



**Kabinet van Vlaams minister van Welzijn,
Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen**

Koning Albert II laan 35, bus 90, 1030 BRUSSEL
Tel. 02 552 64 00 - Fax 02 552 64 01
Email: communicatie.vandeurzen@vlaanderen.be

TRANSITIEPLAN 'DEMENTIEKUNDIGE BASISZORG IN HET NATUURLIJK THUISMILIEU'

INHOUD

1.	Inleiding	4
1.1	Situering binnen het Vlaamse dementiebeleid	4
1.2	Belang van tijdige ondersteuning van personen met dementie en hun mantelzorgers	5
1.3	Projecten dementieconsulenten in de thuiszorg en de thuiszorg ondersteunende diensten.....	7
1.4	Begrippenkader	9
1.5	Afkortingen	11
2	Versterking van de mantelzorg via psycho-educatie	12
2.1	Wetenschappelijke evidentie en richtinggevende voorbeelden	12
2.2	Basisprincipes van psycho-educatie.....	13
2.3	Bouwstenen van workshops psycho-educatie.....	13
2.4	Ontwikkeling Vlaamse module psycho-educatie voor mantelzorgers.....	14
3	Dementiekundige basiszorg ondersteund door referentiepersonen dementie en dementie-experten	15
4	Versterking van de dementiekundige basiszorg.....	17
4.1	Kenmerken en competenties van dementiekundige basiszorg.....	17
4.2	Deskundigheidsbevordering inclusief attestering	18
4.3	Opdrachten van de woonzorgvoorziening.....	20
4.3.1	Verenigingen van gebruikers en mantelzorgers.....	20
4.3.2	Diensten voor oppashulp en diensten voor gastopvang	20
4.3.3	Diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen (DMW)	20
4.3.4	Diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg (DGAT)	22
4.3.5	Diensten voor thuisverpleging (DTV) en de huisartsen	23
4.3.6	Lokale en regionale dienstencentra (LDC en RDC).....	23
4.3.7	(Semi)Residentiële ouderenzorg.....	23
5	Inzet van referentiepersonen dementie en dementie - experts.....	26
5.1	Functie-inhoud en positionering van de referentiepersoon dementie	26
5.2	Functie-inhoud en positionering van de dementie-expert.....	27
5.3	Inbedding binnen de regionale expertisecentra dementie.....	28
6	Afstemming regionale ECD's met SEL's.....	29
6.1	Overlegplatforms dementie (OPD).....	29
6.2	Naar een structurele samenwerking ECD-SEL.....	30
7	Tijdspad transitieplan	31

8	Bijlagen	34
8.1	Functiekaart dementie-experten van de regionale expertisecentra dementie	34
8.2	Functiekaart overlegplatforms dementie.....	37

1. INLEIDING

1.1 SITUERING BINNEN HET VLAAMSE DEMENTIEBELEID¹

Vlaanderen telt vandaag zo'n 100.000 personen met dementie, waarvan ongeveer 65% thuis woont, al dan niet omringd door familie, kennissen en vrienden. Hun aantal zal tegen 2020 stijgen met bijna 30 % en bereikt zo een omvang die iedereen zal beroeren en die een andere aanpak dan de huidige vergt. Het is een opdracht van alle overheden, zorgverstrekkers en zeker ook voor onze samenleving.

Diverse Europese landen waaronder Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen ontwikkelden een integraal dementiebeleid ² waarin medische zorg, psychosociale begeleiding en sociale ondersteuning met elkaar in evenwicht worden gebracht. De tijd dat enkel het medische denken de dienst uitmaakte in de zorg voor en begeleiding van personen met dementie en hun omgeving, is voorbij. Iedereen is er van overtuigd dat een adequate begeleiding van personen met dementie en hun omgeving valt of staat met een optimale hulpverleningsmix die de cliënt en zijn omgeving zelf in handen houdt en bepaald wordt door hun behoeften.

De context van de moeilijke economische situatie en de grote druk op de publieke gelden kan hierbij niet uit het oog verloren worden. De Vlaamse bevolking leeft langer en het aantal mensen met dementie groeit gestaag. In deze context is de uitdaging tot het verder uitbouwen van een adequate dienstverlening voor personen met dementie extra groot. Het Dementieplan Vlaanderen 2010-2014 stapt af van een beleid van 'meer van hetzelfde' en stimuleert een wijziging in praktijkvoering. De klemtoon ligt op heroriëntering: niet alleen méér doen, maar het vooral anders doen. Een geëigend dementiebeleid van zowel de overheid als van zorgorganisaties is daarbij een cruciale sleutel.

In het Vlaamse zorgbeleid is het stimuleren, ondersteunen en herstellen van de zelfzorg, in de mate van het mogelijke, eerst aan de orde. Het versterken van de zelfredzaamheid van de zorgbehoevenden zelf, hen waarderen en stimuleren om hun eigen verantwoordelijkheid op te nemen, of die van de mensen in hun omgeving, is een duidelijk voornemen. De mantelzorger is een onontbeerlijke verstrekker van informatie over de toestand van de zorgbehoevende en dient uitdrukkelijk voldoende aandacht te krijgen in de processen van de hulpverlening. Hij is bovendien ook iemand die zelf noden kan hebben. Bovenal dienen mantelzorgers beschouwd te worden als onmisbare partners voor de professionele hulpverleners³. De uitdaging is deze visie dagdagelijks waar te maken bij personen met dementie en hun mantelzorgers.

¹ Naar een dementievriendelijk Vlaanderen. Dementieplan Vlaanderen 2010-2014. www.jovandeuren.be/beleidsdocumenten (Brussel, 2011).

² Plan Alzheimer 2008-2012 (Parijs, 2008); Living well with dementia: A national strategy (Londen, 2009); Norwegian Dementia Plan 2007-2015 (Oslo, 2007).

³ Beleidsnota 2009-2014 Jo Vandeuren Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en gezin (2009).

1.2 BELANG VAN TIJDIGE ONDERSTEUNING VAN PERSONEN MET DEMENTIE EN HUN MANTELZORGERS

Uit onderzoek blijkt dat er een tijdsspanne van 1 jaar is tussen de eerste symptomen van dementie en de melding ervan aan een partner of een vriend door de persoon met dementie. De uiteindelijke diagnosestelling door een arts gebeurt uiteindelijk pas twee tot drie jaar later⁴. Door de angst van de Vlaming voor dementie⁵, het heersende taboe en de eenzijdige beeldvorming van dementie is de ziekte onvoldoende bespreekbaar, wordt de diagnose laattijdig gesteld, is er gemiste zorg en daalt de kwaliteit van leven van de persoon met dementie en zijn omgeving.

Zowel in de periode voor als na de diagnosestelling zijn er belangrijke begeleidingsbehoeften voor de persoon met dementie en zijn omgeving. Mantelzorgers geven aan dat zij het gevoel krijgen het bos ingestuurd te worden. Op het ogenblik dat men met de eerste symptomen wordt geconfronteerd is er sprake van een grote verwarring en vaak ook ontkenning van de situatie. Dit kan leiden tot een verkeerde benadering van de persoon met dementie waardoor coping erg moeilijk wordt.

Verder maakt onderzoek duidelijk dat meer dan 80% van de personen met dementie psychologische of gedragsproblemen vertonen zoals agitatie, apathie en onrust⁶. Dit beïnvloedt sterk de zorgverstrekking (men weigert hulp) en de sociale interactie⁷. Uit diverse systematische reviews⁸ ⁹ blijkt dat ondersteuningsgroepen voor mantelzorgers niet voldoende zijn als interventie, maar dat er bovendien nood is aan een reeks van op maat gesneden interventies met de focus op het welzijn van de mantelzorgers en ondersteuning tijdens de mantelzorg-‘carrière’. Verder dient depressie en angst bij mantelzorgers goed gemonitord, en waar nodig ook behandeld te worden¹⁰.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) stelt in zijn studie dat een langdurige professionele ondersteuning van de mantelzorgers de enige interventie waarbij een belangrijk uitstel van een definitief verblijf in een voorziening werd aangetoond. Het kan op deze manier tot ongeveer 1,5 jaar

⁴ Facts en figures. Gegevens van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen (Antwerpen, 2012).

⁵ 70 % van de Vlamingen heeft angst voor dementie. De helft van de Vlamingen vindt dat de buitenwereld een totaal verkeerd beeld heeft van dementie. 1 op 2 van de Vlamingen vindt de beeldvorming van de dementie door de media eerder tot overwegend negatief. Impactonderzoek communicatiestrategie genuanceerde beeldvorming dementie. Nulmeting. Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, iVOX-Indigov (Antwerpen, 2012).

⁶ Ellison J. Agitation in dementia: Update and prospectus. *Psychiatric Times*, 25 (2), 57-61, 2008.

⁷ Léger et al. (2002), Agitation and aggressiveness among the elderly population living in nursing or retirement homes in France. *International Psychogeriatrics*, 14, 405-416.

⁸ Pinquart M, Sörensen S (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects. *International Psychogeriatrics*, 18, pp 577-595, 2006.

⁹ Brodaty H, Green A, Koschera A (2003). Meta-Analysis of Psychosocial Interventions for Caregivers of People with Dementia. *JAGS* 51:657-664, 2003.

¹⁰ Woods B (2008). University of Wales, How to support family carers: evidence based interventions. PPT voor North Sea Dementia Group in Dublin.

worden uitgesteld¹¹. Door het meer doeltreffend leren omgaan met de ziekte van de patiënt blijft ook de levenskwaliteit van patiënt en mantelzorgers beter bewaard¹². Bijkomend is er minder medicatie nodig. Socio-economisch heeft dit uiteraard implicaties. In de V.S. wordt rekening gehouden met een besparing van 100.000 USD per patiënt. Dit bedrag kan wellicht ook weer geïnvesteerd worden in een betere kwaliteit van zorg en begeleiding voor personen met dementie en hun omgeving.

Vanuit het oogpunt draagkracht van de mantelzorg en zonder het verdere belang van zelfhulpgroepen, lotgenotencontacten en de praatcafés dementie in vraag te stellen, dient de inzet van dementieconsulenten overwogen te worden. De consulent biedt naast psychosociale begeleiding ook praktisch informatie over het zorgaanbod, wetgevend kader over dementie en bemiddeling. Hij functioneert daarbij als een vertrouwenspersoon, adviseur en pleitbezorger tijdens het hele zorgproces in de thuissituatie. De dementieconsulent biedt specifieke opvang, begeleiding en ondersteuning voor personen met dementie en hun mantelzorgers in de thuissituatie vanaf het “niet plus gevoel” tot aan een residentiële opname in een woonzorgcentrum of het overlijden.

Via tijdige ondersteuning en trajectbegeleiding dient zo veel mogelijk de autonomie van de persoon met dementie gerespecteerd en dient de draagkracht van de mantelzorg ondersteund te worden. Door een vroegtijdige behandeling en een vraaggerichte aanpak kan bovendien langdurig en dure zorg vermeden worden. In Vlaanderen wordt om deze redenen de functie van dementieconsulenten uitgebreid. Het einddoel is dat elke persoon met dementie of zijn mantelzorgers kan rekenen op zorgbegeleiding.

