij de consultaanvraag, het overleg met andere disciplines en het verdere verloop regelt.*

\*\*\*\*\*

## **Bij**

het uitvoeren van de regiefunctie door de VGG

### **gaat het om**

- Signaleren, interpreteren en monitoren van belemmeringen voor de continuïteit van zorg in samenspraak met de zorgvrager en het sociaal netwerk - en het nemen van initiatieven om de continuïteit in de verpleegkundige zorgverlening te realiseren;
- Met betrokkenen vaststellen of de cliënt en/of de mantelzorger de regie in handen houden of dat de regie respectvol moet worden overgenomen;
- Maatregelen treffen zodat de juiste instellingen en personen op het juiste moment worden ingeschakeld;
- Het fungeren als contactpersoon ten aanzien van relevante disciplines en instellingen
- Op een proactieve wijze concrete aanwijzingen geven aan cliënt, familieleden en zorgverleners over de mensen en middelen die aangewend moeten worden om de zorg te realiseren;
- Het behartigen van de belangen van zorgvrager en sociaal netwerk, zodanig dat de aangeboden zorg in overeenstemming is met de verwoorde eigen wensen en behoeften van de zorgvrager en zijn sociaal netwerk;
- Het organiseren van een overleg met familie en betrokken disciplines om elkaars standpunten te horen en naar oplossingen te zoeken;
- Het opbouwen van een netwerk met zowel de cliënt en zijn sociale omgeving als met organisatie en andere hulpverleners;
- Het bij elkaar brengen van de verschillende diensten en hulpverleners dan wel het formeren van een multidisciplinair overleg of team;
- Het overdragen en beschikbaar zijn van de noodzakelijke informatie voor iedere zorgverlener en behandelaar in de betreffende keten;
- Gesprekspartner zijn van medici, paramedici, woon- en welzijnswerkers, familie, zorgkantoor, verzorgenden en leidinggevenden;
- Het kunnen omgaan met tegengestelde belangen en organisatie-overtijgend kunnen denken en handelen;
- Het doorgronden van de reikwijdte en de consequenties van de nieuwe regelgeving, zoals de WMO.

**zodat**

de cliënt en zijn directe familie de zorg ontvangen die aansluit bij behoeften en de verschillende zorgactiviteiten als samenhangend geheel op een efficiënte en effectieve wijze tot het gestelde doel leiden

---

<b>Rol:</b>	<b>Regisseur</b>
<b>Domein:</b>	<b>Zorg</b>
<b>Domeinspecificatie:</b>	<b>Zorg voor zieken, gehandicapten, stervenden</b>
<b>Competentie:</b>	<b>Om ervoor te zorgen dat de zorgvrager de zorg krijgt die hij nodig heeft, als zijn situatie zich wijzigt of zich anders ontwikkelt dan ten tijde van het indicatiebesluit werd verwacht, brengt de VGG een herindicatieadvies uit</b>

---

### **Toelichting**

Zorg wordt geboden op basis van een indicatiebesluit dat is afgegeven voor de betreffende zorgvrager. De zorgcoördinator zal regelmatig de zorg met de zorgvrager evalueren, en erop toezien dat de zorg geboden wordt conform het zorgbesluit en de zorgtoewijzing. Gedurende het zorgverloop kan de situatie van de zorgvrager zich wijzigen, door exacerbatie van het ziekteproces, door verandering in de sociale situatie enzovoort. Voor de zorgvrager kan het dan onbevredigend zijn als er volgens het vigerende indicatiebesluit zorg wordt verleend. Daarnaast kan de VGG signaleren dat er andere dan de geïndiceerde activiteiten nodig zijn. Dit kan gebaseerd zijn op de vertrouwensrelatie die ontstaat tussen de zorgvrager en de hulpverlener, maar ook op kennis en ervaring van de VGG, bijvoorbeeld of psychosociale zorg of huishoudelijke zorg ter ondersteuning van de mantelzorg nodig is. Ook kan het zo zijn dat er in de tijd tussen het indicatiebesluit en het daadwerkelijk verlenen van zorg wijzigingen zijn opgetreden in de behoeften van de zorgvrager.

Van de VGG mag worden verwacht dat zij in de rol van regisseur een herindicatie kan uitvoeren. Zij is formeel geen indicatiesteller, maar meer en meer wordt afgesproken tussen het CIZ en thuiszorg dat de zorgcoördinatoren een preadvies kunnen uitbrengen. Het indicatieadvies en indicatiebesluit wordt door de bevoegde instantie genomen. Maar omdat de VGG als regisseur verplichtingen tegenover de zorgvrager heeft, mag worden verwacht dat zij op een proactieve manier reageert op wijzigingen in de situatie, en op basis daarvan overgaat tot het uitbrengen van een preadvies.

### **Bij**

het herindiceren van zorg

### **gaat het om**

- de behoefte aan zorg vaststellen op een wijze die op de zorgvrager gericht is;
- zorgverleningsdoelen formuleren;
- benodigde zorg specificeren;
- een preadvies voor een (her)indicatiebesluit formuleren;
- met derden over de noodzaak van herindicatie onderhandelen;
- de spanning tussen wensen en formeel besluit hanteren.

### **zodat**

de zorg bijgesteld kan worden, en de zorgvrager de zorg ontvangt die hij nodig heeft.

---

<b>Rol:</b>	<b>Regisseur</b>
<b>Domein:</b>	<b>Zorg</b>
<b>Domeinspecificatie:</b>	<b>Individuele en collectieve preventie</b>
<b>Competentie:</b>	<b>Om te zorgen dat de doelen van een preventieprogramma worden gerealiseerd, coördineert de VGG de afgesproken activiteiten</b>

---

### **Toelichting**

In de rol van zorgverlener verrichten verpleegkundigen en verzorgenden preventieve activiteiten. Om te zorgen dat deze activiteiten getoetst kunnen worden aan standaarden en professionele normen, worden zij uitgevoerd op basis van programma's. Een programmatische aanpak is nodig omdat veel van de gevaren die de cliënt loopt, en de onveiligheid van de omgeving niet alleen samenhangt met zijn eigen gedrag en kwetsbaarheid. Omgevingsfactoren, zoals gewoontes, mythen en rituelen op een afdeling of in een instelling spelen minstens zo'n grote rol.

Het realiseren van een veilige omgeving (bijvoorbeeld valpreventie) en het treffen van beschermende maatregelen (bijvoorbeeld decubituspreventie) zijn activiteiten die enerzijds maatwerk vragen. Anderzijds zijn er zoveel individu overstijgende factoren in het geding dat een programmatische aanpak noodzakelijk is. Het nemen van preventieve maatregelen vraagt om een gestandaardiseerde aanpak. Het invoeren en toezicht houden op het uitvoeren van activiteiten conform deze standaard vraagt coördinatie en regie.

