Waarderend kijken naar dementie-onderwijs in het MBO: Wat gaat goed en wat vraagt de toekomst?

roc Mondriaan

alzheimer nederland

mborijnland

Colofon

Dit onderzoek is uitgevoerd door docentonderzoekers van de practoren Praktische wijsheid (mboRijnland) en Innovatie in zorg en welzijn (ROC Mondriaan)

Onderzoekers: Karel Kans, Nellie Klaassen, Cindy van Spronsen, Jolanda Brink

Betrokkenen practoren: Desiree Bierlaagh en Ad Blom

Namens Alzheimer Nederland was Carlijn Lensink betrokken

Mei 2026

Inhoud

Voorwoord 3

1. Inleiding 4

1.1. Aanleiding en doel 4

1.2. Onderzoeksvragen 5

1.3. Onderzoeksaanpak 6

1.4. Opzet rapportage 8

2. Mensen met dementie 9

2.1. Kwaliteit van leven 9

2.2. Kwaliteit van leven in de praktijk 10

2.3. Deelconclusie 12

3. Zorgen voor mensen met dementie: kennen en kunnen 13

3.1. Wat moeten zorgprofessionals kennen en kunnen 13

3.2. Competenties die bijdragen aan de kwaliteit van leven 14

3.3. Omgaan met dilemma's 15

3.4. Deelconclusie 17

4. Inhoud van het onderwijs: kennen en kunnen 18

4.1. Helpende zorg en welzijn 18

4.2. Verzorgende IG 20

4.3. Mbo-verpleegkundige 22

4.4. Deelconclusie 24

5. Vormgeving onderwijs en hoe het wordt ervaren 26

5.1. Helpende zorg en welzijn 26

5.2. Verzorgende IG 28

5.3. Mbo-verpleegkundige 29

5.4. Perspectief Studenten 31

5.5. Perspectief werkveld 32

5.6. Deelconclusie 33

6. Samenvatting en conclusie 35

6.1. Samenvatting 35

6.2. Concluderend: wat kan bijdragen aan beter onderwijs voor dementiezorg 38

6.3. Aanbevelingen voor stakeholders 39

Bronnen 42

Geïnterviewde experts 43

Nawoord Sterker opleiden voor dementie 44

Voorwoord

Verzorgende, activiteitenbegeleider, doktersassistent. Studenten kiezen allemaal een beroep dat bij hen past. En welk beroep dat ook is, er is één overeenkomst. Zij krijgen allemaal te maken met dementie. Tijdens hun stage, op de werkvloer of in het dagelijks leven.

In Nederland leven momenteel 320.000 mensen met dementie. En dit aantal groeit de komende jaren sterk. Dementie is nu al volksziekte nummer 1. Dit vraagt om een samenleving die weet hoe je goed omgaat met mensen met dementie.

Mbo-studenten spelen hierin een belangrijke rol. Als beroepskrachten in spe komen zij vaak in contact met mensen met dementie. Hoe reageert Marieke als een meneer meerdere keren belt om een doktersafspraak te maken? En wat zegt Koen als een dame keer op keer haar steunkous kwijt is?

Studenten weten vaak niet hoe ze goed om kunnen gaan met onbegrepen gedrag van mensen met dementie. Met praktische handvatten en aandacht voor de mens, kunnen zij met meer zelfvertrouwen handelen. Tegelijkertijd maakt dit een groot verschil voor mensen met dementie zelf.

Het is van groot belang dat studenten goed voorbereid op de arbeidsmarkt starten. Alleen dan kunnen zij goede en mensgerichte hulp bieden. Dit onderzoek biedt daarvoor handvatten voor het mbo-onderwijs.

Initiatieven zoals dit onderzoek, in combinatie met programma's gericht op bewustwording en training, dragen bij aan een dementievriendelijke samenleving. Een samenleving waarin mensen met dementie gezien, begrepen en ondersteund worden.

Wij ondersteunen dit onderzoek en de verdere ontwikkeling plus implementatie. Een dementievriendelijke samenleving, die creëren we samen!

Jarina Rombouts

Teamleider Samen dementievriendelijk, Alzheimer Nederland

1. Inleiding

In deze rapportage presenteren we de uitkomsten van het onderzoek naar dementie-onderwijs, waarin twee ROC's, mboRijnland en ROC Mondriaan, hun eigen zorgopleidingen onder de loep hebben genomen en in gesprek zijn gegaan met het werkveld. In dit hoofdstuk gaan we in op aanleiding en doel van het onderzoek, onderzoeksvragen en de onderzoeksaanpak.

1.1. Aanleiding en doel

Nederland vergrijst: dit betekent een stijgende gemiddelde leeftijd van de bevolking en relatief steeds meer mensen in hogere leeftijdscategorieën (CBS, 2023). Met de toename van de levensverwachting stijgt ook het aantal zorgvragers. In het rapport "Kiezen voor houdbare zorg" (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2021), wordt voorspeld dat in 2040 naar schatting 54% van de bevolking een chronische ziekte zal hebben. Dementie zal naar verwachting de grootste ziektelast veroorzaken met een verdubbeling naar 330.000 gevallen in 2040. De zorg- en welzijnssector staat voor de uitdaging om kwalitatief hoogwaardige zorg en diensten te leveren aan burgers, klanten, cliënten en patiënten, ondanks de groeiende druk op de beschikbare middelen en de toenemende vraag naar zorg en welzijn (CBS, 2022). De uitvoering van de zorgtaken verandert ook.