Om dit te realiseren werden in het Dementieplan Vlaanderen volgende doelstellingen en acties opgenomen:

- Zowel de thuiszorg als de thuiszorgondersteunende voorzieningen worden geappelleerd om de functie van dementieconsulenten in te bouwen in hun werking (2011-2014).
 - o De projecten dementieconsulenten, gefinancierd door Vlaanderen, moeten deze transitie onderbouwen (2011).
 - o Het eindrapport (2012) omschrijft de kwaliteitscriteria van de dementieconsulenten en geeft per thuiszorg en thuiszorgondersteunende voorziening aan op welk niveau en op welke termijn de functie van dementieconsulenten kan ingebouwd worden.
 - o Bij de evaluatie van het eindrapport wordt afgestemd met de resultaten van gelijkaardige federale projecten in het kader van zorgvernieuwing protocol 3 en van de projecten multidisciplinaire begeleidingsteams in de geheugenklinieken (2012-2014).
 - o Bij de evaluatie van het eindrapport wordt rekening gehouden met de expertise en de inzet van referentiepersonen dementie in de residentiële ouderenzorg.
- Voor de uitbouw van deze expertise kan gerekend worden op de begeleiding van de expertisecentra dementie en LUCAS die het meest wenselijke model van thuisbegeleiding verder verfijnen en uitdragen (2011-2014).

¹¹ Mittelman M, William P, Haley E e.a.. Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology* 2006; 67:1592-1599.

¹² Hulstaert F, Thiry N, Eyssen M and Vrijens F (2008). Medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies voor de ziekte van Alzheimer, een rapid assessment.. Studie nr : 2008-02, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

- De inzet van de dementieconsulenten kan verder verfijnd worden in afspraak tussen de zorgaanbieders die deel uitmaken van het toekomstig zorgnetwerk (2014).

1.3 PROJECTEN DEMENTIECONSULENTEN IN DE THUISZORG EN DE THUISZORG ONDERSTEUNENDE DIENSTEN

Opzet en gunning

De projecten dementieconsulenten (2010-2011) dienden te onderzoeken hoe de thuiszorg en de thuiszorg ondersteunende diensten de functie van dementieconsulent kunnen inbouwen binnen hun bestaande werking en dit zonder een financiële meerkost te creëren. Dit onderzoek diende te gebeuren in samenspraak met de verenigingen van gebruikers en mantelzorgers en de expertisecentra dementie.

Binnen dit kader werden de volgende initiatieven gehonoreerd:

1	Welzijnskoepel West Brabant	Dementiezorg in thuiszorgsector West Brabant
2	CM Turnhout	Dementieconsulent als trajectbegeleider binnen de werking van een ziekenfonds, mogelijkheden en beperkingen
3	Zorgbedrijf OCMW Antwerpen	Theoretisch onderzoek naar de optimale inzetbaarheid en de afbakening van het actieterrein van een dementieconsulent binnen de lokale dienstencentra (en hieraan gekoppelde serviceflats) en thuiszorgdiensten (gezinszorg/thuisverpleging) van het Zorgbedrijf
4	vzw Wit-Gele Kruis Oost-Vlaanderen	Vroegdetectie en begeleiding van personen met dementie in samenwerking met de huisartsen binnen een dienst voor thuisverpleging
5	vzw Zorgnet Vlaanderen	Integratie dementieconsulenten in de thuiszorg en de thuiszorgondersteunende diensten
6	Landsbond van Christelijke Mutualiteiten	Onderzoek naar een kwaliteitsvolle integratie van dementieconsulenten met bijzondere aandacht voor haalbaarheid en continuïteit door toeleiding en samenwerking vanuit zorgnetwerken
7	vzw Vereniging van de diensten voor gezinszorg van de Vlaamse Gemeenschap	Onderzoek naar de mogelijkheden en voorwaarden tot integratie van de functie dementieconsulent in de Vlaamse diensten voor gezinszorg
8	vzw Familiezorg West-Vlaanderen - RDC Zonnewende	Onderzoek naar de uitbouw van de functie van een dementieconsulent/thuisbegeleider binnen thuiszorg en thuiszorgondersteunende voorzieningen

Uit de aanvraagdossiers moest blijken:

- in welke thuiszorgvoorziening(en) of thuiszorgondersteunende voorziening(en) de inzet van een dementieconsulent onderzocht zou worden;
- de manier waarop de verenigingen van gebruikers en mantelzorgers en de expertisecentra dementie bij het onderzoek betrokken werden;
- de verschillende niveaus (Vlaams, provinciaal, gemeentelijk,...) waarop de inzet van een dementieconsulent werden onderzocht;
- de manier waarop het onderzoek rekening hield met de diversiteit binnen een bepaalde thuiszorgsector of thuiszorgondersteunende sector, zodat het resultaat van het onderzoek van toepassing is op de volledige betrokken sector;
- de manier waarop de tijdige ondersteuning en trajectbegeleiding aan zowel de persoon met dementie, als aan zijn mantelzorger, gerealiseerd en gewaarborgd zou worden;
- de effecten die bij deze doelgroepen werden beoogd en hoe ze gemeten werden.

Finaliteit van de projecten

- De kwaliteitscriteria van de dementieconsulenten worden omschreven;
- Per thuiszorg en thuiszorgondersteunende voorziening wordt omschreven hoe, op welk niveau en op welke termijn de functie van dementieconsulenten kunnen ingebouwd worden;
- Het einddoel is dat tot op het niveau van elke Vlaamse gemeente wordt aangegeven bij wie men terecht kan voor een begeleiding door een dementieconsulent.

Resultaten en beleidsaanbevelingen

Naast de aparte rapportage van de diverse projecten werden de projecten ook globaal geëvalueerd en werden beleidsaanbevelingen geformuleerd:

- Eindverslag vanuit de Vlaamse stuurgroep 'demonstratieprojecten dementieconsulent'
- Beleidsaanbevelingen 'demonstratieprojecten dementieconsulent' door Lucas en het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen
- Rapport van het Agentschap Zorg en Gezondheid 'Evaluatie projecten dementieconsulent 2010'

Over volgende beleidsaanbevelingen is er consensus:

- Het perspectief van de persoon met dementie en de mantelzorger dient centraal te staan. De valkuil hierbij is over structureren en over organisatie van betrokken woonzorgvoorzieningen.
- De overhe(i)d(en) dienen in te zetten op dementiekundige basiszorg en brede deskundigheidsbevordering.
- Er is een bijkomende nood aan dementieconsulenten voor het hele dementie-zorgproces. Het gaat om een gespecialiseerde hulpverlener die ingezet kan worden vanaf het niet-pluis gevoel tot aan een eventuele opname in het woonzorgcentrum. De consulent dient te beschikken over diepgaande dementiekennis over ondermeer omgaan met persoon met dementie, juridische en

financiële aspecten, sociale kaart, het familieperspectief De consulent kan ingeschakeld worden op vraag van de persoon van dementie of zijn omgeving of door betrokken zorgverleners.

- De dementieconsulent dient vooral aanwezig te zijn op scharniermomenten zoals bij eerste tekenen van dementie, diagnosestelling en –mededeling, eerste problemen bij houding/gedrag, vroegtijdige zorgplanning, overgang naar residentiële zorg.
- Er wordt gepleit voor een getrappt model: minimale zorg waar mogelijk, maximale zorg enkel waar nodig.
- De dementieconsulent treedt niet in de plaats van andere zorgverleners en kan geen basiszorg overnemen. Het specialistische bestaat uit het advies op maat in zeer complexe situaties, juridische en financiële aspecten, jongdementie en het familieperspectief. Vooral tijdens scharniermomenten in het zorgproces , zoals eerste tekenen van dementie, diagnosestelling en –mededeling, vroegtijdige zorgplanning, opname in een woonzorgcentrum, is een specialistisch advies en begeleiding nodig.
- Vorming en intervisie zijn wezenlijke onderdelen voor zowel dementiekundige basiszorgverleners als voor dementieconsulenten.
- De aanwezige en reeds beschikbare expertise dient benut. Het model uitgewerkt door Foton blijft wat betreft begeleidingsmethodiek een voorbeeld en een uitgangspunt. Ook de expertisecentra dementie beschikken reeds over expertise in het kader van onder meer vorming en deskundigheidsbevordering.
- Er is nood aan een grotere betrokkenheid van de huisartsen en medische specialisten.
- Het uitbouwen van dementiekundige basiszorg en het inzetten van dementieconsulenten kan niet zonder meerkost. Zonder bijkomende financiële middelen is het vooropgezette doel niet mogelijk

Over volgende thema's is er geen consensus of is er onduidelijkheid:

- Inbedding van de functie dementieconsulenten binnen de expertisecentra dementie of binnen de bestaande thuiszorg en thuiszorgondersteunende voorzieningen.
- De afbakening tussen dementiekundige basiszorg en specialistische dementieconsulentie blijkt moeilijk gezien die laatste niet in de plaats van andere zorgverleners mag treden.

1.4 BEGRIPPENKADER

Dementiekundige basiszorg

Dementiekundige basiszorg biedt een antwoord op zowel fysieke, psychische als sociale noden van personen met dementie en houdt bovendien rekening met de mogelijkheden en de noden van de mantelzorgers. De verantwoordelijkheid, de regie blijft zoveel mogelijk in handen van de persoon met de dementie en zijn mantelzorgers.

Dementiekundige basiszorg kan, indien van toepassing, onder meer huishoudelijke, verzorgende, zorgkundige, verpleegkundige, administratief/sociaal-financiële hulp op maat van personen met dementie en hun omgeving omvatten. Onlosmakelijk hiermee verbonden is vraagverheldering, informatie, doorverwijzing en psycho-sociale ondersteuning. Deze laatsten zijn een opdracht van elke woonzorgvoorziening.

Dementiekundige basiszorgverlener

Basiszorgverleners zijn zorgverleners die in direct contact staan met de cliënt of de patiënt. Binnen de contouren van de thuiszorg en de thuiszorg ondersteunende voorzieningen van het woonzorgdecreet gaat het onder meer om thuisverpleegkundigen, verzorgenden, zorgkundigen vrijwilligers, logistieke hulpen, oppashulpen, de medewerkers van een lokaal dienstencentrum, het begeleidend personeel van de diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg en de diensten voor logistieke hulp, de maatschappelijk werkers van de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, de medewerkers van dagverzorgingscentra Deze basiszorgverleners kunnen als dementiekundig beschouwd worden wanneer zij via ervaring met zorgverlening aan personen met dementie en hun omgeving in combinatie met permanente dementiespecifieke vorming en intervisie/supervisie hun opdracht als basiszorgverlener op maat van en in overleg met personen met dementie en hun mantelzorgers vervullen.

Dementiekundige begeleiding en ondersteuning in complexe zorgsituaties

Wanneer de actoren die dementiekundige basiszorg leveren aan hun limieten komen of wanneer de zorgsituatie dermate complex is, wordt langdurige begeleiding en ondersteuning aangeboden door de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen. Het gaat om een hulpverleningsmethodiek, aangeboden als typemodule, vertrekkende vanuit een integrale en actor-overstijgende vraagverheldering waarbij de persoon met dementie (of zijn mantelzorger) in elke fase van zijn persoonlijk zorgtraject een beroep kan doen op een professionele dementiekundige zorgverlener.

Referentiepersoon dementie (intern deskundige)

Een referentiepersoon dementie is een professionele hulpverlener met focus op de ondersteuning van professionele basiszorgverleners die ingezet worden bij personen met dementie. Het is een 'professional' voor 'professionals'. Referentiepersonen dementie worden beschouwd als interne deskundigen in dementie. Hoewel referentiepersonen dementie niet ingezet worden in de directe zorgverlening, vormen zij in woonzorgvoorzieningen een belangrijke hefboom voor kwalitatieve zorg en begeleiding op maat van personen met dementie en hun mantelzorgers.

Een referentiepersoon dementie kan de taak van dementiekundige basiszorgverlener opnemen maar het zijn twee onderscheiden functies. De focus van de dementiekundige basiszorgverlener is immers rechtstreeks gericht op de persoon met dementie en zijn mantelzorger(s).