\*\*\*\*\*

*In een verzorgings- of verpleeghuis bestaat een verhoogde kans op uitbraak van een infectieziekte. TBC roept bij de oudere generatie veel angst op; Aids zit in de taboesfeer.*

*Bij virulente micro-organismen zoals het influenzavirus, legionella en de Salmonella zijn preventieve maatregelen van belang. Ondanks alle voorzorgen kan het aantal cliënten en medewerkers dat geïnfecteerd raakt snel toenemen. Wanneer dat gebeurt, moet het management van een instelling of afdeling contact opnemen met de GGD, afdeling Infectieziekten. Zij beschikken over protocollen en geven advies.*

*In dit soort situaties kan het management een VGG, die tot het medisch team behoort, consulteren. Van haar wordt verwacht dat zij na overleg met de GGD een plan van aanpak zal maken.*

\*\*\*\*\*

**Bij**  
het coördineren van een preventieprogramma

**gaat het om**

- Risicoanalyses maken van groepen en individuen;

- Het beoordelen van de reikwijdte van landelijke of lokale preventieprogramma's op aansluiting en toepasbaarheid op de afdeling of instelling;
- Het creëren van voorwaarden om het programma uit te voeren en verzorgenden te ondersteunen;
- Het opstellen, organiseren en uitvoeren van een cursus of bijeenkomst;
- Het bewaken en evalueren van de uitvoering van de activiteiten;
- Het leveren van een bijdrage op team-, afdelings- en instellingsniveau ten aanzien van het verbeteren van preventieprogramma's.

**zodat**

de doelen die zijn vastgelegd in een programma zo efficiënt en effectief mogelijk worden gerealiseerd.

## Rol Ontwerper

Een VGG werkt mee en neemt initiatief tot het implementeren van *standaarden voor zorg* en *standaarden voor praktijkvoering*. Waarbij *standaarden voor zorg* op de gewenste uitkomsten bij de oudere cliënt (en familie) focussen. En de *praktijkstandaarden* focussen op de nodige zorgactiviteiten en interventies.

Geriatrisch handelen heeft als doel om met zo weinig mogelijk ingrijpende middelen een behandeling - en/ of begeleidingsprogramma op te stellen en uit te voeren. Dat programma is gericht op zo veel mogelijk functiebehoud om de kwaliteit van leven te verhogen, door de cliënt en zijn directe familie te steunen bij zijn adaptieve taken. De VGG introduceert of werkt mee aan de introductie van nieuwe methoden, technieken en systemen waarvan het nut is bewezen ten aanzien van deze behandel - en begeleidingsprogramma's of nieuwe woonvormen.

Onder invloed van het substitutiebeleid en extramuralisering van de zorg vragen psychogeriatrische en gerontologische cliënten om een integrale benadering van zorgvraagstukken op organisatieniveau. Ten aanzien van het ontwikkelen van verpleeg - en zorgbeleid is afstemming nodig om vraaggericht en belevingsgericht te kunnen werken, en wordt rekening gehouden met een grote variatie aan mogelijkheden die nodig zijn voor het uitvoeren van zorg. De noodzaak voor deze verscheidenheid ontstaat onder invloed van de levensloop van de oudere cliënt, waarbij verouderingsprocessen, co-morbiditeit, vragen rond zingeving en zeggenschap integraal benaderd worden.

Het maken van een adequate analyse van de zorgbehoefte stelt hoge eisen. Het gehele cliëntensysteem wordt betrokken, met specifieke aandacht voor mogelijke (over)belasting van het zorgend familielid en de vrijwilliger. Kwaliteit van leven in de laatste levensfase, inclusief de stervensfase, vormen een kader waarbinnen de VGG meewerkt aan standaarden en zorgprogramma's voor welomschreven groepen of welomschreven problemen.

Wonen, zorg en welzijn zijn drie categorieën die telkens mee wegen bij de ontwikkeling van nieuwe methoden. Immers, iemand in het verpleeghuis is nu eenmaal een (tijdelijke) bewoner maar is tegelijk ook zorgafhankelijk en heeft daarnaast eigen persoonlijke rollen vanuit zijn levensgeschiedenis.

---

Rol:	Ontwerper
Domein:	Organisatie van zorg
Domeinspecificatie:	Zorgprogrammering
Competentie:	Om verpleegkundige deskundigheid te waarborgen in een integrale aanpak van zorg, behandeling en voorlichting werkt de VGG mee aan de ontwikkeling en vaststelling van nieuwe zorgprogramma's

---

### Toelichting

Veel zorgvernieuwing verloopt veelal op een of andere programmatische wijze. Denk hierbij aan landelijke, regionale of lokale initiatieven. Zoals projecten gericht op verbetering van kwaliteit van leven van verpleeghuiscliënten, of het landelijke dementieprogramma's. Ongeacht de inhoud, zal veel vernieuwing om een programmatische aanpak vragen. Waarbij het programmatische karakter van een innovatie vooral aangeeft dat de vernieuwing gaat om meerdere doelen, in tegenstelling tot een project waarbij het gaat om een doel. Waarbij gewerkt wordt met programmaplannen, en het programma wordt gestopt als de doelen zijn gerealiseerd en / of de doelen en werkwijzen opgenomen kunnen worden in de reguliere organisatie. Dus niet bijzonder meer zijn.

Omdat programmatische vernieuwing altijd een combinatie is van interdisciplinaire doelen, beleidsmaatregelen, management en professionele activiteiten levert de VGG haar verpleegkundige expertise bij de ontwikkeling van geriatrische en gerontologische zorgprogramma's.

De VGG levert haar bijdrage door deel te nemen aan relevante werkgroepen, vakgroepen of projectgroepen. Haar bijdrage bestaat uit - het samen met anderen - ontwikkelen van verpleegkundige interventies als onderdeel van het totale zorgaanbod. Daarbij maakt ze gebruik van reeds bekende methodieken, verpleegkundige praktijkervaring en de meest recente wetenschappelijke inzichten met betrekking tot de inhoud van verpleegkundige zorgverlening. Door uitwisseling van kennis, ervaringen en ideeën met andere disciplines en beroepsbeoefenaren kunnen in het kader van een zorgprogramma nieuwe werkvormen en betere zorgtrajecten ontwikkeld worden voor de geriatrische cliënt.

\*\*\*\*\*

*“Om bewoners uit de wijk aan te trekken is het belangrijk dat Zorgcentrum .... zich aanpast aan de behoeften van verschillende culturen. De meeste allochtone bewoners uit de wijk zien het niet zitten om naar een verpleeghuis te gaan. Mochten ze geen andere keus hebben, dan willen ze graag in contact blijven met mensen die dezelfde gewoontes hebben. Bij aanpassen kan gedacht worden aan: culturele feestdagen vieren, woonruimtes niet-Nederlands inrichten, gebedsruimte maken, diversiteit op de menukaart, diversiteit in het winkelassortiment, diversiteit in het personeelsbeleid, samenwerken met allochtone organisaties in de wijk.*

*Daarnaast moet gedacht worden aan drempelverlagende activiteiten door vormen van extramurale zorg aan te bieden, zoals maaltijdservice, een dagopvang en alarmeringsservice.” (intern rapport: ‘Interculturalisatie Zorgcentrum’, studenten Hogeschool Rotterdam, 2002).*

*Zorgcentrum .....heeft een projectgroep ingesteld met de volgende projectopdracht: Ontwikkel naar aanleiding van beleidsadviezen en recente onderzoeksliteratuur een unit met leefstijldifferentiatie voor allochtone oudere zorgvragers. Binnen een jaar worden de eerste resultaten verwacht. De projectgroepleden zijn een locatiemanager, een unithoofd, een ouderen-welzijnswerker, een VGG en een manager facilitaire dienstverlening. Bij de vormgeving van de unit moet de visie van het zorgcentrum uitgangspunt zijn.*

\*\*\*\*\*

### **Bij**

het leveren van een verpleegkundige bijdrage aan het ontwerpen en deelnemen aan een zorgprogramma

### **gaat het om**

- Programmatisch en projectmatig werken;
- Het inventariseren en analyseren van beleids- en onderzoeksrapporten aangaande de doelgroep of het gestelde probleem;
- Het deelnemen aan een multidisciplinair samengestelde projectgroep en daarin beargumenteerd de verpleegkundige invalshoek verwoorden;
- Het samenwerken met vertegenwoordigers van belangengroepen en cliëntengroepen betreffende het probleem of doelgroep;
- Het analyseren en inventariseren van de vraag vanuit de organisatie en daarbij ook inventariseren wat de wensen en behoeften zijn van de huidige cliëntenpopulatie;
- Het analyseren van het lokaal en wijkgericht zorgaanbod en daarbij de hiaten in de (verpleegkundige) zorg vaststellen;
- Het inventariseren en analyseren van specifieke en gevalideerde verpleegkundige interventies en activiteiten aangaande een doelgroep;
- Het gebruiken van expertise over de doelgroep, zowel uit wetenschappelijke bron als van ervaringsdeskundigen en professionals;
- Maken van een plan van aanpak voor ontwerp van verpleegkundige deel van een zorgprogramma;
- Het beschrijven en documenteren van een verpleegkundig onderdeel van een zorgprogramma;
- Het verpleegkundig onderdeel toetsen aan wetgevende kaders, het oordeel van cliënten, cliënten- en familieorganisaties en een budgettair kader.

