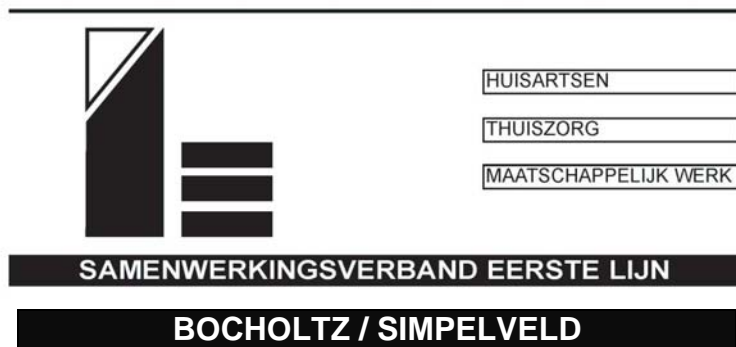


# ZORGPROGRAMMA DEMENTIE



## SAMENWERKINGSVERBAND 1<sup>E</sup> LIJN BOCHOLTZ / SIMPELVELD

Datum vaststelling: november 2001  
Datum toetsing: februari 2007  
Coördinatie kwaliteitsbewaking: werkgroep dementiezorgprogramma  
drs. E. Hazelaar, huisarts te Bocholtz  
drs. H. Schiffelers, huisarts te Simpelveld

## INHOUDSOPGAVE

<b>I</b>	<b>INLEIDING</b>	<b>blz. 3</b>
I.1	Gezondheidscentrum Bocholtz	blz. 3
I.2	Samenwerkingsverband 1 <sup>e</sup> lijn	blz. 3
I.3	Zorgprogramma ontwikkeling	blz. 3
I.4	Ontwikkeling zorgprogramma dementie	blz. 3
I.5	Hulpmiddelen	blz. 4
I.6	Informatie over dit zorgprogramma	blz. 4
<b>II</b>	<b>DOELSTELLINGEN ZORGPROGRAMMA DEMENTIE</b>	<b>blz. 4</b>
<b>III</b>	<b>WERKAFSPRAKEN</b>	<b>blz. 5</b>
III.1	Selectie patiënten	blz. 5
III.2	Dementieteam	blz. 5
III.3	Werkwijze huisarts	blz. 5
III.4	Werkwijze verpleegkundige geriatrie	blz. 6
III.5	Signalering	blz. 6
III. 6	Afspraken CIZ (voorheen RIO)	blz. 6
III.7	Registratie	blz. 6
III.8	Continuïteit en afstemming van zorg	blz. 7
III.9	Nazorg	blz. 7
III.10	Inschakelen vrijwilligersorganisaties	blz. 7
III.11	Informatie aan patiënt en mantelzorg	blz. 7
III.12	Privacy	blz. 7
III.13	Geen mantelzorg	blz. 8
III.14	Beslissingsonbekwaamheid	blz. 8
III.15	Mishandeling	blz. 8
<b>IV</b>	<b>EVALUATIE</b>	<b>blz. 8</b>
<b>V</b>	<b>BIJLAGEN</b>	<b>blz. 9</b>
<b>VI</b>	<b>ADRESSEN EN VOORLICHTINGSMATERIAAL</b>	<b>blz. 9</b>
<b>VII</b>	<b>LIJST MET AFKORTINGEN</b>	<b>blz. 10</b>

## **I INLEIDING**

### **I.1 Welzijns Medisch Centrum Bocholtz**

Het Welzijns Medisch Centrum Bocholtz is een gezondheidscentrum waarin huisartsen, wijkverpleging, leidinggevenden van de verzorging en maatschappelijk werkenden samenwerken. Het gezondheidscentrum is op 1 juli 1989 van start gegaan.

### **I.2 Samenwerkingsverband 1<sup>e</sup> lijn**

In 1993 is een samenwerking gestart tussen het gezondheidscentrum Bocholtz met de huisartsen van Simpelveld. De in beide kernen aanwezige hometeams werden samengevoegd. Deze samenwerking krijgt gestalte onder de naam samenwerkingsverband 1<sup>e</sup> lijn Bocholtz/Simpelveld. Twee keer per maand is er teamvergadering. Aan tafel zitten dan alle huisartsen van Bocholtz en Simpelveld, een afvaardiging van de wijkverpleegkundigen, de leidinggevenden van Verpleging, Verzorging en Verzorgingshuis, de praktijkverpleegkundige, de maatschappelijk werkers en de coördinator van het gezondheidscentrum.