Dementie-expert (extern deskundige)

De dementie-expert is een **onafhankelijk specialist** die in eerste instantie ondersteuning (via advies over cliëntsituaties, vorming, supervisie of netwerking) biedt aan de referentiepersonen dementie van de woonzorgvoorzieningen. Indien een woonzorgvoorziening niet beschikt over referentiepersonen dementie, dan kunnen de dementiekundige basiszorgverleners ook bij deze dementie-expert terecht. De dementie-experten kunnen adviseren over de diverse wetgevende kaders (juridisch, financieel,...), bij problematische scharniermomenten in het zorg- en begeleidingsproces en bij specifieke situaties in het dementieproces (bv. uitdagend gedrag gesteld door de persoon met dementie). Via netwerkvorming, supervisie en het train-de-trainer principe wordt de expertise van de dementie-experten maximaal benut.

De dementie-expert kan ook rechtstreeks specialistisch advies geven aan personen met dementie en hun mantelzorgers zonder evenwel in de plaats te treden van de dementiekundige zorgverleners. Evenmin nemen zij de langdurige begeleiding en ondersteuning op.

1.5 AFKORTINGEN

- BVR : Besluit Vlaamse Regering
- DGAT : dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg
- DMW : dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds
- ECD : regionaal expertisecentrum dementie
- EDV : het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen
- LDC : lokaal dienstencentrum
- MB : Ministerieel Besluit
- OPD : overlegplatform dementie
- RDC : regionaal dienstencentrum
- SEL : samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg
- VAL : Vlaamse Alzheimer Liga
- VIA4 : vierde Vlaams intersectoraal akkoord voor de social- / non-profitsectoren voor de periode 2011 tot 2015
- VTE : voltijds equivalent

2 VERSTERKING VAN DE MANTELZORG VIA PSYCHO-EDUCATIE

De belangrijkste ondersteuner van personen met dementie in het natuurlijk thuismilieu is en blijft de mantelzorger. Ook in dit transitieplan moeten zij centraal blijven staan. Vandaar dat in eerste instantie deze mantelzorger ondersteunt en daar waar mogelijk versterkt moet worden. Maatregelen in dit kader dienen dan ook wat betreft uitwerking en timing voorrang te krijgen.

2.1 WETENSCHAPPELIJKE EVIDENTIE EN RICHTINGGEVENDE VOORBEELDEN

Eén van de meest wetenschappelijk onderbouwde interventies in de ondersteuning van mantelzorgers van personen met dementie is psycho-educatie. Psycho-educatie is een methodiek in de hulpverlening aan mensen met een langdurige beperking of handicap. Ze verwijst naar een reeks educatieve of opvoedkundige interventies om mensen te leren omgaan met hun beperkingen, door het verwerven van kennis, van vaardigheden in de omgang, van meer zelfvertrouwen en door psychologische verwerking. Concreet kan dit vertaald worden in de organisatie van workshops voor mantelzorgers.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) stelde in een recente studie¹³ vier werkzame niet-farmacologische interventies in het licht die helpen ten aanzien van personen met dementie en hun omgeving. Psycho-educatie staat met stip genoteerd op de eerste plaats. Het KCE stelt dat het opleiden en psychosociaal ondersteunen van de mantelzorger onmiskenbaar een positief effect heeft op de persoon met dementie en zijn naasten. De ondersteuning kan een brede waaier aan activiteiten omvatten, zoals adviesessies, deelname aan gespreksgroepen, telefonisch advies, De kans op effect is het grootst als er verschillende soorten ondersteuning tegelijkertijd aangeboden worden. De kans op opname in een residentiële voorziening vermindert, of het duurt langer voordat een opname nodig is, als de mantelzorger en de persoon met dementie regelmatig aan deze activiteiten deelnemen. Bovendien verbetert het de gemoedsgesteldheid en de levenskwaliteit van de mantelzorger.

In Duitsland werd een wetenschappelijk onderbouwd programma psycho-educatie voor mantelzorgers van personen met dementie ontwikkeld wat als richtinggevend voor Vlaanderen beschouwd mag worden. Het psycho-educatief pakket is opgevat als een verzameling van modules die de bouwstenen zijn van workshops voor mantelzorgers. Hierbij worden alle aspecten op niet-farmacologisch vlak behandeld. Letterlijk en figuurlijk zal er niettemin een vertaalslag naar Vlaanderen moeten gemaakt worden¹⁴. Tenslotte dient het Nederlandse programma Dementiedebaas.nl aangestipt dat ontwikkeld werd door de Stichting Geriant, het Trimbos-instituut en Alzheimer Nederland¹⁵. Deze internethulpverlening is specifiek ontwikkeld voor mantelzorgers voor personen met dementie, die de belasting van de zorg de baas willen blijven.

¹³ Dementie: vier werkzame alternatieven voor geneesmiddelen. KCE rapport van 07/07/2011.

¹⁴ H. Emme von der Ahe, F. Weidner, U. Laag, S. Blomme. Optimierung der Unterstützung für nicht erheblich Pflegebedürftige Demenzerkrankte und ihre Angehörigen mit besondere Berücksichtigung pflegepräventiver Ansätze. Entlastungsprogramm bei Demens – Ede I und II (Minden, Keulen, december 2011).

¹⁵ <http://www.dementiedebaas.nl>

2.2 BASISPRINCIPES VAN PSYCHO-EDUCATIE

Binnen psycho-educatie staan volgende drie principes voorop:

- **Kennis:** De mantelzorger wordt eerst geïnformeerd over de aandoening, de oorzaken, de symptomen, het verloop en de behandeling. Ook wordt het belang benadrukt van informatie over de psychische en sociale gevolgen ervan. De persoon in kwestie komt te weten welke mogelijkheden er zijn om met dementie om te gaan, welke wegen er zijn om maatschappelijke ondersteuning te verwerven en hoe hij kan opkomen voor zijn eigen rechten en behoeften.
- **Acceptatie:** Voor de meeste mensen is kennen en begrijpen van een ziekte niet zo'n probleem. Het aanvaarden ervan en het behouden van een positief zelfbeeld na de diagnose dementie is daarentegen voor velen niet gemakkelijk. Psycho-educatie geeft de handvaten om de mantelzorger te begeleiden in een constructief verwerkingsproces.
- **Handelen:** Om de doelen van de psycho-educatie te bereiken dient er op maat van de persoon en diens leven gewerkt te worden. De vertaling van algemene principes naar het leven van de persoon en de toepassing ervan is vaak de grootste uitdaging in het proces. In het geval van dementie is het zo dat dementie door elke persoon én zijn mantelzorger anders beleefd wordt. Dit vergt dus een individuele aanpak. Via groepswerken kunnen niettemin tips en 'tricks' aangereikt of gedeeld worden.

2.3 BOUWSTENEN VAN WORKSHOPS PSYCHO-EDUCATIE

Volgend overzicht schetst de verschillende inhouds die in de toekomstige workshops psycho-educatie aan bod zullen komen.

- Inleiding:
 - o Omschrijving en doel van psycho-educatie
 - o Basisinformatie over dementie (van de verschillende vormen van dementie: definitie, symptomen, incidentie/prevalentie, ziekteverloop, behandelmogelijkheden)
- Deel I: Vermindering van de zorglast (7 modules zonder vaste volgorde van 2 uur, op vraag van de cliënt, afhankelijk van de noden)
 - o Invoelen in de leefwereld van mensen met dementie
 - o Omgaan met zorg
 - o Omgaan met gedrag
 - o Omgaan met financiën
 - o Omgaan met veiligheid
 - o Omgaan en communiceren met familie en omgeving
 - o Communiceren met personen met dementie
 - o Ethische aspecten
- Deel II: Verhoging van de draagkracht (5 modules met vaste volgorde van 2 uur)
 - o Gevoelens en gedachten bij de mantelzorger
 - o Concept draagkracht en zorglast – evenwicht zoeken
 - o Tijd voor jezelf
 - o Niet-helpende gedachten herkennen

- Helpende gedachten gebruiken

2.4 ONTWIKKELING VLAAMSE MODULE PSYCHO-EDUCATIE VOOR MANTELZORGERS

Gezien in Vlaanderen geen structureel aanbod van psycho-educatie aangereikt wordt aan mantelzorgers van personen met dementie, wordt op korte termijn door het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en de Vlaamse Alzheimer Liga een door LUCAS wetenschappelijk gevalideerd basispakket psycho-educatie voor mantelzorgers van personen met dementie ontwikkeld. Parallel hiermee wordt nagegaan hoe en door wie de workshops kunnen aangeboden worden. De te ontwikkelen workshops kunnen aansluiten op of gecombineerd worden met het bestaande aanbod van praatcafés dementie, mantelzorgcafés, familiegroepen van de Vlaamse Alzheimer Liga, infoavonden in woonzorgcentra, ziekenhuizen, cursussen van ziekenfondsen.

Aan de toekomstige deelnemers aan de modules psycho-educatie dient minimaal aan het einde van de opleiding duidelijk te zijn of er een nood is aan een vaste contactpersoon die de begeleiding van betrokken persoon met dementie en zijn mantelzorgers op zich neemt. Indien die nood er is dan wordt van de trainers verwacht dat zij die vaste begeleiding in het bereik brengen. De sociale kaart ontwikkeld door de ECD/SEL met dementiekundige basiszorgverleners kan hierbij gehanteerd worden.

3 DEMENTIEKUNDIGE BASISZORG ONDERSTEUND DOOR REFERENTIEPERSONEN DEMENTIE EN DEMENTIE-EXPERTEN

Doelgroepdeskundige basiszorg mag niet leiden tot een versnippering van het al diverse landschap van woonzorgvoorzieningen. Het aantal hulpverleners dat aan huis komt dient bovendien zo beperkt mogelijk gehouden te worden. Heel wat taken van dementieconsulenten (model Foton) worden vandaag al opgenomen door basiszorgverleners als thuisverpleegkundigen, maatschappelijk werkers van de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, verzorgenden en begeleidend personeel van de diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg, Bij personen met dementie gaat het om taken zoals informatie, doorverwijzing, psycho-sociale ondersteuning, advies, begeleiding De afbakening tussen basiszorgverlening en specialistische dementieconsulentie is daarom moeilijk en waarschijnlijk ook niet wenselijk.

Om die reden wordt de dementieconsulent niet als aparte functie weerhouden en blijft zorgconsulentie van personen met dementie en hun mantelzorgers een opdracht van de bestaande woonzorgvoorzieningen. De zorgconsulentie wordt opgenomen door dementiekundige basiszorgverleners die op hun beurt moeten kunnen rekenen op de ondersteuning van interne referentiepersonen dementie en/of externe dementie-experten.

Volgende **einddoelstelling** wordt in het voorliggend transitieplan vooropgesteld:

Elke persoon met dementie of zijn mantelzorgers moeten, indien zij dit wensen, terecht kunnen bij liefst één contactpersoon die gedurende het hele dementieproces de begeleiding op zich neemt. Het moet normaal worden dat iemand met dementie en hun naasten een vaste begeleider krijgen. Iemand die hun vragen kan beantwoorden, die ze kunnen bellen als het nodig is. Iemand die een langdurige relatie aangaat en liefst vroegtijdig wordt ingezet, mogelijk al voordat de diagnose gesteld is. Die er is voor de persoon met dementie, maar zeker ook voor de naaste mantelzorgers. Iemand die informatie en duiding geeft en meehelpt belangrijke beslissingen te nemen. Iemand die creatief meedenkt om te voorkomen dat mantelzorgers overbelast raken.