### **zodat**

de te verlenen verpleegkundige zorg een integraal onderdeel is in een totaal pakket aan zorg voor de doelgroep.

---

Rol:	Ontwerper
Domein:	Organisatie van zorg
Domeinspecificatie:	Kwaliteitszorg
Competentie:	Om de kwaliteit van de zorg te bewaken en te waarborgen participeert de VGG in het ontwerpen van kwaliteitszorg op afdelingsniveau of teamniveau

---

### **Toelichting**

Om de zorg zo efficiënt en effectief mogelijk te laten verlopen levert de VGG een bijdrage aan kwaliteitszorg. Hiervoor signaleert zij vanuit haar dagelijkse contact met de cliënten, de verzorgenden en de EVV aandachtspunten die zij doorgeeft aan een leidinggevende of afdelingscoördinator.

Tevens kan zij een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid van de instelling door deelname aan kwaliteitsgroepen en werkgroepen en door initiatieven te ontwikkelen op de afdeling. Haar bijdrage zal veelal bestaan uit het formuleren van eisen voor een professionele en rationele onderbouwde zorgverlening en interventies, en het daarvan afleiden van gedragsvoorschriften voor de dagelijkse praktijk.

Hoogbejaarden zijn kwetsbaar en kunnen snel uit balans zijn. Medisch gezien is hun immunologische afweer verzwakt en hebben zij bijna altijd meer aandoeningen tegelijk die elkaar beïnvloeden. De multiële pathologie maakt het vaststellen van een gezondheids-probleem complex. Daarnaast komt het voor dat ziekten symptomarm kunnen verlopen.

\*\*\*\*\*

*Op een afdeling in het verpleeghuis Randstede zijn de volgende problemen gesignaleerd. Ouderen met een pneumonie zonder koorts en hoesten, waarbij verwardheid en verhoogde ademfrequentie de enige uitingen zijn. Bij een urineweginfectie ontbraken de bekende klachten van frequente en pijnlijke mictie, en ook koorts ontbrak.*

*Soms zijn acute verwardheid en sufheid de enige verschijnselen van een urineweginfectie. Of iemand kan ernstig uitgedroogd zijn zonder dorst te hebben. Ook symptomen van depressie zijn soms moeilijk te herkennen.*

*De zorgverleners op afdeling Bloemhof hebben zich voorgenomen extra alert te zijn. Een tijdige herkenning en behandeling van chronische en tegelijkertijd optredende gezondheidsproblemen vinden zij van groot belang voor de kwaliteit van leven van de cliënt.*

*Op afdeling Bloemhof van verpleeghuis Randstede vraagt de afdelingsmanager aan de VGG om haar te adviseren over wenselijke richtlijnen voor de genoemde problemen.*

\*\*\*\*\*

## **Bij**

de ontwikkeling van kwaliteitszorg door de VGG

### **gaat het om**

- Initiatieven nemen voor kwaliteitsverbetering op afdelingsniveau of teamniveau;
- Het signaleren van knelpunten in het doelmatig en doeltreffend uitvoeren van verpleegkundige zorg;
- Een bijdrage leveren aan ontwikkeling en vaststelling van kwaliteitscriteria;
- Een bijdrage leveren aan ontwikkeling en vaststelling van meetinstrumenten;
- Initiëren en meewerken aan vraaggestuurde zorgverlening;
- Samenwerken met kwaliteitsfunctionarissen;
- Deelname aan kwaliteitsgroepen met cliënten -, bewoners - en familieraden;
- Voorstellen doen voor kwaliteitsverbetering door verbetering van rapportage- en registratiesystemen;
- Voorstellen doen voor overleg gericht op verbetering van communicatie;
- Voorstellen doen voor en participeren in de ontwikkeling en vaststelling van meetinstrumenten;
- Meewerken aan de invoering van uitgewerkte modellen voor kwaliteitsverbetering;
- Participeren in de ontwikkeling en vaststelling van protocollen en richtlijnen.

### **zodat**

de zorg transparant wordt omdat er ijkpunten voor kwaliteit beschikbaar komen, waaraan de dagelijkse zorgverlening en de interventies getoetst kunnen worden.

---

Rol:	Ontwerper
Domein:	Organisatie van zorg
Domeinspecificatie:	Zorgbeleid
Competentie:	Om de zorgverlening op de afdeling zo efficiënt, effectief en goed mogelijk te laten verlopen, levert de VGG een bijdrage aan het tot stand komen van het zorgbeleid

---

### **Toelichting**

Steeds meer wordt het zorgaanbod integraal aangeboden en afgestemd op de behoeften van de cliënt. Voor een aantal taken en functies die in de AWBZ worden genoemd, zijn geen discipline voorgeschreven. Evenwel vormen verzorgenden en verpleegkundigen een essentieel onderdeel van het bestand in de geriatrische zorgverlening. Dat verplicht de VGG tot het nemen van initiatieven en /of mee te werken aan het in standhouden van een zorgbeleid in de organisatie. Waarbij het zorgbeleid een afspiegeling vormt van de verpleegkundige, professionele en organisatorische standaarden, waarden en normen en de maatschappelijke opdracht die de verpleegkunde heeft.

Verplegen en verzorgen kent altijd een zeker spanningsveld tussen individuele gerichtheid en eisen van een groep. Enerzijds is de verpleegkundige persoonlijk verantwoordelijk voor de zorg aan de haar toegewezen cliënt. Anderzijds werkt zij vanuit een team dat of een afdeling die met groepen cliënten te maken heeft en moet zij ook zorgen voor de cliënten die aan haar collega's zijn toegewezen wanneer die afwezig zijn. In alle gevallen is zij verantwoordelijk voor het uitvoeren van het zorgleefplan dat gedragen wordt door het gehele team.

De VGG is alert op ingesloten routines, normen, gewoontes en allerlei regels van de afdeling, team of setting. Deze worden kritisch beschouwd en beoordeeld op de waarde van efficiënt en effectieve preventieve zorgverlening.

De VGG wordt geconfronteerd met ethische -, morele -, en juridische vraagstukken. Telkens moet zij keuzes maken, en deze verantwoorden tegenover haar cliënten, de maatschappij, en haar professie. Van haar wordt gevraagd mee te werken aan de realisering van een zorgbeleid, waarin de individuele professionele verantwoordelijkheid wordt gestimuleerd en wordt opgenomen door haarzelf en haar collega's.