### **I.3 Zorgprogramma ontwikkeling**

Omdat samenwerking zorgvuldige afstemming van zorg verlangt, is men in het gezondheidscentrum al vroeg begonnen met zorgprogramma ontwikkeling. Na het ontstaan van het samenwerkingsverband 1<sup>e</sup> lijn is men op de ingeslagen weg voortgegaan. Dit heeft geleid meerdere zorgprogramma's. Het zorgprogramma dementie is daar één van.

### **I.4 Ontwikkeling zorgprogramma dementie**

Vanuit het samenwerkingsverband 1<sup>e</sup> lijn werd in 2000 het plan opgevat om de professionele zorg voor dementerenden maar vooral ook voor hun mantelzorg structureel te maken. Het zorgprogramma dementie beschrijft hoe de zorg voor de dementerende en zijn mantelzorg geregeld is. Dementie komt steeds vaker voor en zal in de toekomst zeker nog toenemen door de snelle vergrijzing van de bevolking in de regio Oostelijk Zuid-Limburg (OZL).

Het zorgprogramma dementie is in 2001 ontwikkeld.

De werkgroep bestaat uit Drs. E. Hazelaar, huisarts te Bocholtz, Drs. H. Schiffelers, huisarts te Simpelveld, mevr. R. Smedts, wijkverpleegkundige met specialisatie geriatrie (verder te noemen verpleegkundige geriatrie) en mevr. M. Nijdam, coördinator van het Welzijns Medisch Centrum Bocholtz.

Bij de ontwikkeling van het zorgprogramma werd ook het CIZ, (voorheen RIO) betrokken (de directeur en de medisch adviseur) en de Mondriaan Zorggroep (voorheen RIAGG). De voortgang in de ontwikkeling van het zorgprogramma werd diverse malen getoetst in de teamvergaderingen waarbij ook de disciplines die niet in de werkgroep zaten – Verzorging en Maatschappelijk Werk - geconsulteerd werden.

De werkgroep verwachtte de kwaliteit van zorg, gezien vanuit het oogpunt van de patiënt en de mantelzorg en vanuit het oogpunt van de hulpverleners zeker te kunnen verbeteren. De resultaten van de evaluaties zijn beschreven onder **IV**.

Het zorgprogramma is op 29 november 2001 van start gegaan. In 2004 werd gestart met een lang evaluatietraject waarbij alle facetten van het zorgprogramma uitgebreid onder de loep werden genomen. Het hele proces werd beëindigd in februari 2005. Het zorgprogramma werd verbeterd op registratie. In mei 2005 werd een presentatie gehouden voor de teamleden. Deze presentatie was mede bedoeld als deskundigheidsbevordering en opfriscursus voor de overige teamleden. Deze procedure werd herhaald in 2007. De presentatie in het team, gevolgd door de evaluatievergadering vond plaats op 15 maart 2007. De belangrijkste aanpassingen van 2007 zijn: omschrijving van het nazorgtraject, de voorlichting omtrent dementie en rechtsbescherming,

## **I.5 Hulpmiddelen**

De werkwijze voor het zorgprogramma is samengevat op een aantal geplastificeerde A4-tjes die als geheugensteun door de hulpverleners gebruikt kunnen worden.

Een aantal bijlagen is gedigitaliseerd en meteen oproepbaar in de computer.

De verkorte versie van de NHG-standaard dementie is voor de huisarts oproepbaar in zijn HIS.