Het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) heeft als doel om een omslag te maken in de organisatie van de zorg en ondersteuning voor ouderen. Het streven is om ouderen in de toekomst langer zelfstandig, met behoud van eigen regie, te laten wonen op een plek waar ze zich thuis voelen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022. Praktisch betekent dit dat mensen met een chronische zorgvraag, zoals dementie, langer thuis zullen wonen tot er een opname met 24 uurs verpleeghuiszorg mogelijk is. In 2023 waren er in Nederland 193.749 mensen met een WLZ-indicatie voor blijvende verpleeghuiszorg. 22.218 personen stonden op een wachtlijst, waarvan de helft dementie had (ActiZ, 2023).

De complexiteit van de zorgvragen rondom dementie en de locatie waar de zorg plaatsvindt verandert. Mensen met dementie wonen langer thuis met een WLZ-indicatie 4, 5, 6 en 7 (ActiZ, 2023). Mede doordat mensen ouder worden komt dementie steeds vaker voor in combinatie met andere zorgvragen vanuit somatische, psychiatrische en verstandelijke

beperkingen of bijvoorbeeld Korsakov. Verder is de problematiek van jonge zorgvragers met dementie relevant.

ROC Mondriaan en mboRijnland verzorgen opleidingen voor toekomstige professionals die in de intramurale en extramurale zorg zullen werken met mensen met dementie. Het betreft onder meer de opleidingen Helpende Zorg en Welzijn (HZW), Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (VIG) en Verpleegkunde (VP). Onze studenten, van zowel mboRijnland en ROC Mondriaan, geven aan vaak niet te weten hoe ze in contact met mensen met dementie moeten handelen. Ze zijn handelingsverlegen. Zij weten bijvoorbeeld niet wat te doen bij onbegrepen gedrag zoals agressie, of hoe zij na de basiszorg verder kunnen bijdragen aan het welbevinden van de zorgvragers. De complexiteit van deze zorg vraagt om ervaring, visie en expertise. In een arbeidsmarkt waarin ervaren arbeidskrachten en dus ook de rolmodellen voor studenten ontbreken, moet het onderwijs op school de studenten voldoende voorbereiden op de complexe problematiek van deze doelgroep om kwalitatieve zorg volgens actuele richtlijnen te kunnen leveren.

1.2. Onderzoeksvragen

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt:

> *Hoe kunnen we studenten zodanig voorbereiden op het werken in de dementiezorg van de toekomst, zodat zij kunnen bijdragen aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten?*

Om deze vraag te beantwoorden, hebben we een aantal richtinggevende vragen gehanteerd:

1. Wat moeten studenten en beginnend beroepsbeoefenaars, volgens verschillende perspectieven en in verschillende zorgcontexten en opleidingen, op dit moment kennen en kunnen om bij te dragen aan kwaliteit van leven van mensen met dementie?
2. Op welke manier worden studenten mbo-Helpende Zorg en Welzijn, Verzorgende IG en mbo-Verpleegkundige nu voorbereid op de bijdrage van kwaliteit van leven van mensen met dementie?
    a. Kennis en ervaring van studenten/beroepspraktijk/mensen met dementie en mantelzorgers/docenten
    b. Didactisch/voorbereiding op de praktijk

3. Wat zijn, volgens de verschillende partijen, de sterke punten van de manier waarop studenten nu worden voorbereid op het omgaan met dementie?
4. Welke factoren beïnvloeden de ontwikkeling van de competenties van mbo-studenten in de Helpende Zorg en Welzijn, Verzorgende en Verpleegkunde, gericht op het effectief bijdragen aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie?
    a. Wat zijn belangrijke elementen van kwaliteit van leven van mensen met dementie?
    b. Welke behoeften hebben mensen met dementie zelf?
    c. Welke competenties van zorgprofessionals dragen bij aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie?
    d. Wat zijn kenmerken van effectief dementie-onderwijs voor het bijdragen aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie?
5. Wat is het ideaalbeeld van de toekomstige zorgprofessional voor dementiezorg waarvoor we willen opleiden?
6. Welke aspecten van de opleidingen bereiden al voor op dit ideaalbeeld? Welke kansen zijn er voor doorontwikkeling?

1.3. Onderzoeksaanpak

Waarderende benadering

We hebben gewerkt met een waarderende benadering (appreciative inquiry)[1] (Tjepkema et al, 2016; Tjepkema en Verheijen, 2020). Het onderzoek spreekt geen oordeel uit over de stand van zaken van de deelnemende opleidingen. We leggen opleidingen van beide ROC's niet langs een meetlat. De focus ligt op het leren en het zien van kansen voor verbetering.

Waarderend onderzoek heeft vijf basisstappen: 1. Define (verwoorden); 2. Discover (verwonderen); 3. Dream (verbeelden); 4. Design (vormgeven); 5. Deliver (verwezenlijken). Ons onderzoek is niet ontwerpgericht. We beperken ons daarom tot de stappen 1 tot en met 3. Onze deelvragen zijn geordend naar deze drie stappen:

- Define (verwoorden): deelvraag 1;
- Discover (verwonderen): deelvragen 2, 3 en 4;
- Dream (verbeelden): deelvragen 5 en 6.

[1]De eerste stap, define (verwoorden) maakte oorspronkelijk geen onderdeel uit van het model.

Onderzoeksactiviteiten

Het onderzoek is kwalitatief van aard en bestaat uit de volgende onderzoeksactiviteiten:

- Desk research (literatuuronderzoek, analyse kaders en curricula van opleidingen);
- Expertinterviews;
- (Groeps)interviews met studenten;
- Interviews met onderwijsontwikkelaars en docenten;
- Interviews met werkbegeleiders (tijdens 2 Days Inside);
- Gesprekken met mensen met Dementie en hun naasten (tijdens 2 Days Inside);
- Participerende observatie in verpleeghuizen (tijdens 2 Days Inside).