Om deze doelstelling te realiseren wordt gekozen voor een **getrapt systeem** met onderscheiden functies die op vraag van de zorgvrager en/of zorgverlener aanspreekbaar zijn.

1. De begeleiding van personen met dementie en hun mantelzorgers is en blijft een opdracht van de woonzorgvoorzieningen op voorwaarde dat hun medewerkers dementiekundig zijn. **Dementiekundige basiszorg** dient hiervoor verder te worden uitgebouwd. De nodige bijkomende deskundigheidsbevordering en mogelijkheden tot netwerkvorming en intervisie/supervisie dienen in het bereik gebracht te worden. Van de woonzorgvoorzieningen wordt verwacht dat zij een verdere dynamiek ontwikkelen zodat de interne deskundigheid van zorg voor personen met dementie versterkt wordt. De mogelijkheden van het inzetten van referentiepersonen dementie (intern deskundigen) dienen verder geëxploreerd.

Wanneer nog geen woonzorgvoorziening betrokken is in de zorgsituatie of wanneer de woonzorgactoren die dementiekundige basiszorg leveren aan hun limieten komen of wanneer de zorgsituatie dermate complex is, kan langdurige begeleiding en ondersteuning aangeboden door de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen. Het gaat om een hulpverleningsmethodiek, aangeboden als typemodule, vertrekkende vanuit een integrale en actor-overstijgende vraagverheldering waarbij de persoon met dementie (of zijn mantelzorger) in

elke fase van zijn persoonlijk zorgtraject een beroep kan doen op een professionele dementiekundige zorgverlener.

2. De dementiekundige basiszorgverleners kunnen met specifieke vragen in eerste instantie terecht bij de **referentiepersonen dementie** (interne deskundigen, zie 1.4). Deze intern deskundigen die ingebed zijn in de woonzorgvoorzieningen kunnen de basiszorgverleners adviseren bij wettelijke, juridische en financiële vragen, bij problematische scharniermomenten in het zorgproces en bij complexe situaties in het dementieproces. Indien een woonzorgvoorziening niet over referentiepersonen dementie beschikt, dan kunnen de dementiekundige basiszorgverleners een beroep doen op de externe dementie-experten.
3. De referentiepersonen dementie van de woonzorgvoorzieningen en de dementiekundige basiszorgverleners uit woonzorgvoorzieningen die niet over referentiepersonen dementie beschikken, kunnen terecht bij de **dementie-experten** (externe deskundigen, zie 1.4). De dementie-experten zijn ingebed in de regionale expertisecentra dementie die opereren in nauwe afstemming met de SEL.

4 VERSTERKING VAN DE DEMENTIEKUNDIGE BASISZORG

4.1 KENMERKEN EN COMPETENTIES VAN DEMENTIEKUNDIGE BASISZORG

Het decretaal kader is duidelijk

Elke erkende woonzorgvoorziening dient binnen zijn decretale mogelijkheden doelgroepspecifieke zorg aan te bieden. Het woonzorgdecreet is hierin duidelijk en stelt volgende doelstelling voorop:

- Elke woonzorgvoorziening heeft als doel de levenskwaliteit van de gebruiker te waarborgen door:
 - o het ondersteunen van de zelfzorg en/of de mantelzorg;
 - o het verlenen van gedifferentieerde en gespecialiseerde vormen van woonzorg;
 - o het bevorderen van de samenwerking en de afstemming tussen de verschillende actoren binnen de woonzorg.

Zij dienen hiervoor onder meer volgende werkingsprincipes in acht te nemen:

- de toegankelijkheid van de woonzorg waarborgen zonder discriminatie op grond van ideologische, godsdienstige en filosofische overtuigingen of lidmaatschap of enig ander criterium op grond waarvan kan worden gediscrimineerd;
- door de gebruiker, in voorkomende geval de mantelzorger, gevraagd en aanvaard zijn;
- oog hebben voor de hele zorgsituatie, inclusief palliatie;
- naar aard, tijdstip, plaats, duur en intensiteit het best aangepast zijn aan de behoeften van de gebruiker;
- de persoonlijke autonomie en zelfverantwoordelijkheid van de gebruiker en zijn mantelzorgers vrijwaren, ondersteunen en stimuleren;
- maximaal een beroep doen op het zelfzorgvermogen en de zelfredzaamheid van de gebruiker en zijn mantelzorger, rekening houdend met hun draagkracht;
- de gebruiker en zijn mantelzorger informeren over de mogelijkheden en beperkingen van de woonzorg en van eventuele andere hulp- en dienstverlening;
- de communicatie tussen gebruiker, mantelzorgers en voorziening stroomlijnen om de gebruiker en zijn mantelzorgers naar de gepaste zorg te kunnen toe leiden;
- bijzondere aandacht besteden aan gebruikers die een verhoogd risico lopen op verminderde welzijnschansen;
- bijzondere aandacht besteden aan specifieke doelgroepen;
- programma's ontwikkelen rond vorming, training en systemen van intervisie ter bevordering van de deskundigheid van personeel en management.

Kenmerken van dementiekundige basiszorg

Dementiekundige basiszorg biedt een antwoord op zowel fysieke, psychische als sociale noden van personen met dementie en houdt bovendien rekening met de mogelijkheden en de noden van de mantelzorgers. De verantwoordelijkheid, de regie blijft zoveel mogelijk in handen van de persoon met de dementie en zijn mantelzorgers.

Dementiekundige basiszorg kan, indien van toepassing, onder meer huishoudelijke, verzorgende, zorgkundige, verpleegkundige, administratief/sociaal-financiële hulp op maat van personen met dementie en hun omgeving omvatten. Onlosmakelijk hiermee verbonden is vraagverheldering, informatie,

doorverwijzing en psycho-sociale ondersteuning. Deze laatste zijn een opdracht van elke woonzorgvoorziening.

De dementiekundige basiszorgverlener

- heeft een genuanceerd beeld van dementie, mensen met dementie en hun mogelijkheden;
- inzicht in de mechanismen van uitsluiting, infantilisering, betutteling, negering, isolering enz. die het gevolg zijn van negatieve beeldvorming;
- weet een klimaat van bespreekbaarheid te creëren;
- heeft ook specifieke competenties die aansluiten bij het basismandaat binnen zijn/haar decretale opdracht. Dit betekent dat de organisatie waar de dementievriendelijke basiszorgverlener actief is een uitdrukkelijke keuze maakt voor een doelgroepspecifieke werking.

De medewerkers die een dementievriendelijke basiszorg bieden, dienen een basisvorming te volgen. In deze basismodule dienen zeker volgende aspecten opgenomen te worden:

- basiskennis dementie en belevingsgerichte zorg;
- praktische oefeningen omtrent omgang en communicatie en belevingsgerichte zorg;
- begrijpen van en omgaan met moeilijk hanteerbaar gedrag;
- begrijpen van en omgaan met familie;
- kennis sociale kaart;
- gericht kunnen doorverwijzen.

De dementiekundige basiszorgverlener heeft de volgende vaardigheden:

- de diverse geciteerde visie, houdings- en kennisaspecten ook concreet toepassen en integreren in zijn handelen en omgaan;
- een klimaat van bespreekbaarheid omtrent de ziekte creëren vanuit een gepaste omgang en communicatie met en over de persoon met dementie;
- empathisch luisteren en ondersteunend aanwezig zijn;
- diverse gevoelens, feiten, motieven, waarden, oplossingen, lasten en krachten opmerken, bespreekbaar maken en er respectvol en doelgericht mee om gaan;
- de hoofdhulpvraag helpen helder krijgen en formuleren;
- eigen bezorgdheden omtrent continuïteit van zorg, veiligheid, overbelasting, misbehandeling op een gepaste, geweldloos weerbare wijze inbrengen;
- motiveren (bv. rond diagnosestelling, inschakelen van hulp, voorlopige bewindvoering);
- verbindend werken (op basis van houding: meerzijdige partijdigheid);
- omgaan met conflicten en eventueel bemiddelen;
- omgaan met weerstanden;
- passend en tijdig doorverwijzen (of informatie bieden);
- zelf tijdig en passend de referentiepersoon dementie consulteren of zich informeren bij de dementie-expert.

4.2 DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING INCLUSIEF ATTESTERING

De projecten dementieconsulenten zijn duidelijk over de voorwaarden die nodig zijn om dementiekundige basiszorg te realiseren: opleiding, vorming en super/intervisie.

De negen regionale expertisecentra dementie en het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, in nauwe samenwerking met de SEL, vormen de hoeksteen om de transitie naar een dementiekundige basiszorg te

realiseren. De huidige convenanten met het Vlaamse en de regionale ECD blijven van toepassing, maar dienen in het kader van voorliggend transitieplan verder geactualiseerd en geconcretiseerd. Volgende **opdrachten** in het kader van opleiding, vorming en super/intervisie dienen in de convenanten van de ECD en het EDV met de Vlaamse overheid een plaats te krijgen:

- **Overleg en super/intervisie** dementiekundige zorgverleners en referentiepersonen dementie van verschillende woonzorgvoorzieningen, zowel de thuiszorg als de (semi)residentiële ouderenzorg, faciliteren en begeleiden. Het train-de-trainer principe dient hierbij ten volle benut te worden.
- Volgende **opleidingen** (curricula) worden, in overleg met desbetreffende sectoren, door het EDV uitgewerkt en onder meer via de regionale ECD aangeboden:
 - o Basispakket psycho-educatie voor mantelzorgers van thuiswonende personen met dementie:
 - Inhoud: zie hoofdstuk 2 Versterking van de mantelzorg via psycho-educatie;
 - In samenwerking met de VAL en de verenigingen voor gebruikers en mantelzorgers;
 - Wetenschappelijke validatie van het basispakket dient gerealiseerd via een kwalitatief onderzoek met een testgroep (in samenwerking met LUCAS).
 - o Opleiding dementiekundige basiszorgverlener
 - Inhoud: zie 4.1 'kenmerken van dementiekundige basiszorg'.
 - Zowel het niveau bachelor als het niveau beroepsonderwijs worden beoogd.
 - o Opleiding dementiekundige zorgvrijwilligers en aanvullende thuiszorg (huishoudhulp, karwei en oppas):
 - Een specifieke module voor vrijwilligers van de oppasdiensten en de diensten voor gastopvang en voor logistieke medewerkers wordt in overleg met de betrokken sectoren opgemaakt.
 - o Opleiding referentiepersoon in de thuiszorg
 - De opleidingen referentiepersonen in de residentiële ouderenzorg waarvan de inhoud en de randvoorwaarden door het RIZIV zijn vastgelegd en die vandaag in Vlaanderen door de ECD worden aangeboden, zullen gehanteerd worden als inspiratiebron. Maximale afstemming dient hierbij gerealiseerd te worden.
 - o **De inhoud van bovenstaande opleidingen worden in overleg met de Vlaamse overheid opgemaakt waarbij de luiken attestering en registratie worden vastgelegd.**
- Realiseren van een **permanent nominatief overzicht** (sociale kaart) i.s.m. de SEL van dementiekundige basiszorgverleners en referentiepersonen dementie en dit tot op het niveau van elke gemeente in Vlaanderen en Brussel.
- Realiseren van effectieve **netwerkvorming** via overlegplatforms dementie in nauwe samenwerking met de SEL (zie hoofdstuk 6 Afstemming regionale ECD met SEL).
- Om bovenstaande opdrachten te realiseren wordt, onder voorbehoud van de nodige budgettaire ruimte, aan de regionale ECD één voltijdse **dementie-expert** per zorgregio (niveau regionale stad) van haar werkingsgebied toegekend. Ook voor het ECD actief in het Brussels hoofdstedelijk gewest wordt één voltijdse dementie-expert voorzien. Voor de coördinatie en ondersteuning van deze dementie-experten wordt één voltijds VTE het EDV voorzien (zie hoofdstuk 5 inzet van dementie-experten).