## **I.6 Informatie over dit zorgprogramma**

Informatie over dit zorgprogramma kan worden verkregen via de coördinator van het Welzijns Medisch Centrum Bocholtz en van de 1<sup>e</sup> lijn Bocholtz / Simpelveld:

Mevr. Maddy Nijdam,

Kommerstraat 51,

6351 ES BOCHOLTZ,

tel: 045 544 10 99 b.g.g. 045 544 12 13

fax: 045 568 01 68

e-mail: m.nijdam@wmcbocholtz.nl

## **II DOELSTELLINGEN**

1. Het zo vroeg mogelijk stellen van de diagnose dementie om zodoende op adequate, professionele wijze de patiënt en de mantelzorg bij te staan. Tevens dienen tijdig vormen van secundaire dementie opgespoord en zo mogelijk behandeld te worden.
2. Professionele ondersteuning van de mantelzorg; de mantelzorgers moeten ervaren dat er aandacht voor hen is. Het proces van dementie duurt soms vele jaren. De winst die te behalen is in de ondersteuning van de mantelzorg, zit in de vergroting van zijn draagkracht.
3. Betere afstemming van de professionele zorg voor de dementerende én de mantelzorg.

### III. WERKAFSPRAKEN

#### III.1 Selectie patiënten

Een van de kernpunten van dit zorgprogramma is de vroege diagnose.

Voor het zorgprogramma worden de standaarden dementie van huisarts en wijkverpleging bekend verondersteld. De NHG-standaard dementie is in 2004 herzien. In deze standaarden wordt verwoord hoe men tot de diagnose dementie komt.

Om een start te maken met het zorgprogramma zullen alle patiënten waarbij de diagnose dementie voor het eerst wordt gesteld in het zorgprogramma worden opgenomen. Nadat de diagnose dementie is gesteld, zullen zij in het HIS van de huisarts 'geruiterd' worden met de ruit **DE**.

Al langer bekende dementiepatiënten zullen in het zorgprogramma worden opgenomen bij calamiteiten of naar aanleiding van interdisciplinair overleg. Langzamerhand zal het bestand groeien tot dat alle patiënten met dementie in het zorgprogramma zijn opgenomen.

In Bocht/Simpelveld zijn sinds 2003 alle patiënten met dementie opgenomen in het zorgprogramma.

#### III.2 Dementieteam

Kerndisciplines voor dit zorgprogramma zijn de huisarts en de wijkverpleegkundige geriatrie. Beiden vormen samen het dementieteam.

Het dementieteam gaat van start op het moment dat de diagnose dementie door de huisarts is gesteld. Het dossier van het dementieteam bestaat uit het HIS van de huisarts en de rapportagebladen. De rapportagebladen worden beheerd door de W V geriatrie. Zij meldt bijzonderheden meteen aan de huisarts. Een samenvatting van de rapportagebladen wordt opgenomen in het HIS. Wezenlijk onderdeel van dit zorgprogramma is het opstellen van een dubbel zorgplan één voor de patiënt en één voor de mantelzorg.

#### III.3 Werkwijze huisarts

De huisarts (HA) zal eerst een diagnose stellen, nadat er een signaal van mogelijke dementie gekomen is van de patiënt en/of diens omgeving en/of de teamvergadering.

Om een globale indruk te krijgen van de cognitieve functies van de patiënt kan de HA gebruik maken van de Minimal Mental State Examination (MMSE zie bijlage 5) en / of de Observatie Lijst voor vroege symptomen van Dementie (OLD zie bijlage 6)

Daarnaast heeft de HA de mogelijkheid de W V geriatrie in te schakelen om de spelende problematiek helder te krijgen.

Voor de diagnosestelling wordt door de HA gebruik gemaakt van de NHG standaard Dementie (zie bijlage 4).

Naast het aanbevolen standaard onderzoek voor screening wordt het onderzoek op indicatie uitgebreid met X-thorax bij verdenking op longcarcinoom.

De HA kan de patiënt verwijzen voor nadere diagnostiek naar diverse disciplines afhankelijk van zijn vraagstelling. In bijlage 2 is schematisch weergegeven waarheen verwezen kan worden voor nadere diagnostiek. De HA is zorgcoördinator en intermediair tussen eerste en tweede lijn.