Two Days inside

Omdat we het belangrijk vonden dat ook de mens met dementie zelf in dit onderzoek gehoord werd, zochten we naar een manier om hun dagelijkse werkelijkheid recht te doen. Een gepland interview bleek geen optie, omdat bewoners vaak geen stabiele momenten kennen waarop zo'n gesprek bruikbaar kan plaatsvinden. Daarom kozen we voor een vorm van participerende observatie. We hebben ons twee dagen en één nacht ondergedompeld in het leven op een psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis. Elk teamlid verbleef bij een andere organisatie en nam, waar mogelijk, de positie van medebewoner in plaats van hulpverlener in. Naast participerende observatie zijn in deze dagen interviews uitgevoerd met bewoners, mantelzorgers, medewerkers en studenten.

Deze 2-days-inside-benadering gaf ons de kans om van dichtbij mee te beleven hoe routines, interacties en dagelijkse zorg voor bewoners aanvoelen. Het tijdelijk onderdeel zijn van een woongroep leverde inzichten op die we via interviews of documenten niet hadden kunnen ophalen. De ervaringen vormen een waardevolle aanvulling op de interviews, focusgroepen en documentanalyses en laten zien hoe medewerkers invulling geven aan dementiezorg. De onderzoekers hebben ervaren dat het observeren om daarna verdiepende kunnen te stellen een krachtige vorm is die meerwaarde biedt ten opzichte van interviews zonder voorafgaande observatie.

1.4. Opzet rapportage

Het rapport is als volgt opgebouwd:

- We gaan in hoofdstuk 2 in op de betekenis van kwaliteit van leven van mensen met dementie.
- Hoofdstuk 3 gaat over de competenties die (startende) zorgprofessionals nodig hebben om te kunnen bijdragen aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie.
- In hoofdstuk 4 komt de inhoud van het onderwijs aan de orde: welke aandacht is er in de drie onderzochte zorgopleidingen van beide ROC's voor dementie, de kwaliteit van leven en persoonsgerichte zorg.
- In hoofdstuk 5 kijken we naar de vormgeving van het onderwijs, de uitdagingen in het onderwijs en hoe het onderwijs wordt ervaren voor studenten en het werkveld.
- In hoofdstuk 6 vatten we de resultaten samen en volgen conclusies en aanbevelingen voor het onderwijs.

2. Mensen met dementie

In het onderzoek hebben we op diverse manieren informatie verzameld over kwaliteit van leven van mensen met dementie, zowel via experts en professionals als via bewoners in zorginstellingen die zelf dementie hebben en hun mantelzorgers. In dit hoofdstuk kijken we naar wat er bekend is uit onderzoek en bij experts over kwaliteit van leven bij dementie en presenteren we wat zelf hebben opgehaald aan informatie bij bewoners van zorginstellingen en bij hun mantelzorgers.

2.1. Kwaliteit van leven

Bij het begrip **kwaliteit van leven bij dementie** worden lichamelijke, psychologische, sociale en emotionele aspecten met elkaar verbonden. Het gaat daarbij om hoe iemand zelf zijn of haar gezondheid, zelfstandigheid en gevoel van welzijn ervaart (Ballard et al., 2018; Crespo, 2011). Onderzoek laat zien dat de kwaliteit van leven voor mensen met dementie niet alleen wordt bepaald door lichamelijke of cognitieve functies, maar juist sterk samenhangt met sociale contacten, zinvolle activiteiten en de mogelijkheid om eigen keuzes te maken (Bunn, 2019; Du, 2021). Uit diverse artikelen blijkt de behoefte van mensen met dementie te bestaan uit diverse elementen, zoals:

- Veiligheid en rust: een vertrouwde omgeving met duidelijke structuur.
- Contact en erbij horen: aandacht van familie, medewerkers en medebewoners.
- Zelf kunnen kiezen: over dagelijkse dingen zoals eten, kleding of activiteiten.
- Zinvolle bezigheden: muziek luisteren, wandelen, spelletjes doen of samen eten. Hieronder zou ook het hebben van een doel gerekend kunnen worden (Zorg voor beter, 2022).
- Erkenning: gezien worden als mens met een eigen verhaal, niet alleen als patiënt.

Vergelijkbare punten zijn samengevat in het model van Kitwood, met de vijf elementen bezigheid, gehechtheid, identiteit, comfort en erbij horen (Zorg voor Beter, 2021).

Om in de zorg te komen tot een bijdrage aan kwaliteit van leven, kunnen de uitgangspunten van **persoonsgerichte zorg** worden gehanteerd. Hieronder wordt onder meer het volgende begrepen: het leren kennen van de persoon door luisteren en begrijpen; het aanpassen van zorg aan de wensen van de persoon; ondersteuning bieden aan familieleden en mantelzorgers; zelfstandigheid bevorderen (Zorg voor beter, 2022).

2.2. Kwaliteit van leven in de praktijk

Zicht krijgen op de behoefte van mensen met dementie, en de betekenis die zij geven aan kwaliteit van leven, was het voornaamste doel van de 2 days inside. Hierin is geobserveerd en zijn interviews uitgevoerd. Tijdens deze observaties viel op dat bewoners genieten van kleine, herkenbare momenten, die zorgen voor rust en eigenwaarde. Denk het bezoek van familie, muziek luisteren, praten over vroeger, of activiteiten met zoals een wandeling maken of nagels lakken met een van de medewerkers. Opvallend is dat bewoners hun geheugenproblemen niet als hun grootste probleem lijken te zien. Ze missen vooral contact, betekenis en vrijheid. Bijdragen aan blijdschap en geluk zijn humor, aanraking en vaste gewoontes. Hierin zijn individuele verschillen groot. Waar de ene bewoner gedijt bij stilte en rust, hebben andere bewoners behoefte aan aanspraak en levendigheid om zich heen, waar ze actief naar op zoek gaan. Daarin kunnen belangen van bewoners botsen. Dat is ook te zien tussen enerzijds bewoners die veel behoefte hebben aan vastigheid en anderzijds bewoners die juist steeds op zoek zijn en zich laten leiden door hun nieuwsgierigheid.