Van de VGG wordt verwacht dat zij vanuit haar deskundigheid de afdelingsmanager kan adviseren, zodat verpleegkundige zaken kunnen worden geïntegreerd in het algemene afdelingsbeleid.

\*\*\*\*\*

*In verzorgingshuizen loopt de spanning soms hoog op. Een gedesoriënteerde bewoner van de Meerzorg afdeling is erg onrustig. Hij staat vroeg op en rammelt dan aan de deur van de huiskamer. Hij wil naar huis. Het is al een paar keer gebeurd dat hij het gebouw verlaten heeft en op straat gevonden wordt.*

*De verzorging probeert hem te begeleiden, maar dat lukt niet zo goed. De inzet van de familie en het verhogen van de medicatie hebben niet het gewenste effect. Het verergert zelfs de situatie. Door optredende sufheid is de bewoner gevallen. Uit machteloosheid heeft de verpleeghuisarts besloten een “onrustband” toe te passen op een moment dat de familie niet bereikbaar was, zij hebben nog geen toestemming gegeven. De bewoner zit nu in een onrustband.*

*In het verzorgingshuis wordt een nieuw beleid uitgezet, waarin kwaliteit van leven van de cliënt centraal staat. De VGG ziet het als haar taak om in dit nieuwe beleid mee te denken, en te zorgen dat er voldoende verpleegkundige maatregelen in opgenomen worden. Zij wijst heel concreet naar het verplegingswetenschappelijk onderzoek naar dwang en drang, voedselweigering, wel of niet starten met kunstmatige voedseltoediening en de adviezen die uit deze studies naar voren komen.*

\*\*\*\*\*

## **Bij**

het ontwikkelen van zorgbeleid in de geriatrische zorgverlening

### **gaat het om:**

- Het analyseren van het huidige zorgaanbod;
- Het signaleren, interpreteren en analyseren van hiaten in de zorg en deze oplossen dan wel doorspelen naar het hoger management;;
- Het ontwerpen en toepassen van zowel individueel als groepsgericht verpleegbeleid;
- Het ontwikkelen van concrete handvatten voor verzorgenden, om het zorgleefplan en zorgbeleid vorm te geven in de werkelijkheid;
- Het organiseren van een overleg met alle betrokken disciplines en de familie om knelpunten op te sporen en naar oplossingen te zoeken;
- Het probleem aan de orde stellen op hoger niveau in de organisatie;
- Het creëren van voorwaarden voor een veilige werkomgeving en een therapeutisch zorgklimaat;
- Het organiseren van een cursus over omgaan met het gestelde probleem;
- Het verzorgen van een training-on-the-job;
- Het vastleggen van effectieve interventies;
- Het formuleren van voorstellen ter verbetering van werkwijze en werkprincipes van de afdeling en voorstellen doen ter verbetering;
- Meedoen aan onderzoek van kenniskringen, universiteiten of onderzoeksinstituten;
- Het bespreekbaar maken en ondersteunen van suggesties of klachten aangaande de aangeboden zorg van de zorgvrager en zijn sociaal netwerk.

### **zodat**

de zorg transparant, valide en betrouwbaar gegeven kan worden, en de kloof tussen zorgleefplannen en dagelijks zorgverlening wordt gedicht.

## Rol Coach

Door de kennis van de gezondheidszorg in het algemeen en van de geriatrie en gerontologie in het bijzonder motiveert de verpleegkundige de teamleden. Daarnaast heeft de VGG als coach een rol bij de verhoging van de kwaliteit van het professioneel handelen, door het helpen bij reflectie, intervisie, supervisie, intercollegiale consultatie en het geven van werkbegeleiding.

De VGG draagt zorg voor een omgeving waarin - blijvend - geleerd kan worden, waarin de principes van doelmatig handelen worden toegepast en intercollegiale toetsing plaatsvindt. De VGG vervult een actieve rol in het begeleiden van nieuwe collega's en stagiaires van de hogere beroepsopleiding verpleegkunde.

In haar rol als coach kan de VGG geconsulteerd worden door andere afdelingen of zorgverleners in andere situaties.

---

Rol:	Coach
Domein:	Organisatie van zorg
Domeinspecificatie:	Zorgprogrammering en zorgbeleid
Competentie:	Om de doelen van het zorgbeleid en de zorgprogramma's te realiseren kan de VGG verzorgenden, verpleegkundigen en helpenden helpen en steunen bij het uitvoeren van vastgestelde taken en functies

---

### **Toelichting**

In haar rol als coach gaat de VGG uit van het streven naar de verpleegkundige kwaliteit die in de specifieke zorgprogramma's en het zorgbeleid is vastgelegd. De taken die hieruit voortkomen worden gekenmerkt door een groot verschil in moeilijkheidsgraad. De uitvoering vindt plaats in teamverband, waarbij tussen teamleden onderlinge verschillen in opleiding, kennis en ervaring bestaan. Dit heeft consequenties voor alle teamleden, omdat taken en rollen niet los gezien kunnen worden van de arbeidstevredenheid en de stress die ze kunnen opleveren. Vaak zal het uitvoeren van zorgbeleid en van zorgprogramma's vernieuwing van werkwijzen inhouden, waarop de verpleegkundigen en -verzorgenden verschillend reageren.

Sommige mensen houden van vernieuwen, anderen daarentegen willen de zaken liever houden zoals ze zijn. Toch zullen allen mee moeten doen aan de veranderingen, om de gestelde doelen te halen. De VGG kan collega's emotioneel en inhoudelijk op zo'n wijze steunen bij de uitvoering van de nieuwe taken, dat deze steeds meer onafhankelijk worden en zelf verantwoordelijkheid gaan dragen voor de nieuwe taken.

Het meest kenmerkende van de rol van coach is het stimuleren, motiveren, feedback geven en ontvangen.

\*\*\*\*\*

*In de kleinschalige verpleeghuiszorg werkt een team van helpenden, verzorgenden, een voedingsassistente en een sociaal pedagogisch werker in een woongroep van 8 bewoners. Er zijn bewoners met dementie en bewoners met psychiatrische problematiek. De traditionele werkvormen zijn veranderd en er wordt van de teamleden verwacht dat zij volgens de nieuwe visie, flexibel en vraaggestuurde zorg verlenen. De grondhouding zou moeten zijn: "Gewoon waar mogelijk en bijzonder waar nodig".*

*Binnen het team is niet altijd duidelijk hoe ze vorm en inhoud moeten geven aan vraag-gestuurde zorg. Er zijn verschillende ideeën over het omgaan met bewoners en over de verdeling van de taken en activiteiten door de verschillende teamleden. Ook blijkt in de samenwerking met andere disciplines dat ieder vanuit een eigen invalshoek invulling geeft aan de visie.*

*Na een periode van 3 maanden loopt de spanning op rond de benadering van één van de bewoners. Het gaat om mevrouw Pieterse, een charmante dame met een lichte vorm van dementie. Vorig jaar heeft ze een psychotische periode doorgemaakt met stemmingschommelingen, wanen en hallucinaties. Toen ze in de woongroep kwam, viel op hoe adequaat zij reageert en hoe gemotiveerd ze is om er wat van te maken. Vóór de verhuizing naar de woongroep verheugde zij zich op de aanspraak en de vriendinnen, die ze zal maken.*