Nadat de diagnose dementie gesteld is, ruitert de HA de patiënt in zijn HIS met de code DE voor dementie. Een maand voor het structureel halfjaarlijks overleg van het dementieteam draait de assistent van de huisarts alle patiënten met de ruit dementie uit. De HA bezoekt de mantelzorg en/of de patiënt thuis of nodigt ze uit voor een consult om na te gaan of er een verandering (somaatich, sociaal of psychisch) in de (stabiele) situatie is. Deze taak draagt hij steeds vaker over aan de wijkverpleegkundige geriatrie. Indien er een instabiele situatie ontstaan is, bekijkt de HA of er een (behandelbare) somatisch oorzaak voor de verslechtering bestaat.

Daarnaast houdt de HA in de gaten of er zich problemen ten gevolge van beslissingsonbekwaamheid voordoen. Te denken valt aan financiële problemen of weigering van opname door de patiënt. Hij attendeert de mantelzorg op mogelijke juridische maatregelen, of stelt zelf een juridische maatregel in werking. In bijlage 11 staan juridische mogelijkheden uitgebreid beschreven. Deze bijlage is alleen bedoeld voor de hulpverleners. Hulpverleners kunnen altijd een beroep doen op de samenwerkingspartner maatschappelijk werk, die bekend is met deze materie.

Aan de mantelzorgers wordt uitsluitend het boekje van Alzheimer Nederland uitgereikt: *Dementie en rechtsbescherming*.

### **III.4 Werkwijze W V geriatrie**

De W V geriatrie legt een huisbezoek af ter verkenning van de situatie. Vaak gebeurt dit op verzoek van de huisarts. Het kan verhelderend werken om een registratielijst van signalen in te vullen om meer informatie te verkrijgen over de problematiek (zie bijlage 10).

Over het algemeen start de W V geriatrie na signalen uit de teamvergadering. De verpleegkundige anamnese krijgt verder vorm, soms met behulp van de lijst ter beoordeling van de zorgsituatie (zie bijlage 8). Hieruit volgt de verpleegkundige diagnose en worden de interventies opgesteld. Tijdens de evaluatie blijkt het soms nodig om nieuwe doelen te stellen; zo blijft het een cyclisch proces. Het hele proces wordt het zorgplan of verpleegplan genoemd.

Bij de mantelzorgers start een vergelijkbare procedure. De doelen en interventies zijn meestal gericht op informatieoverdracht, ondersteuning en begeleiding. Om de mate van (over)belasting in kaart te brengen kan gebruik worden gemaakt van het Zorgkompas (zie bijlage 10)

Bij de dementerende ligt het accent meestal op veiligheid en welbevinden. De meest voorkomende problematieken zijn: verwardheid, verstoord dag- nachtritme, gedragsverandering, zwerf- en dwaalgedrag, decorumverlies, risico op letstel, sociaal isolement, hiaten in ADL, incontinentie, obstipatie. Om zicht te krijgen op de mate van achteruitgang en het beloop van de ziekte kan gebruik gemaakt worden van de Reisbergschaal (zie bijlage 7)

De W V geriatrie houdt het rapportageblad bij (zie bijlage 3) met name de sociale en psychische situatie van patiënt en mantel. Tijdens de vergadering van het dementieteam wordt het somatisch deel door de huisarts ingevuld. Het rapportageblad is zodanig ontworpen dat er een goed overzicht in de tijd ontstaat van alle aspecten van patiënt en mantel.

Tot 2007 kwamen de rapportagebladen als post bij de huisarts. De huisarts streepte aan en de doktersassistenten typten deze rapportage in het HIS van de huisarts. Vanaf 2007 schrijft de verpleegkundige geriatrie zelf in het HIS.

### **III.5 Signalering**

Het dementieteam komt in actie na signalen van de patiënt zelf, zijn familie of signalen uit het team. Het team van het samenwerkingsverband 1<sup>e</sup> lijn Bocholtz / Sijpeveld vergadert twee keer per maand. Signalering is een vast onderdeel van de agenda. Beëindiging van de zorg wordt eveneens gemeld in het team, met aandacht voor de nazorg van de mantel.

Meander Thuiszorg, afdeling verzorging heeft een zeer belangrijke rol, zowel in de signalering als in de vertrouwensrelatie met de patiënt. De W V geriatrie vult vaak samen met de verzorging de signaleringslijst (zie bijlage 10) in. Minimaal een maal per jaar vindt bijscholing plaats van de verzorging door de W V geriatrie.