Mantelzorgers geven aan vooral behoefte te hebben aan duidelijkheid vanuit de zorgprofessional, wat betreft het bieden van structuur en duidelijkheid in hun communicatie.

Op verschillen manieren wordt in de verpleeghuizen invulling gegeven aan de elementen die bijdragen aan kwaliteit van leven. Voorbeelden van waardevolle zaken

- Veiligheid en rust:
    - dat bewoners zich kunnen terugtrekken op hun eigen kamer
- Erbij horen:
    - een vaste plek aan tafel.
    - een hoekje met eigen spullen in de woonkamer, zoals eigen puzzels en kleurboeken
- Contact
    - via dieren: op een dag kwam er een vrijwilliger met een hond langs. Bewoners konden de hond aaien en een snoepje geven. Een doorgaans verdrietige bewoner klaarde hier zichtbaar van op.
    - met een muziektherapeut of anderen een liedje van vroeger zingen.

- Zelf kunnen kiezen:
    - Een bewoner zegt: *“ik doe het liefst de hele dag niets, vind ik heerlijk”*. Deze bewoner neemt bewust niet deel aan het kookclubje (*”ik heb 60 jaar gekookt, ik vind het wel genoeg zo”*). Activiteiten doen moet geen verplichting zijn.
- Zinvolle bezigheden en een doel hebben:
    - Dagelijks een krant ontvangen. Het lezen van de krant is voor een aantal bewoners een belangrijke besteding in de ochtend.
    - Een maandelijkse kookclub.
    - Vaste taken in de groep, zoals de vaatwasser uitruimen.
- Erkenning:
    - Bewoners hebben in hun kamer spullen en bijvoorbeeld een fotoboek waarover ze graag vertellen.

Er zijn ook momenten geobserveerd waarop bewoners niet goed in hun vel zaten, of momenten van passiviteit. Voorbeelden hiervan zijn:

- Misverstanden en woordenwisselingen tussen bewoners komen met enige regelmaat voor. Het pakken van de verkeerde stoel al aanleiding zijn tot irritatie, boosheid en verdriet. Opvallend zijn de gesprekken onderling waar geen structuur in lijkt te bestaan maar die vervolgens wel tot misverstanden leiden. Twee dames zijn in gesprek waarbij een van de dames ineens hardop, boos roept *“jij kent mijn juffrouw niet want jij zit niet op mijn school, je liegt!”*. Ook (vermeend) valsspelen tijdens een spel kan reden zijn tot woordenwisselingen onderling of boos weglopen.
- Er worden continu eigendommen gemist, wat voor onrust zorgt. De eigen kamer, met eigen spullen is erg belangrijk voor bewoners. Als zorgmedewerkers zomaar binnenlopen kunnen bewoners dat als onprettig of bedreigend ervaren.
- Een erg verdrietige bewoner verlangt sterk terug naar haar geboorteland, waar ze sinds haar jeugd niet meer is geweest.
- Een bewoner wil zich niet laten wassen en gaat daarom schreeuwen.
- Iemand die in de ochtend onrustig is, veel heen en weer loopt en weg wil.
- Bewoners die gedurende langere tijd niet gestimuleerd of geactiveerd worden en zodoende een groot deel van de dag in passiviteit doorbrengen.
- Achterdocht, een bewoner controleert na het avondeten dwangmatig alle ramen en deuren of ze afgesloten zijn. Dit gedrag maakt andere bewoners angstig.

2.3. Deelconclusie

Belangrijke **elementen van kwaliteit van leven** zijn: veiligheid en rust, contact en erbij horen, zelf kunnen kiezen, zinvolle bezigheden, met een doel of perspectief, erkenning. Veel van de elementen van kwaliteit van leven zijn terug te zien in de zorg voor de bewoners. Er zijn echter momenten van verdriet, onrust, boosheid of weerstand bij bewoners. Ook zijn er momenten van langdurige passiviteit. Wat kwaliteit van leven is, verschilt per persoon. Daardoor kunnen bewoners **tegengestelde belangen** hebben, bijvoorbeeld rust tegenover aanspraak. Voor het bijdragen aan kwaliteit van leven is er niet één recept, het is complex en vraagt van de zorgmedewerkers dat zij hun cliënten kennen. In het volgende hoofdstuk gaan we in op de competenties die we hieraan kunnen verbinden.

3. Zorgen voor mensen met dementie: kennen en kunnen

Wat vraagt het van beginnende zorgprofessionals om goede zorg te verlenen aan mensen met dementie? In dit hoofdstuk gaan we in de op vraag wat studenten en beginnend beroepsbeoefenaars op dit moment moeten kennen en kunnen om bij te dragen aan kwaliteit van leven van mensen met dementie. We besteden aandacht aan verschillende perspectieven hierop en aan verschillende zorgcontexten. Vervolgens kijken we naar de competenties die (startende) zorgmedewerkers nodig hebben om bij te dragen aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie. Tot slot schetsen we het ideaalbeeld van de toekomstige zorgprofessional waarvoor we willen opleiden.