*Nu, na 3 maanden, treden problemen op de voorgrond. Mevrouw mist haar huis en haar meubels. Zij is een paar maal gevallen; ze heeft een verhoogde kans te vallen. Ze gebruikt psychofarmaca, die zij op niet-standaard tijden moet innemen. Vanwege deze afwijkende tijden vergeten verzorgenden haar nogal eens de medicijnen te geven. Mevrouw doet moeite om een band met andere bewoners op te bouwen, maar dit lukt niet. Daarom zoekt zij haar contacten bij de verzorging. Zij klaagt veel, wat door het team negatieve aandacht genoemd wordt. Zij voelt zich in de steek gelaten door haar dochter. Tijdens een MDO-bespreking lukt het niet om tot een gezamenlijke benaderingswijze te komen. De vraaggestuurde visie biedt te weinig handvatten. Het team consulteert de VGG.*

\*\*\*\*\*

### **Bij**

het geven van begeleiding bij de uitvoering van zorgprogramma's en zorgbeleid

### **gaat het om**

- Signaleren, interpreteren en analyseren van hiaten in de uitvoering;
- Het inzicht en de acceptatie vergroten van zorgbeleid;
- Het inzicht en de acceptatie vergroten van een protocol of richtlijn;
- Informatie geven over nieuwe werkwijzen en methoden;
- Een voorbeeldfunctie vervullen;
- Beter omschrijven van de problemen die worden ondervonden bij de uitvoering van de taken en functies en mogelijke oorzaken daarvan;
- Het inzicht in eigen gevoelens en gedrag vergroten;
- Instructie geven over de methoden en technieken;
- Het ondersteunen en informeren van vrijwilligers en mantelzorger, of medewerkers in het omgaan met vrijwilligers en mantelzorgers, zodanig dat hun bijdrage aanvullend en op maat is voor het realiseren van verpleegbeleid.

### **zodat**

verzorgenden, helpenden en verpleegkundigen zelf gemotiveerd raken, deskundigheid verwerven en verantwoordelijkheid gaan dragen voor nieuwe of andere taken.

---

Rol:	Coach
Domein:	Organisatie van zorg
Domeinspecificatie:	Coachen
Competentie:	Om stagiaires, en collega verpleegkundigen en verzorgenden te steunen in hun professionele identiteit, staat de VGG de collega met raad en daad terzijde

---

### **Toelichting**

Door stelselmatig en op een gestructureerde wijze na te denken over de dagelijkse gang van zaken in het verpleeghuis, verzorgingshuis en de thuiszorg, en hiervan te leren wordt de kwaliteit van het professioneel handelen vergroot.

Door te reflecteren op de eigen praktijkervaringen, de eigen rol, de eigen positie, het persoonlijk handelen en de eigen competenties wordt de stagiaire, (wijk)verpleegkundige en de verzorgende zich bewust van haar eigen kracht, en haar zwakte. En kan hieruit lering trekken.

Een gevolg van reflecteren is dat de reflectant meer zicht krijgt op de reden van haar handelen en daardoor haar deskundigheid verder kan ontwikkelen, wat wenselijk is in het kader van een belevingsgerichte en/of vraaggestuurde zorg. Een ander gevolg is dat de reflectant meer inzicht kan verwerven in haar eigen emoties en de effecten hiervan op haar handelen.

Meestal zal het onderwerp van reflectie op liggen op het terrein van de bejegening of de interactie met de cliënt en/ of zijn familie, met de nadruk op het eigen gedrag.

Een andere vorm van coaching is de werkbegeleiding in de vorm van een cliëntenbespreking, waarbij de doelen, resultaten en de activiteiten worden besproken.

De VGG kan in de rol van coach deze individuele of groeps gesprekken leiden.

\*\*\*\*\*

*Een 84-jarige mevrouw verblijft sinds 1,5 jaar op de afdeling AVZ van een zorgcentrum. Mevrouw is licht dementerend en heeft lichamelijke verzorging nodig. Haar dochter is zaakwaarnemer. Er hebben zich drie incidenten voorgedaan:*

*1. Mevrouw heeft haar been gebroken. De fysiotherapeut concludeerde dat mevrouw nooit meer kan lopen, waarna de dochter een externe fysiotherapeut ingeschakeld heeft. Nu loopt moeder met hulp een beetje.*

*2. Mevrouw ging cognitief achteruit. De verpleeghuisarts heeft een nieuwe indicatie aangevraagd met als doel overplaatsing naar een verpleegafdeling, waarna de dochter een second opinion heeft laten doen en een advocaat heeft ingeschakeld.*

### **3. Mevrouw heeft een keer verkeerde medicijnen toegediend gekregen.**

Perspectief van de dochter.

*Vanwege het eerste incident met de verkeerde diagnose heeft de dochter weinig vertrouwen in de zorg die haar moeder krijgt. Haar ongerustheid en klachten heeft ze schriftelijk naar de directie van het zorgcentrum gestuurd en een afschrift hiervan naar de inspectie. In een gesprek met de directeur heeft ze erop aangedrongen dat de verpleeghuisarts en de fysio-therapeut haar moeder niet meer behandelen. Iedere dag bezoekt ze haar moeder, helpt haar bij haar ADL, of gaat een stukje met haar wandelen. Toen ze ontdekte dat haar moeder verkeerde medicijnen had gekregen, werd ze boos en stapte direct naar de eerstverantwoordelijke verzorgende. Het zat haar erg hoog, in haar boosheid gaf ze scherpe kritiek.*

Perspectief van de verzorgenden

*De verzorgenden worden in de dagelijkse zorgverlening geconfronteerd met moeder en dochter. Ze hebben sympathie voor moeder. Moeder is de laatste tijd rustig, vriendelijk, wakker en meer mobiel. Ze vinden hun relatie met moeder goed. Als de dochter op bezoek is, voelen de verzorgenden zich kwetsbaar en zijn op hun hoede: ze weten niet waar ze goed aan doen. Soms vinden ze de dochter vriendelijk en soms heel onaardig. Daar komt bij dat ze het incident rond de verkeerde medicijnen eigenlijk onverkwikkelijk vinden: teveel drukte voor zo'n gebeurtenis, terwijl het maar één keer is gebeurd en moeder er nauwelijks schade door ondervonden heeft. Ze zouden willen dat de dochter minder vaak op de afdeling is. Zij vinden dat voor moeder, dochter en zichzelf beter. Ze hebben bij het management aangegeven dat ze iemand zoeken die hen begeleidt in het omgaan met dit soort moeilijke situaties. Zij vinden dat ze kennis en vaardigheden missen en zouden graag een training-on-the-job willen.*

*Het management vraagt een VGG de rol van coach op zich te nemen.*

\*\*\*\*\*

### **Bij**

Het coachen van stagiaires, verpleegkundigen en verzorgenden

#### **gaat het om**

- Het analyseren van de werksituatie als leersituatie;
- Het optreden als stagebegeleider,
- Het toepassen van kennis en inzicht van leerprocessen;
- Het benutten van talenten en vaardigheden van verzorgenden;
- Het gebruiken van interpersoonlijke vaardigheden in de communicatie;
- Het effectief reflecteren;
- Het organiseren van intervisiebijeenkomsten over vraagstukken, die zich rond zingeving in het huis voordoen;

- Het tonen van voorbeeldgedrag;
- Het geven van een training-on-the-job;
- Het opzetten van intervisie om mogelijkheden van verzorgenden te vergroten.

**zodat**

stagiaires, verpleegkundigen en verzorgenden beter in staat zijn zelf hun kwaliteit van handelen te vergroten.