4.3 OPDRACHTEN VAN DE WOONZORGVOORZIENING

4.3.1 VERENIGINGEN VAN GEBRUIKERS EN MANTELZORGERS

Het woonzorgdecreet stelt dat een vereniging van gebruikers en mantelzorgers als opdracht heeft de gebruikers en hun mantelzorgers te ondersteunen en hun gemeenschappelijke belangen te onderkennen en te behartigen. De vereniging verstrekt onder meer informatie over rechten en plichten van de gebruikers en de mantelzorgers en organiseert bijeenkomsten waarbij informatie overdracht gebeurt over onderwerpen in de thuiszorg die voor de gebruikers en mantelzorgers relevant zijn.

De verenigingen zullen geappelleerd worden om hun bestaande en toekomstige initiatieven te correleren met het toekomstige aanbod van psycho-educatie voor mantelzorgers van personen met dementie. Hun ervaring en mogelijkheden dienen hierbij ten volle benut te worden.

4.3.2 DIENSTEN VOOR OPPASHULP EN DIENSTEN VOOR GASTOPVANG

Wanneer vrijwillige oppassers en de vrijwillige gastgezinnen van de diensten voor oppashulp en deze voor gastopvang ingezet worden bij personen met dementie, moet ook hun dementiekundigheid gegarandeerd worden. Om die reden zullen de diensten in samenwerking met het EDV een module ontwikkelen die zich specifiek richt tot zorgvrijwilligers. Vanuit de Vlaamse overheid zal een attestering voor dementiekundige zorgvrijwilligers ontwikkeld worden.

De omkadering van de diensten oppashulp zal versterkt worden zodat de begeleiding van de vrijwillige oppassers beter gegarandeerd wordt.

De coördinatoren van de diensten voor oppashulp en diensten voor gastopvang kunnen met dementiespecifieke vragen terecht bij de referentiepersonen dementie van hun respectievelijke moederorganisaties, met name de diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg en de ziekenfondsen, of bij de dementie-experten van de ECD.

4.3.3 DIENSTEN MAATSCHAPPELIJK WERK VAN DE ZIEKENFONDSEN (DMW)

Begeleiding en ondersteuning van zorgbehoevenden als kernopdracht

Het woonzorgdecreet legt vast welke activiteiten de DMW ten minste dienen te verrichten¹⁶. Deze activiteiten zijn van uitermate belang voor de begeleiding van personen met dementie en hun mantelzorgers:

- Ondersteuning bieden bij het oriënteren van hulp- en zorgvragen van gebruikers of mantelzorgers op basis van vraagverheldering en vraagverduidelijking, of die personen naar de georganiseerde thuiszorg toe leiden;

¹⁶ Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, hoofdstuk III, onderafdeling IV, art. 15.

- Door informatie, advies, ondersteuning en bemiddeling de gebruikers en mantelzorgers in staat stellen hun rechten maximaal uit te putten en maximaal toegang te hebben tot zorg;
- Administratieve en psychosociale ondersteuning aanbieden, als de draagkracht of vaardigheden van de gebruikers of mantelzorgers ontoereikend zijn;
- Het zelfzorgvermogen evalueren;
- Gebruikers met een indicatie van verminderd zelfzorgvermogen proactief benaderen;
- In complexe zorgsituaties of als een wijziging van zorgvorm wenselijk is, de mogelijkheid tot langdurige begeleiding en ondersteuning aanbieden, waarbij de gebruiker in elke fase van zijn persoonlijke zorgtraject een beroep kan doen op een professionele zorgverlener.
- Belemmerende factoren beleidsgericht signaleren.

Vanuit hun decretale opdracht zijn de diensten maatschappelijk werk, in de mate dat hun medewerkers dementiekundig zijn, bij uitstek geplaatst om de begeleiding van personen met dementie en hun mantelzorgers op te nemen. Wanneer nog geen woonzorgvoorziening betrokken is in de zorgsituatie, wanneer personen met dementie of hun mantelzorgers een gemis aan een vaste contactpersoon ervaren, wanneer de woonzorgfactoren die dementiekundige basiszorg leveren aan hun limieten komen of wanneer de zorgsituatie dermate complex is, kan langdurige begeleiding en ondersteuning aangeboden door de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen. Het gaat om een hulpverleningsmethodiek, aangeboden als typemodule, vertrekkende vanuit een integrale en actor-overstijgende vraagverheldering waarbij de persoon met dementie (of zijn mantelzorger) in elke fase van zijn persoonlijk zorgtraject een beroep kan doen op een professionele dementiekundige zorgverlener.

De DMW gaan het engagement aan om de deskundigheid inzake dementie te verhogen door al hun maatschappelijk werkers de modules dementiekundige basiszorgverlener (niveau bachelor) te laten volgen. Via attestering zal de Vlaamse overheid deze transitie kunnen monitoren.

Eén Vlaams intermutualistisch contactpunt (telefonisch/digitaal)

Om de toegankelijkheid voor begeleiding door de DMW te verhogen zal vanaf 1 september 2014 één Vlaams intermutualistisch contactpunt actief zijn. Bij dit contactpunt kunnen zorgverleners terecht als zij bij personen met dementie of hun mantelzorgers de nood aan een vaste begeleider in het dementieproces ervaren. Het contactpunt staat garant voor een telefonische contactname met de zorgvrager binnen de week door een dementiekundige maatschappelijk werker waarbij de mogelijkheid van een gratis huisbezoek wordt aangereikt zodat een integrale vraagverheldering mogelijk wordt.

Resultaatsgerichte indicatoren

Sinds 1 januari 2013 zijn de resultaatsgerichte indicatoren voor de DMW in voege¹⁷. Als gedurende twee opeenvolgende jaren deze indicatoren niet bereikt worden, dan wordt de subsidie-enveloppe van de betreffende erkende DMW van het daaropvolgende jaar met 10 % verminderd¹⁸. Gezien de DMW zich dienen te richten naar gebruikers en mantelzorgers, in het bijzonder als zij door ziekte of ouderdom blijvend of tijdelijk problemen ondervinden, zijn een aantal van deze resultaatsindicatoren erg belangrijk voor personen met dementie. Het gaat om :

¹⁷ Ministerieel besluit van 29 november 2011 houdende de bepaling van resultaatsgerichte indicatoren voor de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen.

¹⁸ Bijlage V, art. 3 B 1° en art. 8 van het stambesluit van het woonzorgdecreet.

- De dienst biedt begeleiding aan ten minste 10 % van het totale aantal bereikte gebruikers in het werkjaar in kwestie. Begeleiding betekent het aanbieden van ten minste één van volgende modules: psychosociale begeleiding bij verliesverwerking, zorgbegeleiding in complexe thuissituaties, trajectbegeleiding.
- De dienst treedt actief in overleg met andere zorg- en hulpverleners om afspraken te maken over de zorg aan de gebruiker bij ten minste 20 % van het totale aantal bereikte gebruikers.
- De dienst benadert ten minste vijf verschillende doelgroepen door een aantoonbare proactieve actie. Een doelgroep is een groep waarbij een bepaald relevant kenmerk gemeenschappelijk is.
- Bij ten minste 15 % (20 % vanaf 2017) van het totale aantal proactief benaderde personen leidt de proactieve actie tot een vervolgactie.

In 2015 zullen de resultaatsindicatoren van de DMW geëvalueerd worden. Dan zullen zij ook in het licht gehouden van de noden van personen met dementie en hun omgeving waarbij onder meer volgende indicatoren kunnen ingevoerd worden:

- De indicator m.b.t. het aanbieden van zorgbegeleiding in complexe thuissituaties kan zich expliciet richten naar personen met dementie. Een percentage kan hierbij vastgelegd worden.
- Er kan een indicator vastgelegd worden voor proactieve acties die zich specifiek richten naar doorverwijzers (bv. huisartsen, geheugenklinieken, ...). Vooral personen met dementie in de niet-plus fase dienen proactief gecontacteerd te worden.

4.3.4 DIENSTEN GEZINSZORG EN AANVULLENDE THUISZORG (DGAT)

Vandaag werken al een aantal diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg met dementiedeskundige basisedewerkers (verzorgenden, huishoud-, karwei-, oppashulpen) en begeleidend personeel. Ook zijn er in vooral de grotere diensten referentiepersonen dementie (intern deskundigen) actief.

Begeleidend personeel

Het VIA4-akkoord voorziet in de sectorale maatregelen voor gezinszorg budgetten om een passende omkadering voor de verzorgenden te financieren. Op basis van een onderzoek¹⁹ zal de omkaderingsnorm aangepast worden om tegemoet te komen aan de stijgende werkdruk van het begeleidend personeel. Een passende omkadering moet garant staan voor een betere begeleiding van de verzorgenden en de cliënten, waaronder personen met dementie. De stijgende werkdruk is immers te wijten aan het toegenomen aantal complexe zorgsituaties wat leidt tot meer intern en extern overleg, meer begeleiding van verzorgenden en cliënten. Dit laatste geldt ook voor de doelgroep personen met dementie en hun omgeving. Een passende omkadering geeft eveneens meer ruimte tot vorming en supervisie van een dementiekundige middenkader en tot het inzetten van referentiepersonen dementie.

Verzorgenden en huishoudhulpen

Hoewel een aantal diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg al beschikken over dementiedeskundige verzorgenden en huishoudhulpen, is het van belang om een minimum aantal dementiekundige

¹⁹ Het onderzoek werd door het Agentschap Zorg en Gezondheid gegund aan het HIVA onder coördinatie van Prof. Anja Declercq en de opdracht zal lopen van 01/09/2012 t.e.m. 30/06/2013.

verzorgenden en huishoudhulpen op te leiden. Naast een basisopleiding, dient eveneens ruimte voorzien voor permanente bijscholing en supervisie en voor deelname aan intern werkoverleg en multidisciplinair overleg.

Het EDV zal in nauwe samenwerking met de VVDG de module dementiekundige basiszorgverleners op niveau verzorgenden uitwerken. De VVDG gaat het engagement na om de deskundigheid inzake zorg- en bijstand bij personen met dementie gestaag te verhogen. Via de attestering zal de Vlaamse overheid deze evolutie monitoren.

4.3.5 *DIENSTEN VOOR THUISVERPLEGING (DTV), DE HUISARTSEN EN APOTHEKERS*

Ook voor diensten voor thuisverpleging is het opleiden van dementiekundige basiszorgverleners, met name de thuisverpleegkundigen en de zorgkundigen, van belang.

Met de Federale Overheid wordt overlegd en gepleit voor het inhoudelijk realiseren en de financiering via het RIZIV van zowel dementiekundige basiszorgverleners als van een referentiepersoon dementie in de thuiszorg.

In dit kader zal eveneens de nood aan referentiehuisartsen inzake dementie aangekaart worden met de federale overheid.

De functiebeschrijving, de vorm van financiering, de kwalificatievereisten en de opleidingsvereisten van de referentiepersonen dementie zoals die door het RIZIV voorzien zijn voor de residentiële ouderenzorgen (zie punt 3.5.5) kunnen als basis dienen om de referentiepersoon dementie in de thuiszorg uit te werken.

Ook apothekers kunnen een belangrijke rol spelen voor personen met dementie. De inpassing van de apothekers en andere gezondheidszorgberoepen in het transitieplan dementiekundige basiszorg vergt overleg met de Federale overheid.