3.1. Wat moeten zorgprofessionals kennen en kunnen

Over de kennis die studenten zouden moeten hebben verschillen de geïnterviewde experts[2] van mening. Aan een kant van het spectrum staat een expert die vindt dat kennis (bijvoorbeeld over soorten dementie) geen voorwaarde is voor goed handelen in de omgang met mensen met dementie. Aan de andere kant staan experts die aangeven dat er een bepaalde basiskennis van dementie onmisbaar is. Een student moet kennis hebben van dementie, de werking van het brein, cognitieve functies en wat dit betekent voor het gedrag, leren en emoties. Omdat hiermee de student tijdens het werken het gedrag van een cliënt kan duiden als een uiting van de ‘ziekte’ en niet de ‘mens’. Kennis hebben over het aanwezige ‘lerend vermogen’ bij dementie is volgens een deskundige een pré, omdat een student daarmee beter inzicht heeft om de cliënt vanuit diens mogelijkheden te benaderen, in plaats vanuit tekorten.

Goede zorg voor mensen met dementie vereist meer dan medische kennis en basisvaardigheden. Het vraagt van studenten en beginnende zorgprofessionals dat zij de persoon achter de ziekte herkennen, begrijpen wat gedrag betekent en hun eigen handelen en houding hierop afstemmen. Uit observaties, gesprekken met zorgprofessionals tijdens de 2 Days Inside en gesprekken met studenten blijkt dat er vaak een kloof wordt ervaren tussen wat studenten leren in de opleiding en wat de praktijk vraagt: kennis van ziektebeelden en protocollen is onvoldoende om daadwerkelijk de belangrijkste elementen van kwaliteit van leven bij de mens met dementie te bevorderen.

[2] Zie bijlage.

3.2. Competenties die bijdragen aan de kwaliteit van leven

Tijdens interviews benadrukken alle deskundigen dat er in het werkveld de laatste jaren een duidelijke verschuiving is van zorg verlenen aan een zieke naar samenleven met een mens. Kwaliteit van leven staat centraal. In hoofdstuk 2 is al aangegeven dat bewoners kwaliteit van leven ervaren door:

- Persoonlijke aandacht en contact met familie en naasten,
- Zelf beslissingen kunnen nemen;
- Activiteiten en daginvulling die aansluiten bij hun interesses en mogelijkheden,
- Erkenning van hun levensverhaal, herinneringen en culturele achtergrond,
- Structuur, rust en vrijheid binnen hun dagelijkse omgeving.
- Perspectief geven

Kwaliteit van leven is subjectief en verschilt per persoon. Wat studenten en beginnende beroepsbeoefenaren moeten leren is om voorbij de aandoening te kijken en de relatie met de cliënt als startpunt te nemen voor hun handelen. Hiervoor kunnen zichzelf vragen stellen als:

- Wie is deze persoon?
- Wat geeft zijn of haar leven betekenis?
- Wat kan nog wel? In plaats van wat niet meer kan.
- Wat zeggen lichaamstaal en uitingen van emoties?

Andere kernpunten in het handelen van zorgmedewerkers moeten zijn:

- Samenwerken met naasten vanuit gelijkwaardigheid.
- Respect hebben voor veiligheid, vrijheid en privacy

Dat vraagt empathie, observatievermogen en nieuwsgierigheid naar de mens achter het gedrag. Om hieraan bij te dragen, moeten studenten beschikken over:

1. Kennis – zowel van dementie en het bijbehorende gedrag, als van de historische, culturele en persoonlijke context van bewoners.
2. Vaardigheden – gespreksvoering, observatie van verbale en non-verbale signalen, het afstemmen van activiteiten en het begeleiden van sociale interacties.
3. Houding – empathisch, geduldig, reflectief en in staat om eigen gedrag en communicatie aan te passen aan de belevingswereld van de ander.

Om aan de bovenstaande benodigde competenties invulling te geven, pleit Alzheimer Nederland voor, onder meer, de volgende uitgangspunten (Alzheimer Nederland, 2026):

- Levensverhaal, identiteit, gewoonten en routines als vertrekpunt voor zorg
- Belevingsgerichte communicatie en aansluiten bij de belevingswereld
- Kwaliteit van leven en welzijn als kerndoel naast (en in samenhang met) zorg/cure

Inhoudelijk zouden de volgende onderwerpen de revue moeten passeren: zingeving, verlieservaringen, eenzaamheid, schaamte, angst, rouw, autonomie, verbondenheid en de invloed van omgeving. Verder gaat het om de dat onbegrepen breder is dan agressie, en dat bijvoorbeeld passiviteit hier ook onder gerekend kan worden. Vaardigheden die genoemd worden zijn:

- het vaardig zijn in ‘kleine contactmomenten’;
- mantelzorgers en andere personen binnen het netwerk een rol kunnen geven;
- door observeren, signaleren en benaderen de context- en persoonsfactoren mee laten wegen in de zorg. Dit is meestal behulpzamer dan het subtype dementie kunnen duiden. Weten dat er verschillende typen dementie bestaan is voldoende.

3.3. Omgaan met dilemma’s

Aanvullend op de gerichtheid op de mens met dementie, moeten studenten en beginnende zorgprofessionals voortdurend afwegen wat goed is in een specifieke situatie. Zij maken voortdurend keuzes en moeten om kunnen gaan met dilemma’s. We zien drie soorten dilemma’s.

Ten eerste vraagt het veel van zorgprofessionals om steeds rekening te houden **verschillen tussen individuen en in te spelen op snel veranderende situaties**. Die ontstaan bijvoorbeeld bij stemmingswisselingen in de woongroep. Het snel kunnen schakelen tussen verschillende rollen vraagt inzicht, ervaring en autoriteit. Het viel op dat de oudere zorgprofessionals soepel tussen deze verschillende rollen lijken te schakelen. Tegelijkertijd is ook merkbaar dat sommige bewoners meer aandacht vragen, en krijgen, dan anderen, wat soms nodig is om de rust te bewaren. Consequentie daarvan is wel dat passieve bewoners niet uit hun passiviteit komen. Verschillende dilemma’s doen zich voor:

- De tijd die aan de ene bewoner besteed wordt, kan niet aan een ander besteed worden. Tijd moet efficiënt besteed worden.
- (Wijziging in de) planning van zorg, het stellen van prioriteiten, bijvoorbeeld bij het opvangen van een zieke collega.
- Aandacht voor naasten is heel belangrijk maar kan ten koste gaan van directe cliëntzorg.