De teamvergadering dient als meldpunt voor de eerstelijns. Sinds de invoering van de WMO in 2007 is men extra alert op adequate verzorging bij beginnende dementie.

### **III.6 Afspraken CIZ (voorheen RIO)**

1. Indien er een huisbezoek noodzakelijk is, wordt een indicatieadviseur die integraal indiceert, ingezet. (een zgn. brede indicatieadviseur)
2. De Mondriaan Zorggroep (voorheen RIAGG) wordt alleen ingeschakeld in overleg met de huisarts.

### **III.7 Registratie**

De huisarts registreert alle contacten in zijn eigen HIS onder de probleemtitel dementie. Door het ruiten van de patiënten waarbij de diagnose is gesteld, is het mogelijk een lijst te genereren met alle patiënten die in het zorgprogramma zijn opgenomen.

Daarnaast wordt er een rapportageblad dementie (zie bijlage 3) bijgehouden door W V geriatrie waarop in telegramstijl de belangrijkste punten worden genoteerd voor zowel patiënt als mantel-

zorg en waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen somatisch, psychisch en sociaal. De rapportagebladen worden in beheer gehouden door de W V geriatrie. Standaard maakte zij voor de huisarts een kopie. Tijdens het evaluatietraject van 2005 werd afgesproken dat een beknopt verslag van het rapportageblad (via postmap bij huisarts) door de doktersassistenten werd geschreven in het HIS. Hierdoor ontstond een completer beeld over de patiënt en zijn mantel is het HIS. Dat vergemakkelijkt de halfjaarlijkse besprekingen van het dementieteam. Vanaf 2007 schrijft de W V geriatrie zelf in het Huisartsen Informatie Systeem.

### **III.8 Continuïteit en afstemming van zorg**

De continuïteit van zorg wordt beschreven in de cirkelvormige keten van zorg (zie bijlage 1) Deze cirkel wordt op de volgende manier in stand gehouden:

Het dementieteam reageert op signalen van de patiënt zelf, zijn mantelzorg of vanuit het team. De huisarts stelt (al dan niet met hulp van anderen) zijn diagnose en probeert samen met de W V geriatrie een stabiele situatie te creëren voor patiënt én mantelzorg. Minimaal twee keer per jaar overlegt het dementieteam over de demente patiënten. Kort van tevoren heeft er (eveneens structureel twee keer per jaar) een huisbezoek c.q. een consult van de mantelzorgers plaatsgevonden door de huisarts of door de WV geriatrie op zijn verzoek.

Signalen kunnen komen uit huisbezoek, consult of overleg. Ook kan de stabiele situatie plotseling overgaan in een instabiele toestand. Bij plotselinge veranderingen in de stabiele toestand van de patiënt zal altijd moeten worden overwogen of medisch onderzoek moet worden uitgevoerd in eerste instantie door de huisarts, indien nodig door anderen.

Na nadere evaluatie kan een adequate interventie plaatsvinden, waardoor de stabiele situatie kan herstellen. Vervolgens wordt de zorgketen gecontinueerd.

Sinds eind 2005 neemt de W V geriatrie deel aan het wachtlijstoverleg van het Zorgcentrum Bocholtz waar ook een PG afdeling gevestigd is.

### **III.9 Nazorg**

In de praktijk blijkt dat er een duidelijke behoefte is aan ondersteuning van de mantel ook na opname van de demente patiënt.

Gedurende vier tot zes weken na opname blijft de W V geriatrie de nazorg leveren bij de mantelzorgers. Indien er na zes weken extra nazorg nodig is, wordt dit besproken in team. Een verwijzing dient dan overwogen te worden.