4.3.6 *LOKALE EN REGIONALE DIENSTENCENTRA (LDC EN RDC)*

De lokale en regionale dienstencentra blijven hun bestaande opdrachten opnemen voor de doelgroep dementie. Deze behelzen vooral informatie, detectie, bewustmaking en doorverwijzing. De mogelijkheden van deze thuiszorgvoorzieningen dienen benut onder meer in het faciliteren of concreet invullen van het aanbod aan workshops psycho-educatie voor mantelzorgers van personen met dementie.

De medewerkers van de dienstencentra moeten met dementiespecifieke vragen terecht kunnen bij de referentiepersonen van hun moederorganisaties (openbare besturen, woonzorgcentra, ziekenfondsen, ...) of bij de dementie-experten van de ECD.

4.3.7 *(SEMI)RESIDENTIËLE OUDERENZORG*

De hefboom tot dementiekundige basiszorg wordt in de (semi)residentiële ouderenzorg (woonzorgcentra, centra voor dagverzorging, centra voor kortverblijf) gerealiseerd via de referentiepersonen dementie.

Sinds 1 juli 2010 voorziet het RIZIV²⁰ in de financiering van een halftijdse functie van referentiepersoon dementie voor een lid van het verpleegkundig personeel of van het reacteringspersoneel van een woonzorgcentrum. De functie is facultatief en komt dus niet voor in de financieringsnormen. Het RIZIV stelt volgende **voorwaarden** om de financiering van een referentiepersoon dementie te bekomen:

- Gedurende de referentieperiode minstens gemiddeld 25 patiënten in de afhankelijkheids categorie Cd huisvesten;
- Aan het RIZIV het contract of de wijzigingsclausule bij het arbeidscontract bezorgen waaruit blijkt dat een personeelslid voor 0,5 VTE is tewerkgesteld als referentiepersoon voor dementie;
- Een persoon hebben aangewezen die voldoet aan de opleidingsvoorwaarden

De **functieomschrijving** van een referentiepersoon dementie ziet er als volgt uit:

- Als raadgever optreden in verband met en advies geven over vragen in verband met de omkadering van en de verzorging die gegeven wordt aan personen die lijden aan dementie en hun omgeving;
- Zich informeren over de wetgeving in verband met dementie;
- De directie bijstaan bij de vorming van het personeel in verband met dementie en voorstellen formuleren over externe deskundigen die delen van deze opleidingen kunnen geven;
- Het personeel bewust maken van tekenen van beginnende dementie. Op basis daarvan in samenspraak met de hoofdverpleegkundige en de behandelende arts en/of de raadgevend en coördinerende arts hiervan op de hoogte brengen;
- Het personeel en de omgeving van personen met dementie stimuleren om over de problematiek van dementie na te denken en om een aanpak en een houding te ontwikkelen die het welzijn van deze personen kan verbeteren;
- Meewerken aan het ontwikkelen van een kwaliteitspolitiek (procedures, multidisciplinair overleg, enz.) in verband met de omkadering van en de zorg voor personen met dementie;
- Pleiten voor het oprichten van een netwerk met daarin alle belangrijke partners: het expertisecentrum dementie, het geriatisch dagziekenhuis waarmee er een functionele band moet gecreëerd worden, de coördinerend en raadgevend arts, andere referentiepersonen in verband met dementie;
- Instaan voor een verbindingsfunctie tussen dit netwerk en de coördinerend en raadgevend arts;
- Het personeel en de directie stimuleren om te blijven zoeken naar middelen die de levenskwaliteit van personen met dementie kunnen verbeteren;
- Aan de directie voorstellen doen in verband met de verbetering van de levenskwaliteit van het personeel dat personen met dementie verzorgt of bijstaat, en dit binnen de ganse organisatie en onder toezicht van externe deskundigen.

Sinds 1 juli 2013 wordt van referentiepersonen dementie verwacht dat zij een opleiding van 60 uur volgen die minstens volgende materies omvatten:

²⁰ RIZIV. Omzendbrief aan de rustoorden voor bejaarden, de rust- en verzorgingstehuizen. OMZ. ROB 2011/9. OMZ. RVT 2011/8 (Brussel, juni 2011)

- De medische aspecten van dementie;
- De psychosociale aspecten van dementie;
- De juridische aspecten van dementie;
- De organisatie van de verzorging;
- De interdisciplinaire communicatie en het beheer van de zorgplannen;
- De methode en de organisatie van interne opleidingen.

In Vlaanderen worden deze opleidingen aangeboden door de ECD, gefaciliteerd en bijgestaan door het EDV.

In het kader van het benutten van aanwezige expertise, van ontschotting en het belang van samenwerking tussen de thuiszorg, semi-residentiële en de residentiële ouderenzorg, is het van groot belang dat de referentiepersonen dementie die vandaag actief zijn in de residentiële ouderenzorg opgenomen een plaats krijgen in het realiseren van de verschillende luiken van het voorliggend transitieplan. De expertise over dementie van de residentiële ouderenzorg dient m.a.w. ten volle benut te worden.

5 INZET VAN REFERENTIEPERSONEN DEMENTIE EN DEMENTIE - EXPERTEN

5.1 FUNCTIE-INHOUD EN POSITIONERING VAN DE REFERENTIEPERSOON DEMENTIE

Een referentiepersoon dementie is de intern deskundige van een voorziening inzake dementie die als opdracht heeft andere professionele zorgverleners met raad en daad bij te staan zodat deze laatsten in staat zijn om op maat van de persoon met dementie en zijn omgeving begeleiding of zorgverlening aan te bieden. De referentiepersoon is een 'professional' voor 'professionals' en wordt in principe niet rechtstreeks ingezet in de zorg.

De functie-inhoud en de voorwaarden voor het inzetten van referentiepersonen dementie kent wat betreft de residentiële ouderenzorg al een regelgevend kader (zie punt 4.3.7). Voor de thuiszorg geldt dit vooralsnog niet. Zoals in het vorige hoofdstuk al werd aangegeven, zal overlegd worden met de federale overheid om een gelijkaardige functie in de thuiszorg te creëren. Niettemin geven vooral grotere thuiszorgvoorzieningen al concreet gestalte aan de referentiepersonen dementie.

Gezien de referentiepersonen dementie, zowel in de thuiszorg als de residentiële ouderenzorg, een belangrijke hefboom zijn voor de ondersteuning van basiszorgverleners en het gevoerde beleid van de voorziening inzake dementie, is het van belang dat ook deze referentiepersonen kunnen rekenen op opleiding, bijscholing en intervisie. Deze opdracht zal toegewezen worden aan de medewerkers van de regionale expertisecentra dementie in coördinatie van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen vzw. Vanuit de Vlaams overheid zal hieraan gekoppeld een attestering uitgewerkt worden.

De referentiepersoon dementie heeft basiskennis over het ziektebeeld dementie:

- onderkennen van het belang van een goede diagnose;
- kennis van de signalen, de kernsymptomen en de symptomen van tweede orde van dementie;
- kennis om een onderscheid te kunnen maken tussen gewone ouderdomsvergeetachtigheid, depressie, delier of verward en/of vergeetachtig gedrag gen gevolg van andere lichamelijke, sociale of psychologische oorzaken;
- onderkennen van de twee meest voorkomende types dementie, nl. ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie en bij voorkeur ook Lewy-Body dementie en frontaalkwabdementie;
- kennis van specifieke problemen bij jongdementie;
- kennis van mogelijk oorzaken en behandeling (medisch en psychosociaal) van dementie;
- kennis van de verschillende fases van dementie en de mogelijkheden en beperkingen van elke fase;
- inzicht in de beleving van mensen met dementie;
- inzicht in de oorzaken van gedrags- en stemmingsproblemen en hoe ermee om te gaan;

De referentiepersoon dementie heeft praktische, geïntegreerde basiskennis over de basisprincipes van persoonsgerichte zorg. Hij heeft inzicht in de principes van geweldloze communicatie en werken vanuit aanwezige krachten.

De referentiepersoon dementie heeft praktische, geïntegreerde basiskennis over mantelzorg en hoe ermee om te gaan. Hij heeft inzicht in:

- motieven en waarden die meespelen in het zorg verlenen;
- rouw- en verlieservaringen, taboegevoelens en foppende gedachten;
- drempels en weerstanden bij toelaten van zorg, diagnose, opname, ... ;
- belastende factoren en signalen van overbelasting;
- sense of coherence (inzicht, vaardigheid, zingeving);
- het belang van meerzijdige partijdigheid.

De referentiepersoon dementie heeft een brede, algemene basiskennis van de meest voorkomende juridische, financiële, wettelijke, veiligheids- en ethische aspecten alsook van de sociale kaart van diensten en voorzieningen. Hij kan hieromtrent passend doorverwijzen ook in situaties van verwaarlozing en misbehandeling.

De referentiepersoon dementie beschikt over de volgende psycho-sociale vaardigheden. Hij kan:

- de aangehaalde visie, houdings- en kennisaspecten concreet toepassen en integreren in zijn handelen en omgaan;
- een klimaat van bespreekbaarheid omtrent de ziekte creëren vanuit een gepaste omgang en communicatie met en over de persoon met dementie en zijn mantelzorger(s);
- empatisch luisteren en ondersteunend aanwezig zijn;
- diverse gevoelens, feiten, motieven, waarden, oplossingen, lasten en krachten opmerken, bespreekbaar maken en er respectvol en doelgericht mee om gaan;
- de zorgvraag helder krijgen en formuleren;
- eigen bezorgdheden omtrent continuïteit van zorg, veiligheid, overbelasting, misbehandeling op een gepast en weerbare wijze inbrengen.

5.2 FUNCTIE-INHOUD EN POSITIONERING VAN DE DEMENTIE-EXPERT

De dementie-expert is een **onafhankelijk** specialist die in eerste instantie ondersteuning (via advies over cliëntsituaties, vorming, supervisie of netwerking) biedt aan de referentiepersoon dementie van de woonzorgvoorzieningen. Indien een woonzorgvoorziening niet beschikt over referentiepersoon dementie, dan kunnen de dementiekundige basiszorgverleners ook bij deze dementie-expert terecht. De dementie-experten kunnen adviseren over de diverse wetgevende kaders (juridisch, financieel,...), bij problematische scharniermomenten in het zorg- en begeleidingsproces en bij specifieke situaties in het dementieproces (bv. extreem gedrag gesteld door de persoon met dementie). Via netwerkvorming zoals de overlegplatforms dementie, via supervisie en het train-de-trainer principe wordt de expertise van de dementie-experten maximaal benut.

De dementie-expert kan ook rechtstreeks specialistisch advies geven aan personen met dementie en hun mantelzorgers zonder evenwel in plaats te treden van de dementiekundige zorgverleners. Evenmin nemen zij de langdurige begeleiding en ondersteuning op zich.

Voor het profiel van de dementie-expert verwijzen we naar de functiekaart (bijlage 8.1) en het competentiekader (bijlage 8.2).

5.3 INBEDDING BINNEN DE REGIONALE EXPERTISECENTRA DEMENTIE

De dementie-experten worden ingebed in de regionale expertisecentra dementie. Er worden 1 of 2 VTE toegewezen aan elk van de negen regionale ECD's a rato van het aantal zorgregio's die zij in hun werkingsgebied bereiken. 1 VTE wordt voorzien voor het ECD actief in het hoofdstedelijk gewest Brussel en 1 VTE voor het Vlaams ECD.