Ten tweede zijn er dilemma's die te maken hebben met het bijdragen aan de **zorg versus** het bijdragen aan het **welzijn**. Wat veel voorkomt is dat de zorgprofessional de zorg wil verlenen die verwacht wordt, waaronder ADL zorg, maar de bewoner wil iets niet wil en weerstand geeft. Verwijzingen naar kwaliteit van leven lijken vooral te gaan over aspecten van welzijn (goede relaties, afstemming op iemands belevingswereld, etc.) en niet over (medische) zorg. Deze zorg lijkt meer een vanzelfsprekend iets met weinig voor de professional, of de lastige omstandigheden waarin die moet worden uitgevoerd, door de cliënt of mantelzorger wordt dit niet per se als kwaliteit ervaren. Wel de benadering van die aardige zorgmedewerker. Dit is iets voor professionals om zich van bewust te zijn.

Een derde punt wordt gemaakt door een de experts. Zorgmedewerkers maken afwegingen tussen wat de regels hen voorschrijven en wat het leven van de zorgvrager vraagt. Dat betekent dat zij moeten navigeren tussen de systeemwereld met regels en kaders en de leefwereld van de zorgvrager met wensen, relaties en emoties. Belangrijke vaardigheden hierbij zijn:

- kunnen omgaan met het 'grijze gebied' waarin geen eenduidig goed of fout bestaat;
- het eigen ongemak herkennen en gebruiken als leermoment;
- machtsverhoudingen herkennen en relationele autonomie respecteren (de ander serieus nemen in diens keuzes, binnen de professionele grenzen).

De ideale beginnende zorgprofessional combineert deze aspecten: de professional ziet de mens achter de dementie, interpreteert gedrag als communicatie van behoeften of emoties, stemt zorg af op persoonlijke voorkeuren en werkt samen met familie en collega's om de kwaliteit van leven te bevorderen.

3.4. Deelconclusie

Goede zorg voor mensen met dementie vraagt van studenten en beginnende zorgprofessionals meer dan medische kennis of basisvaardigheden. Centraal staat het zien van de mens achter dementie, het begrijpen van gedrag en het afstemmen van eigen handelen op de belevingswereld van de zorgvrager. Kwaliteit van leven ontstaat door aandacht, contact, betekenisvolle activiteiten en autonomie, waarbij empathie, observatievermogen en nieuwsgierigheid essentieel zijn.

Voor de zorgmedewerker betekent het bijdragen aan kwaliteit van leven het constant maken van afwegingen, over aan wie welke zorg verleend of andere aandacht wordt besteed. Hierbij worden zorgmedewerkers geconfronteerd met individuele verschillen, tegenstrijdigheden tussen wat goed is voor een bewoner en diens wensen en tegengestelde belangen tussen bewoners. Naast het omgaan met dergelijke dilemma's speelt ook het efficiënt inzetten van de beschikbare capaciteit een rol.

Studenten moeten leren omgaan met het 'grijze gebied' tussen regels en persoonlijke wensen, onbegrepen gedrag interpreteren, hun eigen aannames en emoties reflecteren, en samenwerken met familie en naasten.

Basiskennis van dementie ondersteunt het werken vanuit mogelijkheden. De toekomstige zorgprofessional combineert kennis, vaardigheden en houding om persoonsgerichte, relationele zorg te bieden die bijdraagt aan kwaliteit van leven.

4. Inhoud van het onderwijs: kennen en kunnen

In de voorgaande hoofdstukken hebben we geschetst wat kwaliteit van leven voor mensen met dementie inhoudt en wat zorgmedewerkers nodig hebben om daaraan bij te dragen.

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe er in de opleidingen Helpende Zorg en Welzijn (HZW), Verzorgende IG (VIG) en Mbo-Verpleegkundige (VP) aandacht wordt geschonken aan dementie en in het bijzonder aan de omgang met mensen met dementie en hun kwaliteit van leven.

In het algemeen geldt dat de kaders van mbo-opleidingen zijn vastgelegd in kwalificatiedossiers (KD's). KD's zijn breed geformuleerd. In de zorg verwijzen KD's niet of nauwelijks naar specifieke ziekten of aandoeningen. In algemene zin staat in de KD's dat het werk van de beroepsbeoefenaars zich kan afspelen in verschillende zorgcontexten en dat ze te maken kunnen hebben met verschillende doelgroepen. Specifieke doelgroepen, zoals mensen met dementie, worden in de KD's niet expliciet benoemd.

Scholen kunnen aanvullend gebruik maken van 'Bodies of Knowledge' (BoK) die door het Consortiummbo en de MBO Raad zijn ontwikkeld. Dit zijn servicedocumenten die richting geven voor de verdere invulling van de vereisten uit de KD's. Mbo-opleidingen kunnen zelf bepalen of ze die gebruiken.

Hieronder kijken we per opleiding welke aandacht er is voor dementie en kwaliteit van leven in de BoKs van de drie kwalificaties en specifiek in de opleidingen van beide ROC's. Voor dat laatste baseren we ons op documentatie van de ROC's en interviews met onderwijsontwikkelaars en docenten.