---

<b>Rol:</b>	<b>Coach</b>
<b>Domein:</b>	<b>Organisatie van zorg</b>
<b>Domeinspecificatie:</b>	<b>Werkbegeleiding</b>
<b>Competentie:</b>	<b>Om stagiaires en collega-verpleegkundigen en -verzorgenden zich te laten ontwikkelen in hun professionele identiteit, kan de VGG nieuwe en oude collega's en stagiaires inwerken en begeleiden</b>

---

### **Toelichting**

VGG werkt meestal in een team en werkt samen met tijdelijke medewerkers, lager opgeleide beroepsbeoefenaren, stagiaires van opleidingen van verschillende niveaus, en nieuwe collega-verpleegkundigen. De VGG is in staat om op een coachende manier (nieuwe) collega's, beginnende beroepsbeoefenaren of lager opgeleide beroepsbeoefenaren in te werken en te steunen daar waar dat nodig is. Het gaat hierbij om het hanteren van processen die horen bij het ingroeien in de zorg en het omgaan met werkproblemen in de uitvoering van zorg. Verschillende begeleidingsactiviteiten worden gehanteerd: instructie geven over werkmethoden of technieken die voor haar onbekend zijn, het verwerven van inzicht in de cultuur en structuur van de afdeling of de organisatorische eenheid en het verhelderen van de verwachtingen van haar rol als collega en verpleegkundige. Zij hanteert daarbij een leersituatie, weet een praktijkvraag te vertalen in een leervraag en een leerproces te formuleren waarmee de ander zijn eigen oplossingen gaat vinden en toepassen. Het geven van feedback, stimuleren en motiveren en voorbeeldgedrag maken deel uit van het coachende repertoire van de VGG. Het gaat daarbij niet alleen om het toegankelijk maken van eigen expertise, maar ook om het coachen bij het methodisch oplossen van beroeps- en/of praktijkvraagstukken.

### **Bij**

Het geven van werkbegeleiding door de VGG

### **gaat het om**

- Het leren reflecteren op persoonlijke en professionele stijl van het begeleiden van werkprocessen;
- Het leren reflecteren op persoonlijke en professionele processen bij een nieuwe of toekomstige collega;
- Het vaststellen van een begeleidingsbehoefte en het formuleren van een leertraject ten behoeve van een nieuwe of toekomstige collega;
- Het inzicht geven in rolopvattingen en rolverwachtingen van een nieuwe of toekomstige collega;
- Het inzicht geven in en beargumenteren van procedures, richtlijnen, protocollaire wijzen van werken en omgangsvormen op afdeling, setting of organisatorische eenheid;
- Het toepassen van begeleidingstechnieken: feedback ontvangen en geven op gedrag en gevoelens, confronteren en steunen, stimuleren en motiveren;
- Het toepassen van gespreksvaardigheden, zoals actief luisteren, samenvatten, oplossingsgericht exploreren, formuleren van oplossingen, afsluiten van een gesprekscontact;
- Het tonen van voorbeeldgedrag.

**zodat**

de nieuwe of toekomstige collega vanuit een eigen leerproces haar beroep of functie leert kennen en beroepsgerichte of doelgroepgerichte competenties verwerft, waarmee het ingroeien en werken in teamverband en het werkveld wordt ondersteund.

## Rol Beroepsbeoefenaar

Een VGG kan in de rol van beroepsbeoefenaar laten zien dat zij haar beroep in de gerontologische en geriatrische zorg op een volwaardige wijze vertegenwoordigt, uitdraagt en ontwikkelt. Haar professioneel handelen is in overeenstemming met de inhoud en missie van de beroepscode en het (inter)nationaal beroepsprofiel. Zij kan zich als lid van de beroepsvereniging op het vakgebied geriatrie en gerontologie op de hoogte stellen van ontwikkelingen op het specialistische vakgebied en anderen in de gelegenheid stellen hiervan gebruik te maken. Zij draagt verpleegkundige waarden uit zoals het verbeteren van de maatschappelijke positie van geriatrische cliënt.

---

<b>Rol:</b>	<b>Beroepsbeoefenaar</b>
<b>Domein:</b>	<b>Beroep</b>
<b>Domeinspecificatie:</b>	<b>Beroepsinnovatie</b>
<b>Competentie:</b>	<b>Om het beroep van VGG te ontwikkelen tot een professie die aansluit bij maatschappelijke ontwikkelingen van de eenentwintigste eeuw, vervult de VGG een actieve rol in de vernieuwing van het beroep en het bevorderen van het beroepsbewustzijn</b>

---

### **Toelichting**

Het zorgaanbod voor de gerontologisch-geriatrie cliënt heeft plaats vanuit een grote diversiteit aan instellingen en afdelingen: afdelingen psychogeriatric en chronische somatiek in verpleeghuizen, het verzorgingshuis, thuiszorg, geriatrie afdelingen in ziekenhuis, revalidatie afdelingen in verpleeghuis of revalidatiekliniek, kleinschalige woon/zorgaanbod et cetera.

De bulk van het aanbod komt echter van de sector verpleeg- verzorgingshuizen, en zich verder ontwikkelende zorgketens. Bestuurders en managers zijn verantwoordelijk voor het aanbod en goede kwaliteit van de zorguitvoering.

Maar ongeacht wie haar werkgever is, oefent de VGG haar vak uit vanuit haar professionele referentiekader, dat wordt gevormd door opleiding en deskundigheidsbevordering, deelname aan beroepsorganisaties en inschrijving in het register. Dit geeft haar speciale verplichtingen en verantwoordelijkheden. Het veronderstelt het gebruik maken van haar capaciteiten en het zoeken naar mogelijkheden om actief mee te werken aan de professionalisering van het beroep. Zij identificeert zich met de waarden van het beroep, en incorporeert haar professionaliteit in de dagelijkse zorgverlening. Dat houdt in dat zij vanuit haar beroepsperspectief standpunten kan innemen aangaande ethische, economische en cultureel maatschappelijke vraagstukken.

Gezien de combinatie van de kwaliteiten die zijn verbonden aan een hogere beroepsopleiding en aan het beroep, mag van de VGG worden verwacht dat zij een actieve rol vervult bij de beroepsontwikkeling en bij de ontwikkeling van het beroepsbewustzijn bij vakgenoten. Het is juist in het domein van de beroepsinnovatie dat de VGG haar bijdrage kan leveren.

De activiteiten die voortkomen uit de rol van beroepsbeoefenaar liggen enerzijds in verenigingsverband, bijvoorbeeld bij een aangesloten organisatie van de V&VN.

Anderzijds liggen activiteiten op het snijvlak van het beroep en de arbeidsorganisatie. Een belangrijke activiteit is deelnemen aan of opzetten van een verpleegkundige/verzorgende adviesraad binnen de eigen organisatie, waardoor het mogelijk wordt professionele waarden en standaarden op organisatieniveau te implementeren en te verankeren.