Concreet komt dit neer op:

Expertisecentrum Dementie	Werkingsgebied	Aantal VTE dementie-experten
Foton	zorgregio's Brugge en Oostende	2
Sophia	zorgregio's Kortrijk en Roeselare	2
Paradox	zorgregio Gent	1
Meander	zorgregio's Aalst en Sint-Niklaas	2
Orion	zorgregio's Antwerpen en Mechelen	2
Tandem	zorgregio Turnhout	1
Memo	zorgregio's Leuven en Halle/Vilvoorde	2
Contact	zorgregio's Genk en Hasselt	2
Broes	Brussel hoofdstedelijk gewest	1
ECD Vlaanderen	Vlaanderen	1
Totaal	14 zorgregio's, Brussel, Vlaanderen	16

De kost van 16 dementie-experten , minimum bachelor niveau, is 16 x 55.000 euro = 880.000 euro.

De netto meerkost voor de Vlaamse overheid is 355.000 euro per jaar gezien het Vlaamse en de regionale ECD in 2011 (300.000 euro) en in 2013 (225.000 euro) extra middelen hebben bekomen om deze opdracht uit te voeren. Door deze budgetverhoging is elk expertisecentrum dementie vandaag in staat om 1 VTE dementie-expert te realiseren.

Bij de verankering van het Vlaamse expertisecentrum dementie en de regionale expertisecentra dementie als partnerorganisaties in het woonzorgdecreet, zal de inzet en de rol van de dementie-experten opgenomen worden en kunnen de EDC en het EDV rekenen op een gereglementeerde subsidiëring.

Afhankelijk van de budgettaire mogelijkheden van de Vlaamse overheid zal in een volgende legislatuur beslist worden wanneer de zes extra dementie-experten ingezet kunnen worden.

Overgangsregeling ECD Foton

Het ECD Foton heeft via het project thuisbegeleiding dementie (dementieconsulenten) pionierswerk verricht inzake begeleiding van personen met dementie en hun mantelzorgers. Hun jarenlange projectsubsiëring wordt bestendig weliswaar verminderd met de extra financiering die voorzien is vanaf 2013 voor het realiseren van dementie-experten in de zorgregio's Brugge en Oostende. Het subsidiebedrag van het ECD Foton wordt bevroren totdat het standaard subsidiebedrag van de andere ECD, naargelang de budgettaire mogelijkheden, verder wordt opgetrokken tot alle subsidiebedragen aan elkaar gelijk zijn. Op die manier gaat de opgebouwde expertise niet verloren en kan ECD Foton verder een bijdrage leveren tot verdere expertiseopbouw inzake de invulling en de realisatie van de functie dementie-expert in Vlaanderen.

6 AFSTEMMING REGIONALE ECD'S MET SEL'S

6.1 OVERLEGPLATFORMS DEMENTIE (OPD)

In 2011 stemden de ECD hun werkingsgebied af met die van de SEL. Vandaag werken alle ECD samen met de SEL, maar dit gebeurt nog niet overal gestructureerd.

In de provincie West-Vlaanderen wordt per SEL het overlegplatform dementie gehanteerd als middel om de diverse partners die zich richten naar personen met dementie rond de tafel te brengen. De deelnemende partners zijn er het SEL, het regionale ECD, de diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg, de diensten voor thuisverpleging, de diensten voor oppashulp, de dagverzorgingscentra en de centra voor kortverblijf, de ziekenhuizen, de centra geestelijke gezondheidszorg, de ziekenhuizen, de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, de huisartsen, de centra algemeen welzijnswerk, de woonzorgcentra, de ziekenhuizen en last but not least de verenigingen voor gebruikers en mantelzorgers.

Op basis van de ervaringen van de OPD's in West-Vlaanderen, is het de bedoeling dat tegen 1 januari 2015 binnen elke SEL, in nauwe samenwerking met het desbetreffende ECD, een overlegplatform dementie (OPD) actief is.

De doelstellingen van deze overlegplatforms dementie zijn:

- Uitwisselen van ervaring, deskundigheid en expertise;
- Bijdrage aan een genuanceerde beeldvorming rond dementie;
- Inventariseren en bespreken van de vastgestelde noden en behoeften in de regio;
- Kennismaking met bestaande en nieuwe initiatieven en het ondersteunen en faciliteren ervan;
- Regionale afstemming van de zorg voor personen met dementie en hun omgeving;
- Toegankelijk maken van de bestaande expertise;
- Inventariseren van deskundigheid in de regio;
- Realisatie en actualisatie van de sociale kaart m.b.t. dementiekundige basiszorgverleners en referentiepersonen dementie in de zorgregio zodat zorgbegeleiding gefaciliteerd wordt;
- Formuleren van adviezen naar alle deelnemende partners van het platform;
- Sensibiliserende en signaalfunctie naar het beleid.

Voor een uitgebreide omschrijving van de opdracht van het OPD verwijzen we naar de functiekaart OPD in bijlage 8.2.

6.2 NAAR EEN STRUCTURELE SAMENWERKING ECD-SEL

Op middellange termijn is het de bedoeling om een structurele samenwerking met de SEL uit te werken. Vergaande synergie tussen beide settings en het doelmatig en doelgericht inzetten van overheidsmiddelen moeten zowel de gebruiker, en in het bijzonder de persoon met dementie en zijn naasten, als de betrokken actoren in de eerste lijn ten goede komen. De zesde staatshervorming biedt de mogelijkheid om de netwerkvorming en samenwerking in de 1ste lijn gezondheidszorg te actualiseren.

7 TIJDSPAD TRANSITIEPLAN

Timing	Actie	Indicator
april – december 2013	Overleg betrokken actoren over voorstel transitieplan.	Definitief transitieplan op 01/02/2014
Juni 2013 – december 2013	Ontwikkeling basispakket psycho-educatie voor mantelzorgers van personen met dementie door het EDV en VAL in overleg met betrokken actoren.	Wetenschappelijk gevalideerd basispakket psycho-educatie als basis voor het realiseren van een aanbod door betrokken actoren.
Januari – juni 2014	Kwalitatief onderzoek met testgroep door Vlaams ECD i.s.m. LUCAS (wetenschappelijke validatie).	Workshops psycho-educatie worden aangeboden vanaf 01/09/2014.
Juni – augustus 2014	Bijsturing van het basispakket psycho-educatie. Vervolgens principe train-de-trainer Workshops psycho-educatie voor mantelzorgers gaan van start vanaf 01/09/2014	
Oktober – november 2013	Overleg EDV m.b.t. actualisering en concretisering convenanten op basis van het ontwerp-transitieplan.	De addenda bij de lopende convenanten zijn ondertekend. Bijkomende subsidiëring voor dementie-experten wordt geregeld via BVR en MB's.
Oktober – maart 2014	De ECD en het EDV worden verankerd in het woonzorgdecreet via art 68 rekening houdende met het transitieplan. De projectsubsidie dementieconsulentie wordt recurrent toegewezen aan Foton met als doel de uitbouw van dementie-experten te faciliteren.	BVR tot vastlegging van de regels voor de erkenning en de subsidiëring van partnerorganisaties ter uitvoering van art 68 § 1, van het woonzorgdecreet; bijlage 1 het Vlaamse expertisecentrum dementie; bijlage 2 de regionale expertisecentra dementie
December 2013 – januari 2014	Overleg met VVDG m.b.t. gericht inzetten van het urencontingent bijscholing voor verzorgenden en logistieke medewerkers.	GZAT engageert zich om de dementiekundigheid van hun medewerkers te verhogen. Monitoring door Vlaamse overheid via attestering dementiekundige basiszorgverleners en referentie personen dementie (vanaf

		01/01/2015).
September 2013 – september 2014	Ontwikkeling inhoud en randvoorwaarden van de opleidingen referentiepersonen dementie in de thuiszorg	Eerste opleiding referentiepersonen in de thuiszorg gaat van start vanaf 01/09/2014. Vervolgens evaluatie en bijsturing. Bijgestuurde opleidingen vanaf 01/01/2015
September 2013 – januari 2014	Ontwikkeling inhoud en randvoorwaarden opleidingen dementiekundige basiszorgverleners in de thuiszorg . Zowel niveau bachelor als niveau beroepsonderwijs.	Opleidingen dementiekundige basiszorg gaan van start vanaf 01/09/2014. Start van de opleidingen door ingebedde vormingsorganisaties vanaf 01/01/2015.
Januari – augustus 2014	Vorbereiding intermutualistisch contactpunt DMW	Intermutualistisch contactpunt is actief vanaf 01/09/2014
januari – september 2014	Ontwikkeling inhoud en randvoorwaarden opleidingen dementiekundige zorgvrijwilligers en aanvullende thuiszorg (huishoudhulp, karwei en oppas).	Opleidingen train de trainer dementiekundige zorgvrijwilligers en aanvullende thuiszorg gaan van start vanaf 01/09/2014. Start van opleidingen door ingebedde vormingsorganisaties vanaf 01/01/2015. Attestering is ook voor zorgvrijwilligers en aanvullende thuiszorg door het AGZG is vanaf 01/01/2015 in voege.
2014 nieuwe legislatuur	Overleg met de federale overheid m.b.t. het realiseren van dementiekundige basiszorg in de thuisverpleging , van referentiepersonen dementie in de thuiszorg en van referentie huisartsen .	Resultaat is afhankelijk van de federale overheid en andere gemeenschappen en gewesten.
Januari – december 2014	Overleg met Vlaamse overheid m.b.t. attestering en registratie van dementiekundige basiszorgverleners, referentiepersonen dementie en zorgvrijwilligers.	Voorstel attestering en registratie is uitgewerkt op 01/09/2014 en wordt vervolgens overlegd met de betrokken actoren. Attesten (referentiepersonen

		dementie, dementiekundige basiszorgverlener, dementiekundige zorgvrijwilliger/aanvullende thuiszorg) kunnen uitgereikt worden door het Agentschap Zorg en Gezondheid vanaf 01/01/2015
November 2013– december 2014	De doelstellingen van de overlegplatforms dementie op niveau van de SEL/ECD worden vastgelegd. De overlegplatforms dementie worden opgestart.	Op 01/01/2015 zijn in alle zorgregio's (SEL/ECD) dementieplatforms dementie actief. In het licht van de 6 ^{de} staats hervorming zal de netwerkvorming in de 1 ^{ste} lijns gezondheidszorg geactualiseerd worden. De ECD's krijgen hierbinnen hun plaats.
november 2013 – september 2014	Het profiel (functiekaart) van de dementie-experten wordt opgemaakt door het EDV en gevalideerd door de Vlaamse overheid. De dementie-experten van de regionale ECD worden volgens budgettaire mogelijkheden aangeworven en begeleid (inhoud en proces) vanuit het EDV.	De functiekaart dementie-experten zit vervat in het definitieve transitieplan (01/02/2014). Op 01/09/2014 zijn de dementie-experten actief en nemen hun functie in het getrapte systeem op onder voorbehoud van beschikbaar budget. De intervisiemomenten met referentiepersonen dementie van de woonzorgvoorzieningen worden opgestart.
september 2014 – december 2014	Overleg met de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen m.b.t. evaluatie van het MB resultaatsindicatoren. Mogelijks kan dit resulteren in specifieke resultaatsindicatoren in het kader van dementie.	Ontwerp aangepast MB is overlegd, opgemaakt en in voege vanaf 01/01/2016.
januari 2014 – januari 2015	Realiseren van sociale kaart dementie door de SEL in samenwerking met het overlegplatform dementie en het regionaal ECD (SEL/ECD).	Op 01/01/2015 beschikken de ECD's i.s.m. de SEL's en de overlegplatforms dementie over een sociale kaart dementie.