4.1. Helpende zorg en welzijn

Kaders

Voor de Helpende Zorg en Welzijn (HZW) is er een algemene BoK dat hoort bij het KD dienstverlening. Naast zorg en welzijn heeft dit KD en de BoK betrekking op facilitaire dienstverlening en sport en recreatie. In het deel dat over zorg en welzijn gaat wordt dementie een keer genoemd als een van de ziektebeelden waarvan de HZW kennis moet hebben (symptomen en oorzaken).

Het onderwerp Kwaliteit van leven wordt niet nadrukkelijk genoemd in de BoK.

In de opleidingen bij beide ROC's wordt wel verder invulling gegeven aan de onderwerpen dementie en kwaliteit van leven.

Aandacht voor dementie in de opleiding

Bij een van de ROC's komt dementie pas aan bod in het keuzedeel Zorg en Welzijn. Bij het andere ROC is er op meerdere momenten aandacht voor dementie in de opleiding. Opgemerkt moet worden dat de opleiding voor de meeste bol-studenten bestaat 6 onderwijsperioden van 10 weken (dus 1,5 half schooljaar). Bbl'ers en voor bol'ers die kunnen versnellen, kunnen de opleiding in 4 perioden, dus 1 schooljaar, afronden.

Docenten geven aan dat dementie in de bol-opleiding nadrukkelijk aan de orde komt in onderwijsperiode 1 en 5.

- In onderwijsperiode 1 wordt aandacht besteed aan geriatrische gezondheidsproblemen, waaronder vergeetachtigheid naast bijvoorbeeld gezicht- en gehoorverlies.
- Periode 5 gaat over neurologische stoornissen, waaronder vormen van dementie (Alzheimer, vasculaire dementie, Lewy Body dementie, frontotemporale dementie, Korsakov), maar nog niet de fasen. Doel is om de neurologische stoornis te herkennen.
- Bbl'ers die werkzaam zijn in de verpleging of thuiszorg krijgen het keuzedeel PG-zorgvrager, dat mogelijkheden biedt voor veel meer verdieping en koppeling aan de praktijkervaring van de studenten. Docenten vinden het jammer dat bol'ers dit niet krijgen, maar praktijkervaring is essentieel hiervoor.

Daarnaast is dementie verweven met diverse andere thema's.

- Anatomie & Fysiologie: dementie wordt gekoppeld aan mobiliteit;
- Bij Persoonlijke Zorg & ADL wordt ingegaan op gedrag rond aankleden; comfort en autonomie wordt expliciet besproken.
- Sociale Vaardigheden: Grensoverschrijdend gedrag en kopieergedrag komen aan bod.

Kwaliteit van leven is een belangrijk onderdeel van de opleiding en komt in brede zin aan de orde, maar niet specifiek gericht op dementie. Het zit in order meer de volgende onderdelen.

- Toegepaste Sociale Vaardigheden (TSV), bijvoorbeeld de rol van correcte omgangsvormen als factor in kwaliteit van leven.
- Bij ontwikkelingspsychologie is er ruime aandacht voor theorie, gekoppeld aan spel als middel tot welbevinden.
- E&A gaat in op spelactiviteiten voor Ouderen vanuit een speltherapeutische invalshoek.

Persoonsgerichte zorg is theoretisch goed verankerd in meerdere modules. Volgens de docent merken studenten dat in de praktijk het werkveld vaker “op de automatische piloot” draait; goede rol-modellen worden daarin gemist. In stages verzandt het onderwerp vaak in routinehandelingen.

4.2. Verzorgende IG

Kaders

In de contextbeschrijving van het kwalificatiedossier Verzorgende-IG is het steeds ouder worden en langer thuis wonen van mensen een belangrijk onderwerp. Kwaliteit van leven komt hierin aan de orde. Letterlijk staat er in de beschrijving: Het functioneren van de mens, welbevinden en eigen regie staan centraal. De beroepshouding van de Verzorgende-IG typeert zich door het zich inleven in de zorgvrager (empathie) en een open houding. De regie van de zorgvrager is hierbij het uitgangspunt.

In de BoK voor de Verzorgende IG komt dementie op meerdere plekken aan bod.

- Onder kerntaak 1 (Bieden van zorg en ondersteuning), thema farmacologie en pathologie staat dat in de sector verpleging en thuiszorg (VT) de verzorgende kennis heeft van de verschillende vormen van dementie (ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, lewy-body dementie, Korsakov en fronto-temporale dementie) en het ziektebeeld met de verschillende stadia en vroegsignalering.
- Er worden vormen van methodisch werken in de VT genoemd (“ABC model’, “9 stappenplan”).
-

Voor kwaliteit van leven, aangeduid als kwaliteit van bestaan, is ook expliciet aandacht.

- Bij de zorg- en begeleidingsactiviteiten (kerntaak 1) in de sector VT gaat het om kennis hebben van kwaliteit van bestaan, autonomie, welzijn en zingeving. De beroepsbeoefenaar past kennis van de autonomie, zelfredzaamheid en kwaliteit van bestaan van de zorgvrager toe en koppelt dit aan het functioneren en het welzijn van de zorgvrager.

Aandacht voor dementie in de opleiding

Bij ROC 1 zijn er leerdoelen over dementie geformuleerd voor de modules Zorg, begeleiding en ondersteuning en Methodisch handelen.

- Bij Zorg, begeleiding en ondersteuning gaat het om het kunnen uitleggen van begeleidingsmethodieken aan zorgvragers, rekening houdend met bijvoorbeeld diversiteit en levensfase van de zorgvrager. Hierbij gaat het er om deze vaardigheden toe te kunnen passen in verschillende branches, waarbij er ook aandacht kan zijn voor dementie.
- Binnen Methodisch handelen is er aandacht voor dementie in relatie tot het handelen bij ouderen met psychiatrische aandoeningen.
- In de andere modules zijn er bij dit ROC geen leerdoelen gerelateerd aan dementie.