\*\*\*\*\*

*Uit contacten met HBO-V opgeleide verpleegkundigen blijkt dat het veld van de ouderenzorg een laag aanzien heeft, en de verpleegkundigen weinig zin hebben er te gaan werken. Enerzijds omdat velen, net als veel van hun MBO opgeleide collega's denken dat oudere mensen niet zo erg interessant zijn. Ten tweede zeggen zij, dat zij gehoord hebben dat men in de ouderenzorg niet openstaat voor professionaliteit. En, zo zeggen zij, wij hebben wel een opleiding gedaan om onze kennis in de praktijk toe te kunnen passen, anders had ik niet hoeven te studeren. Dus ga ik liever in een andere branche werken.*

*Een aantal HBO-V opgeleide verpleegkundigen, die ervaring hebben in het verpleeghuis stellen hier tegenover dat het zeker niet zo is dat oudere mensen niet interessant zijn. Zij geven hier voorbeelden van en, zo zeggen zij, je moet goed uitkijken bij welke organisatie je gaat werken. Wij hebben ervaring met verpleeghuizen waar wel degelijk een beroep op deskundigheid wordt gedaan. Zij praten nog door, en voelen zich niet tevreden over de uitkomst van het gesprek, omdat zij van hun werk houden, en de vooroordelen en misvattingen willen corrigeren. Naar aanleiding van dit gesprek besluiten zij over hun ervaringen een artikel te schrijven in TVZ. En zij nemen zich voor deel te gaan nemen aan de landelijke vakgroep Ouderenzorg.*

\*\*\*\*\*

## **Bij**

beroepsinnovatie door de VGG

### **gaat het om**

- Zich identificeren met de waarden van het beroep;
- De beroepswaarden in de dagelijkse praktijk uitdragen;
- Het begrijpen van de situatie waarin de VGG verkeert als zich professionaliserend beroep
- Zorgen voor een professionele stem in de organisatie;
- Zich profileren naar andere zorgverleners;
- Concreet maken van wet- en regelgeving in de beroepspraktijk en beroepsontwikkeling;
- Deelname aan professionele verenigingen en hiervan afgeleide werkgroepen en vakgroepen;
- Opzetten van en deelnemen aan verpleegkundige adviesraden;
- Participeren in de ontwikkeling van nieuwe classificatiesystemen, standaarden en modellen en deze toepassen in de praktijk;
- Participeren in verplegingswetenschappelijk onderzoek;
- Participeren in ethische commissies;
- Hanteren van de spanning tussen doelmatigheid en kwaliteit;
- Functioneren als actief teamlid.

### **zodat**

de VGG beroepsgroep zich kan ontwikkelen tot een professioneel niveau dat past bij de maatschappelijke waarden en normen van de eenentwintigste eeuw.

---

<b>Rol:</b>	<b>Beroepsbeoefenaar</b>
<b>Domein:</b>	<b>Beroep</b>
<b>Domeinspecificatie:</b>	<b>Deskundigheidsbevordering</b>
<b>Competentie:</b>	<b>Om de kwaliteit van het VGG beroep op het vereiste peil te houden, zodat het kan voldoen aan de maatschappelijke criteria, werkt de VGG-verpleegkundige actief mee aan de bevordering van de deskundigheid van de beroepsgroep</b>

---

### **Toelichting**

Professionaliteit veronderstelt een grote mate van deskundigheid en actuele vakkennis. De ontwikkelingen in de ouderzorg en de gerontologie en geriatrie, en de veranderingen in de maatschappij vragen om permanente scholing van VGG. De maatschappelijke ontwikkelingen vragen om zaken als 'evidence-based' handelen, vraaggestuurde zorg, werken vanuit een maatschappelijk bewustzijn en transparantie in beroepsontwikkelingen.

De VGG die als 'advanced beginner' afstudeert zal zich via praktijkervaring, reflectie op de praktijk, cursussen, symposia en vakliteratuur blijvend bekwalen en zo kunnen uitgroeien tot expert in de geriatrische en gerontologische verpleegkunde.

Van de HBO-opgeleide VGG mag worden verwacht dat zij een houding heeft ontwikkeld die gericht is op levenslang leren. Daarbij is het nodig dat zij de vaardigheden heeft om zelf snel te leren en leermogelijkheden te zien en te gebruiken. Zij zal ook in staat moeten zijn anderen te instrueren, adviseren en voor te lichten. Individueel en groepsgewijs reflecteren op de praktijk is een van de vele mogelijkheden om te leren, evenals het geven en bijwonen van klinische lessen en deelname aan discussies in vakgroepen

\*\*\*\*\*

*Een groep HBO-V opgeleide verpleegkundigen hebben na afloop van een vakgroep bijeenkomst het initiatief genomen om een intervisie groep te worden. Een deel van hen werkt als wijkverpleegkundige, een werkt er als praktijkverpleegkundige bij een huisarts, en twee gaan werken als VGG bij een zorgcentrum. Door de gesprekken met elkaar en met enkele deskundigen, zijn ze gaan zien dat hun werk veel raakvlakken kent. Maar tegelijk zijn er ook verschillen. Zij hebben nog niet helemaal duidelijk wat zij hier mee kunnen doen. Het gesprek draait vaak om de vraag hoe je een verbinding kunt maken tussen zorg, welzijn en wonen. En vooral is dan de vraag wat verpleegkundigen hieraan kunnen bijdragen. Belevingsgerichte zorg wordt genoemd. Vraagsturing en ketenzorg zijn genoemd. Maar, zegt een van hen, vergeet niet de verpleegtechnische zorg, zorg voor decubituspreventie, vallen en depressies. Zouden zorgactiviteiten nu echt zoveel verschillen in het verpleeghuis, verzorgingshuis of bij mensen thuis? Dat het echt heel anders is dan in het ziekenhuis daar zijn ze het snel over eens.*

*De groep besluit een studiegroep te vormen, waarin ze aan intervisie willen doen. Maar ook literatuur willen bespreken. Zo gezegd, zo gedaan spreken ze af voor de eerstvolgende avond.*

\*\*\*\*\*

**Bij**  
deskundigheidsbevordering door VGG

**gaat het om**

- Het ontwikkelen en uitdragen van een levenslange leerhouding;
- Zelf leermogelijkheden zien en gebruiken;
- Instrueren, adviseren en voorlichten over methoden, technieken, classificatiesystemen, modellen en verpleegkundige theorieën;
- Geriatrische / gerontologische en vakgerichte lessen bijwonen en verzorgen;
- Het bijwonen van en een bijdrage leveren aan symposia en congressen;
- Vakliteratuur bijhouden en deze bespreken in de praktijk;
- Volgen en geven van bijscholingen;
- Het op de hoogte blijven van en de consequenties overzien van ontwikkelingen in de maatschappij en gezondheidszorg.

**Zodat**

de samenleving kan blijven vertrouwen op vakkundige VGG, en zij een gerespecteerd lid is van de gehele beroepsgroep.

## Bijlage1: De consultatieronde 2004

### **Vanuit het werkveld/Actiz (voorheen Arcares) zijn geraadpleegd**

- mevrouw F. Bergmann, Theodotion verpleeghuis
- mevrouw M. van Wetten, Theodotion verpleeghuis
- heer F. Boshart, Vivium Zorggroep
- mevrouw O. Jaspas-Naber, Stg. Zorgbeheer de Zellingen
- mevrouw L.H.M. Verburg, Stichting de Stroom
- mevrouw J. Blom, Verpl. & Reac. Centrum de Weezenlanden
- de heer J.M. Nuijens, Zorgcentra Twente Noord, loc: Het Meulenbelt en 't Haarhuis
- de heer F. Schrande, Zorgcentra Twente Noord, loc: Het Meulenbelt en 't Haarhuis
- mevrouw A. Heidebrink, Stichting Flevohuis
- mevrouw B. Spaans, Stichting Flevohuis
- mevrouw A. Fessel Zonnehuisgroep Amstelland
- heer J. Schreurs, De Sterren Eindhoven, locatie Brunswijk
- mevrouw K.I. Lieber, Oranje Nassau's Oord
- de heer H. Jutten Land van Gelre en Gulick
- de heer T.J.E.M. Bakker, Zorggroep Waterweg Noord
- mevrouw E. Schouten Zorggroep Amsterdam

### **Vanuit opleiding zijn geraadpleegd**

- Peter Bakens, Haagse Hogeschool
- Henk van den Biggelaar, Hogeschool Zuyd
- Robbert Gobbens, Avans Hogeschool Breda
- Jos Pullen, Inholland
- Cees Salentijn, Hogeschool van Amsterdam
- Marianne Tesink, Hogeschool van Utrecht

### **Vanuit beroeps- en belangenorganisaties zijn geraadpleegd**

- Anja Cremers, NU '91
- Jeanet Pannekoek, CNV Publieke Zaak
- Marga Meere, Abva Kabo FNV
- Rita Helleman, Sting
- Tineke van der Kruk, AVVV/VVVG
- Ina van der Schaaf AVVV/Vereniging van Opleiders voor verpleegkundigen en verzorgenden
- Rob Wiewel, NVVA

### **De consultatieronde 2007**

In 2007 is geen consultatieronde gehouden. Dit vindt plaats in de loop van het vervolg-project tussen 2007 en 2009. In 2007 is het oorspronkelijke (mei 2005) en het aangepaste (november 2007) competentieprofiel voorgelegd aan en besproken met de Projectgroep en de Begeleidingscommissie.