### **III.10 Inschakelen vrijwilligersorganisaties**

In Bocholtz / Simpelveld bestaat een speciale vrijwilligersorganisatie *Stichting Ruggesteun KLS (Kerkrade/Landgraaf/Simpelveld)* ter ondersteuning van de mantelzorg. In een vroeg stadium zal de mantelzorgers over het bestaan hiervan geïnformeerd worden door de W V geriatrie

### **III.11 Informatie aan patiënt en mantelzorg**

Informatie over dit zorgprogramma en ook de inhoudelijke informatie is in eerste instantie de taak van de W V geriatrie. Zij maakt gebruik van een dossier van de Thuiszorg. Zij laat de informatie gedoseerd achter bij de mantel van de patiënt, afhankelijk van de behoefte op dat moment.

Zij vraagt ook toestemming aan patiënt en of mantelzorgers voor bespreking in het team. De huisarts voegt daar – alleen op verzoek van de patiënt en/of de mantelzorgers - nog informatie aan toe tijdens het structurele huisbezoek of consult.

Met regelmaat organiseert Meander Thuiszorg een cursus omgaan met dementerenden.

### **III.12 Privacy**

Elke discipline hanteert het privacyreglement van de eigen beroepsgroep. Bij werkafspraken waar bij meerder disciplines zijn betrokken, wordt de privacy van de cliënt bewaakt. Voor gezamenlijk overleg tijdens een patiëntenbespreking wordt altijd toestemming gevraagd aan de patiënt en zijn mantelzorgers.

### III.13 Geen mantelzorg

Indien geen mantelzorg aanwezig is of een mantelzorg op afstand, zullen de hulpverleners meestal in een later stadium betrokken worden. Hierdoor zullen deze patiënten ook sneller doorstromen naar opname. Ofschoon *Ruggesteun KLS* in principe is bedoeld ter ondersteuning van de mantelzorg, kan zij ook worden ingezet bij alleenstaanden.

In principe verandert er niets aan het zorgprogramma als er geen mantel is. Indien er geen mantelzorg is moet dat duidelijk aan CIZ (voorheen RIO) worden doorgegeven. Op de fax wordt duidelijk vermeld: alleenstaande of mantel op afstand.

### III.14 Beslissingsonbekwaamheid

De huisarts bespreekt in een vroeg stadium met patiënt en mantelzorger de mogelijke toekomstige beslissingsonbekwaamheid van de patiënt. Hij maakt afspraken wie de beslissing overneemt op het moment dat de patiënt het zelf niet meer kan en noteert dit in het HIS en op het rapportageblad (zie bijlage 11, alleen voor hulpverleners)

Aan mantelzorgers wordt uitsluitend het boekje *Dementie en rechtsbescherming* van Alzheimer Nederland uitgereikt...

### III.15 Mishandeling

Alle disciplines zijn alert op signalen van mishandeling, speciaal Meander Thuiszorg, afdeling verzorging.

Het meldpunt ouderenmishandeling voor onze regio is:

#### **Meldpunt Ouderenmishandeling Zuidelijk Zuid-Limburg**

Naam: Meldpunt Ouderenmishandeling Zuidelijk Zuid-Limburg  
Postcode en plaats: Maastricht  
Postadres: Postbus 3973  
Postcode en plaats: 6202 NZ Maastricht  
Telefoon: (043) 3 821 720  
Website: [www.ggdzzl.nl](http://www.ggdzzl.nl)

## IV. EVALUATIES:

Bij de evaluatie 2004/2005 zijn alle bijlagen geactualiseerd en is het zorgprogramma op de veranderingen herschreven.

Met name de wijziging in de registratie: d.w.z. de opname van de informatie uit het rapportageblad in het HIS, bracht een duidelijk merkbare kwalitatieve verbetering.

Door de aandacht voor het zorgprogramma heeft de eerstelijns de dementerenden en hun mantel goed in kaart. Dat alleen al brengt rust en tevredenheid bij de hulpverleners.

Het eerstelijns team heeft sterk de indruk dat de *vrijdagmiddag calamiteiten* minder zijn geworden, Aan Mondriaan Zorggroep en aan CIZ werd gevraagd of zij konden aantonen dat er minder calamiteiten en vrijdagmiddag opnames zijn in de kernen Bocholtz/Simpelveld vergeleken met OZL. Beide instanties hadden wel die indruk, maar konden het niet aantonen met cijfers.