8 BIJLAGEN

8.1 FUNCTIEKAART DEMENTIE-EXPERTEN VAN DE REGIONALE EXPERTISECENTRA DEMENTIE

1. ALGEMENE INLICHTINGEN

Funcienaam :	Dementie-expert	
Titularis :		
Rapporteert aan :	functie :	Directeur regionaal expertisecentrum dementie
	naam :	
Dienst / Afdeling :	Regionaal expertisecentrum dementie XXX	
	Titularis :	
	Datum :	
	Hiërarchische overste :	Directeur regionaal expertisecentrum dementie
	Datum :	
	Functionele afstemming, kwaliteitsbewaking en deskundigheidsbevorderi ng :	Expertisecentrum Dementie Vlaanderen vzw
	Datum :	

2. ORGANOGRAM

De dementie-expert werkt onder leiding van de directeur verantwoordelijk voor het regionaal expertisecentrum dementie.

3. DOEL VAN DE FUNCTIE

De functieomschrijving van de dementie-expert dient te worden gekaderd binnen het transitieplan dementiekundige basiszorg in het natuurlijk thuismilieu en in het Dementieplan Vlaanderen (2010-2014). De dementie-expert past binnen het streven van de Vlaamse overheid om te werken met een getrappt systeem in de woonzorg waar dementiekundige basiszorgverleners, referentiepersonen en dementie-experten integraal deel van uitmaken.

De dementie-expert is een onafhankelijk specialist die in eerste instantie ondersteuning (via advies over cliëntsituaties, vorming, supervisie of netwerking) biedt aan de referentiepersonen dementie van de woonzorgvoorzieningen. Indien een woonzorgvoorziening niet beschikt over referentiepersonen dementie, dan kunnen de dementiekundige basiszorgverleners ook bij deze dementie-expert terecht. De dementie-experten kunnen adviseren over de diverse wetgevende kaders (juridisch, financieel,...), bij problematische scharniermomenten in het zorg- en begeleidingsproces en bij specifieke situaties in het dementieproces (bv. extreem gedrag gesteld door de persoon met dementie). Via netwerkvorming, supervisie en het train-de-trainer principe wordt de expertise van de dementie-experten maximaal benut.

De dementie-expert kan ook rechtstreeks specialistisch advies geven aan personen met dementie en hun mantelzorgers zonder evenwel in plaats te treden van de dementiekundige zorgverleners. Evenmin nemen zij de langdurige begeleiding en ondersteuning op.

De geboden expertise is van niet-medische aard, is gebaseerd op wetenschappelijke kennis, klinisch inzicht en deskundigheid en houdt rekening met de autonomie van de persoon met dementie en zijn omgeving. Zij is rechtstreeks of onrechtstreeks gericht op het empoweren van de persoon met dementie en zijn omgeving.

De dementie-expert is functioneel, hiërarchisch, organisatorisch en juridisch ingebed in een door de Vlaamse overheid erkend regionaal expertisecentrum dementie en onderschrijft de opdracht, visie en missie van deze expertisecentra. Hij/zij wordt begeleid en ondersteund door het regionaal expertisecentrum dementie.

Expertisecentrum Dementie Vlaanderen staat in voor de onderlinge afstemming en faciliteert de deskundigheidsbevordering.

Expertisecentrum Dementie Vlaanderen staat mee in voor de kwaliteitsbewaking van de dementie-experten.

De dementie-expert werkt vanuit de autonomie van het regionale expertisecentrum in een loyale complementaire samenwerking en afstemming met het ECD-Vlaanderen.

3 RESULTAATSGBIEDEN EN ESSENTIËLE ACTIVITEITEN

- **Resultaatsgebied 1: Specialistische informatie- en adviesverstrekking aan referentiepersonen dementie en dementiekundige basiszorgverleners m.b.t. zorg aan personen met dementie en hun omgeving**

De dementie-expert informeert en adviseert referentiepersonen dementie en/of dementiekundige basiszorgverleners met betrekking tot individuele cliëntsituaties. De dementie-expert kan op vraag van de zorgvrager specialistische informatie en advies verlenen bij specifieke situaties in het dementieproces, maar treedt hierbij niet in de plaats van de dementiekundige zorgverleners. Evenmin wordt de begeleiding door de dementie-expert opgenomen. Hij/zij werkt vanuit een empowerende en emancipatorische visie en vanuit contextuele denkkaders.

Activiteiten:

- Hij/zij informeert, adviseert en ondersteunt op cliënt- en groepsniveau vanuit een empowerende visie;
- hij/zij verleent gespecialiseerde psycho-geriatrie adviezen gebaseerd op actuele wetenschappelijke (evidence based practice) bevindingen onder meer vanuit een contextuele visie;
- hij/zij adviseert over de diverse wetgevende kaders (financieel, juridisch, ...), scharniermomenten in het zorg- en begeleidingsproces en bij specifieke situaties in het dementieproces (bv. uitdagend gedrag gesteld door de persoon met dementie);
- hij/zij staat in voor telefonische en digitale bereikbaarheid;
- hij/zij staat in voor de communicatie van relevante informatie naar interne-externe diensten;
- hij/zij bouwt zijn/haar kennis inzake dementie verder uit .

- **Resultaatsgebied 2: Coaching van en overleg met referentiepersonen dementie en/of dementiekundige basiszorgverleners**

Op vraag van de direct leidinggevende van de woonzorgactor organiseert de dementie-expert intervisie en coaching van de referentiepersonen dementie en/of dementiekundige basiszorgverleners in de zorgregio waar deze actief is.

De dementie-expert realiseert systematisch overleg tussen referentiepersonen dementie actief in de desbetreffende zorgregio.

Activiteiten:

- Hij/zij organiseert en/of begeleidt intervisies/coaching voor referentiepersonen dementie en/of dementiekundige basiszorgverleners;

- hij/zij suggereert vormingsinitiatieven voor de dementiekundige basiszorgverleners en referentiepersonen dementie in samenspraak met het overlegplatform dementie binnen de zorgregio;
- hij/zij signaleert vanuit coaching en intervisie beleidsaanbevelingen voor de overheid;
- hij/zij initieert en organiseert systematisch overleg tussen referentiepersonen dementie die actief zijn in de desbetreffende zorgregio.

- **Resultaatsgebied 3: Faciliteren van en bijdragen tot een multidisciplinaire samenwerking ten behoeve van de cliënt en zijn omgeving met gebruik van de sociale kaart**

De dementie-expert draagt bij tot de ontwikkeling van de sociale kaart van de zorgregio teneinde gepast advies en ondersteuning te kunnen verschaffen aan alle betrokkenen. Specifiek wordt van de dementie-expert een bijdrage verwacht in het aanleveren van de gegevens van de referentiepersonen dementie en dementiekundige basised medewerkers actief in desbetreffende zorgregio.

Activiteiten:

- Hij/zij hanteert de sociale kaart;
- hij/zij draagt bij tot de verwezenlijking van de sociale kaart met detaillering tot op het niveau van de zorgbegeleiding binnen de organisaties, dit op gemeentelijk niveau en onder verantwoordelijkheid van de SEL;
- hij/zij is samen met de SEL verantwoordelijk voor de uitbouw van en actieve deelname aan het overlegplatform(s) dementie van de zorgregio('s);
- hij/zij werkt nauw samen met andere disciplines, onderhoudt contacten met relevante hulpverleners en vormt de verbinding tussen deze zorgverleners in het belang van de cliënt en diens omgeving.

- **Resultaatsgebied 4: Eigen deskundigheidsbevordering**

De dementie-expert is in samenspraak met zijn direct leidinggevende verantwoordelijk voor de eigen vorming, opleiding en ontplooiing van zijn expertise teneinde up to date te blijven met betrekking tot de diverse aspecten, zowel rechtstreeks als onrechtstreeks, gelinkt aan dementiezorg en -begeleiding.

Activiteiten:

- Hij/zij neemt actief deel aan vormings- en opleidingsprogramma's die de specialistische functie inhoudelijk mogelijk maken;
- hij/zij volgt de literatuur op de voet en laat zich inspireren door de inzichten van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen.

- **Resultaatsgebied 5: Registratie**

De dementie-expert registreert de diverse ontvangen vragen teneinde een zicht te krijgen op de evolutie van het aantal en de aard van de gestelde vragen. Niet beantwoorde vragen worden eveneens genoteerd.

Activiteiten:

- Hij/zij werkt met een intern afgestemd registratiedocument;
- Hij/zij registreert de informatie- en de adviesvragen m.b.t. cliëntsituaties;
- hij/zij registreert de gestelde vragen naar de interventies per doelgroep;
- hij/zij houdt de nodige registratie ter beschikking van het regionaal expertisecentrum dementie, het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en de Vlaamse overheid.

8.2 FUNCTIEKAART OVERLEGPLATFORMS DEMENTIE

Definitie

Een overlegplatform dementie (OPD) is een open en pluralistisch overlegorgaan dat openstaat voor alle zorgaanbieders (zelfstandigen, organisaties en intra- en extramurale voorzieningen) die werken met en voor personen met dementie en hun omgeving met als doel de kwaliteit van zorg en begeleiding in de zorgregio blijvend aan te scherpen.

Een OPD is steeds een samenwerking tussen het SEL en het regionaal expertisecentrum dementie.

Leden

Er wordt gestreefd naar deelname van volgende organisaties en diensten, naast de SEL en het regionaal expertisecentrum dementie: Vlaamse Alzheimer Liga, verenigingen voor gebruikers en mantelzorgers, huisartsen en de huisartskringsen, apothekers, kinesisten, diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, diensten voor logistieke hulp, diensten voor oppashulp, diensten voor gastopvang, diensten voor thuisverpleging, zelfstandige thuisverpleegkundigen, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, OCMW's, woonzorgcentra, dagverzorgingscentra, centra voor kortverblijf, ziekenhuizen, lokale en regionale dienstencentra, centra geestelijke gezondheidszorg, centra algemeen welzijnswerk, ...

Voorzitterschap

Het voorzitterschap ervan wordt waargenomen door de SEL, het regionaal expertisecentrum dementie of toegewezen aan een medewerker met voldoende expertise die werkzaam is in en gedragen wordt door de betreffende zorgregio. Het voorzitterschap is beperkt in de tijd. Een voorzitter kan slechts voorzitter zijn van één OPD.

De agenda van het OPD wordt bepaald door de leden. De voorbereiding van de vergadering van het OPD gebeurt in wederzijdse afstemming tussen SEL en het regionaal expertisecentrum dementie, samen met de OPD-voorzitter. Deelnemers kunnen zorginhoudelijke of beleidsspecifieke agendapunten inbrengen.

Er wordt voor gezorgd dat via digitale communicatie voldoende dementiekundige basiszorgverleners en referentiepersonen dementie worden bereikt.

Programmatie en werkingsgebied

De werking van het OPD valt samen met de zorgregio gezien het werkingsgebied van de SEL's en de regionale expertisecentra dementie hierop werd afgestemd.

Doelstellingen

- Uitwisselen van ervaring, deskundigheid en expertise;
- Bijdrage aan een genuanceerde beeldvorming rond dementie;
- Inventariseren en bespreken van de vastgestelde noden en behoeften in de regio;
- Kennismaking met bestaande en nieuwe initiatieven en het ondersteunen en faciliteren ervan;
- Regionale afstemming van de zorg voor personen met dementie en hun omgeving;
- Toegankelijk maken van de bestaande expertise;

- Inventariseren van deskundigheid in de regio;
- Realisatie en actualisatie van de sociale kaart m.b.t. dementiekundige basiszorgverleners en referentiepersonen dementie in de zorgregio zodat zorgbegeleiding gefaciliteerd wordt;
- Formuleren van adviezen naar alle deelnemende partners van het platform;
- Sensibiliserende en signaalfunctie naar het beleid.