### **Begeleidingscommissie**

- Mevrouw M. Adriaansen, Hogeschool Van Arnhem En Nijmegen
- De heer T.J.E.M. Bakker, Argos Zorggroep
- F. Boshart, Stichting Vivium
- A. Cremers, NU'91
- M. Meere, Abvakabo
- Mevrouw drs. A.M. Mulder, ActiZ
- Mevrouw C. Pool-Tromp, Hogeschool Rotterdam
- W. Steenbergen, Vierstroomzorging
- Mevrouw W. Steenbergen, Groene Hart Ziekenhuis
- C. Weenink, Argos Zorggroep

### **Projectgroep**

- De heer drs. H.H.J. van den Biggelaar
- Mevrouw R. Broeken, Hogeschool Leiden
- Mevrouw S. Danen, Hogeschool Utrecht
- Mevrouw A. van Duijnhoven, Hogeschool Van Arnhem En Nijmegen
- Mevrouw M.C.T. de Haas, Avans Hogeschool
- Mevrouw A. Harps, Hogeschool Windesheim
- De heer C. Lijten, Fontys Hogeschool Verpleegkunde
- De heer R. Martijn, Hogeschool Rotterdam
- Mevrouw drs. A.M. Mulder, ActiZ
- Mevrouw H. te Winkel, Saxion Hogescholen
- Mevrouw A. Zimmerman, HBO-Raad

## Bijlage 2: Literatuur

AVV (nu V&VN), 2004. Geriatrieverpleegkundige, Vereniging Verpleegkundigen Vakgebied Geriatrie

Arcares, 2003. Na-oorlogse geboortegolf vereist meer en andere ouderenzorg. <http://www.arcares.nl/nieuws>

Brancherapport Care, 2004. RIVM, in samenwerking met Prismant.

Klingeman & Machielse, 2004. Beroepscompetenties van de HBO-verpleegkundige in: de ouderenzorg. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam (intern document)

Lagaay, in van der Kruk, Salentijn en Schuurmans, 2003. Verpleegkundige zorgverlening aan ouderen, hst 16 De geriatrische patiënt: een kwetsbare oudere. Lemma, Utrecht

Lange J. de, 2004. Omgaan met dementie. Utrecht: Trimbos-instituut (academisch proefschrift).

Pool A, Pool-Tromp e.a. 2001. Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van HBO-verpleegkundigen. NIZW

Pool A, Mostert H., Schumacher J. 2004. De kunst van het afstemmen, theorie en praktijk van belevingsgerichte zorg. NIZW

Sackett e.a., 2000. Evidence-based medicine. How to Practice and Teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Schumacher J., Pool A. 2004. Een nieuwe verpleegkundige in het verpleeghuis. NIZW

## Bijlage 3: Literatuur voor onderbouwing van interventies VGG

Beekman, A.T., Penninx, B.W., Deeg, D.J. Ormel, J. Braam, A.W., van Tilburg, W. Depression and physical health in later life: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), *J Affect Disord.*, 1997 Dec; 46(3): 219-231.

Black, W., Almeida, O.P. A systematic review of the association between the behavioral and psychological symptoms of dementia and burden of care, *International Psychogeriatrics*, 2004, 16, 3, 295-315.

Diesfeldt, H.F.A. Moeilijk hanteerbaar gedrag en psychologische interventies, *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 2005; 36, 7, 98-99.

Droës, R.M., Breebaart, E., Meiland, F.J., Tilburg, W. van, Mellenbergh, G.J. Effect of meeting centres support program on feelings of competence of family carers and delay of institutionalization of people with dementia, *Aging Ment Health*, 2004, May, 8(3), 201-211.

Droës, R.M., Meiland, F., Schmitz, M., van Tilburg, W. Effect of combined support for people with dementia and carers versus regular day care on behavior and mood of persons with dementia: results from a multi-centre implementation study, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2004, 19, 673-684.

Gussekklo, J., de Craen, A.J., van Exel, E., Bootsma-van der Wiel, A., Westendorp, R.G. [Oorzaken en gevolgen van cognitieve achteruitgang bij hoogbejaarden; de Leiden 85-plus studie] *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2004, 15 mei, 148 (20), 979-83.

Heugten, C.M. van, Smit, R.A., Schols, J.M.G.A. Cognitieve problematiek bij revalidatie van CVA-patiënten in het verpleeghuis, *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 2007, jrg. 38, augustus, 173-184.

Kerkstra, A., van Bilsen, P.M.A., Otten, D.D., de Gruijter, I.M., Weide, M.G. Omgaan met dementerende bewoners door verzorgenden in het verpleeghuis, Utrecht, NIVEL, 1999.

Legra, M.J.H., Bakker, T.J.E.M. Rationeel-emotieve therapie in de psychogeriatric: een nieuwe toepassing? [Rational-emotive therapy in psychogeriatrics; a new field of application?]. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 2002, 33, 101-106.

Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J. Lyketsos, C.G., Old Age Task Force of the World Federation of Biological Psychiatry, Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia, *American Journal of Psychiatry*, 2005, Nov. 162(11), 1996-2021.

Nikolaus, T., Specht-Leible, N., Bach, M., Oster, P., Schuere, G. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients, *Age and Ageing*, 1999, 28, 543-550.

Nijs, K.A., de Graaf, C., Siebelink, E., Blauw, Y.H., Vanneste, V., Kok, F.J., van Staveren, W.A. Effect of family-style meals on energy intake and risk of malnutrition in dutch nursing home residents: a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*, 2006, Sept; 61(9); 935-42.

O'Connor, D.W., Pollitt, P.A., Brook, C.P.B., Reiss, B.B., Roth, M. Does early intervention reduce the number of elderly people with dementia admitted to institutions for long term care? *British Medical Journal*, 1991, 302, 871-875.

Reuben, D.B., Borok, G.M., Wolde-Tsadik, G., Ershoff, D.H., Fishman, L.K., Ambrosini, V.L., Liu, Y., Rubenstein, L.Z., Beck, J.C. A Randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients, *The New England Journal of Medicine*, 1995, 18, 1345-1350.

Teri, L. Gallagher-Thompson, D. Cognitive-behavioral interventions for treatment of depression in Alzheimer patients. *The Gerontologist* 1991; 31-3: 413-6.

Weert, J.C. van, van Dulmen, A.M., Spreeuwenberg, P.M., Ribbe, M.W., Bensing, J.M. Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hour dementia care, *Journal of the American Geriatrics Society.*, 2005, Jan; 53(1); 24-33.