In maart 2007 vond volgens planning een evaluatie plaats van het zorgprogramma dementie. Het nazorgtraject werd omschreven en de informatie over dementie en rechtsbescherming werd schematisch in kaart gebracht voor hulpverleners. Er werden kleine tekstuele aanpassingen doorgevoerd. Adressen werden geactualiseerd. Vanaf 2007 schrijft de geriatriesch wijkverpleegkundige haar bevindingen zelf in het HIS.

De volgende grote evaluatie wordt afgesproken voor 2009.

## V. BIJLAGEN:

**Bijlage 1 – de dementiecirkel** – hierin is de keten van zorg vastgelegd, de belangrijkste aandachtspunten voor huisarts en geriatrisch wijkverpleegkundige en de diverse consultatiemogelijkheden. Tevens staat het standaard onderzoek vermeld.

**Bijlage 2 – de mogelijkheden voor diagnostiek en verwijzing**

**Bijlage 3 – het rapportageblad**

**Bijlage 4 – de verkorte versie van de NHG-standaard dementie**

**Bijlage 5 – Mini Mental State Examination (MMSE)**

**Bijlage 6 - Observatie Lijst voor vroege symptomen van Dementie (OLD)**

**Bijlage 7 – Reisbergschaal**

**Bijlage 8 – Beoordeling Zorgsituatie**

**Bijlage 9 – Zorgkompas**

**Bijlage 10 – Signaleringslijst**

**Bijlage 11 – Beslissingsbekwaamheid**

## VI. ADRESSEN EN VOORLICHTINGSMATERIALEN

Alzheimer Nederland

Postbus 183

3980 CD Bunnik

T 030 - 659 69 00

F 030 - 659 69 01

E [info@alzheimer-nederland.nl](mailto:info@alzheimer-nederland.nl)

Afdeling Oostelijk Zuid-Limburg

P. Potterstraat 30

6464 CB KERKRADE

T 045-5452453

[hwknebel@home.nl](mailto:hwknebel@home.nl)

Alzheimer Nederland

Afdeling Heuvelland

Postbus 1134

6201 BC Maastricht

T 043-368 54 18 (dinsdag en donderdag 9.00-10.30 uur) of 043 – 407 29 72.

### **Alzheimer Café Parkstad**

Datum en tijd: 13-3-2007 19.30 - 21.30 uur, thema: Opening van dit nieuwe Alzheimer Café

Datum en tijd: 2<sup>e</sup> dinsdag van de maand 19.30 - 21.30 uur

Locatiennaam: Residence Aambos

Adres en huisnummer: Aambosveld 4

Postcode en plaats: 6438 JW Heerlen

Tel: 046 - 442 33 57

Contactpersoon: [p.g.willems@planet.nl](mailto:p.g.willems@planet.nl)

### **Alzheimer Café Gulpen**

Datum en tijd: 3<sup>e</sup> maandag van de maand 19:30 uur

Locatiennaam: Dr. Ackenshuis (zaal Goedenraad)

Adres en huisnummer: Oude Maastrichterweg 21

Postcode en plaats: Gulpen

Tel: 043 - 368 54 18

Contactpersoon: [Elmy Kroeg](mailto:Elmy Kroeg)

## **Alzheimer Café Maastricht**

Datum en tijd: 2<sup>e</sup> maandag van de maand 19:30 - 22:00 uur

Locatienaam: Verpleeghuis Grubbeveld

Adres en huisnummer: Vijverdalseweg 10

Postcode en plaats: 6226 NB Maastricht

Tel: 043-3685418 (di. en do., 9-10:30 u.)

## **VII. LIJST MET AFKORTINGEN**

DE	ruiter Dementie
HA	huisarts
HIS	huisartsen informatie systeem
MMSE	Minimal Mental State Examination
MW	maatschappelijk werk
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
OZL	Oostelijk Zuid Limburg
CIZ (voorheen RIO)	Centraal Indicatie Orgaan

**Uit stilistische overwegingen worden de aanduidingen ‘hij/zij’ en ‘hem/haar’ in dit zorgprogramma vermeden. Waar dit van toepassing is, worden met ‘hij’ en ‘hem’ beide geslachten bedoeld.**