Een andere manier van aandacht voor dementie is door het onderwerp dementie te verweven met verschillende vakken of leerlijnen, waarbij iedere leerlijn ander aspect behandelt. De integratie van het thema dementie in de opleiding is volgens een docent een sterk punt van de opleiding. Voorbeelden hiervan zijn:

- anatomie/fysiologie/pathologie: symptomen, signalen en het begrijpen wat er in het brein misgaat;
- agogiek: omgang, gedrag, interculturele communicatie, verschillende vormen van dementie, moeilijk verstaanbaar gedrag, agressie;
- doelgroepen & thuiszorg: praktische situaties zoals veiligheid, hulpmiddelen, leven thuis met dementie;
- toegepaste professionalisering: kijken vanuit de leefwereld van de cliënt, activiteiten leren afstemmen op wat iemand met dementie nog kan;
- communicatie & sociale netwerken: intake met dementerende cliënten, samenwerking met mantelzorgers en andere professionals.

Over **kwaliteit van leven** wordt enerzijds gezegd dat het een centrale kapstok is in de opleiding, dat expliciet in jaar 1 wordt behandeld. Eerst algemeen, maar later ook specifieker voor dementie. Het komt veel terug in de casuïstiek. Een vindt het lastig om aan te geven waar kwaliteit van leven precies in de opleiding zit, maar geeft aan dat het in ieder geval raakvlakken heeft met een onderwerp als rouw. Niet alleen gerelateerd aan de dood, maar rouw in brede zin over het niet meer kunnen van bepaalde dingen.

Bij het andere ROC is kwaliteit van leven onderdeel is van het onderwerp Communicatie en begeleiding - Begeleiden in de zorg. Onderwerpen die hierbij aan bod komen zijn het aansluiten op behoeftes van mensen met dementie, reminiscentie, belevingsgerichte zorg, begeleiding afstemmen op zelfredzaamheid, belevingswereld en onbegrepen gedrag.

Persoonsgerichte zorg, eigen regie en diversiteit zijn geïntegreerde thema's. Studenten leren steeds opnieuw kijken naar wat voor een cliënt kwaliteit van leven betekent, hoe zij zaken als dagritme, gewoonten, cultuur en voorkeuren kunnen meewegen. Dit richt zich op de zorg aan allerlei cliënten, niet specifiek degenen met dementie. Er is aandacht voor de mate waarin gedrag ziekte-gebonden is. Daar kan dementie dan weer terugkomen.

4.3. Mbo-verpleegkundige

In het KD (versie 2020) voor de Mbo-Verpleegkundige worden dementie en specifieke vormen daarvan niet genoemd.

In de BoK voor de Mbo-verpleegkundige komt **dementie** wel op meerdere plekken aan bod. Bij kerntaak 1 (Bieden van zorg en ondersteuning in het verpleegkundig proces), onder het thema farmacologie en pathologie staat dat in de sector verpleging en thuiszorg (VT) de mbo-verpleegkundige specialistische kennis heeft van zowel de verschillende vormen van dementie (de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, lewy-body dementie, Korsakov, fronto-temporale dementie) als de stadia. Er moet ook aandacht zijn voor vroegsignalering.

Evenals bij de VIG worden bij VP bij methodisch werken in de VT bij dementie het ABC model en het 9 stappenplan genoemd. Anders dan bij de VIG dient de verpleegkundige ook zicht te hebben op dementie-onderzoek, als onderdeel van de onderzoeksmethoden. Verder kan de mbo-verpleegkundige bij onvoorziene en crisissituaties specialistische kennis inzetten van gedragsproblemen specifiek bij verschillende vormen van dementie.

Voor **kwaliteit van leven**, aangeduid als kwaliteit van bestaan, is ook expliciet aandacht. Bij de zorg- en begeleidingsactiviteiten (kerntaak 1) in de sector VT gaat het om kennis hebben van kwaliteit van bestaan, autonomie, welzijn en zingeving. De beroepsbeoefenaar past kennis van de autonomie, zelfredzaamheid en kwaliteit van bestaan van de zorgvrager toe en koppelt dit aan het functioneren en het welzijn van de zorgvrager.

Persoonsgerichte zorg komt niet nadrukkelijk aan de orde in de BoK voor Mbo-verpleegkundige.

Aandacht voor dementie in de opleiding

Bij ROC2 is er specifiek aandacht voor dementie in de module Methodisch handelen, in het bijzonder in het vak Gezondheidskunde 3 en 4. De aandacht voor dementie valt hier binnen de leerdoelen over psychiatrische aandoeningen, waarbij de student gebruikt maakt van de DSM-5.

Verder kunnen generieke leerdoelen die in diverse modules aan de orde komen toegepast worden op dementie, waarbij de leerdoelen vooral gericht zijn op uitleggen en benoemen. Het gaat om leerdoelen binnen de volgende modules.

- Zorg, begeleiding en ondersteuning
- Methodisch handelen
- Uitvoeren verpleegtechnische vaardigheden

Er zijn geen leerdoelen gerelateerd aan dementie binnen de modules Coördineren, organiseren en samenwerken, Ontwikkelen van eigen professionaliteit en Bijdragen aan kwaliteitszorg.

Bij ROC1[3] is er vooral aandacht voor dementie in de module geriatrie (vormen en fasen van dementie), en daarnaast komt het terug in modules over de gezonde mens, chronisch zieken en thuiszorg. Er is aandacht voor benaderingswijzen (reminiscentie, validation). Vormen van dementie zijn van belang omdat specifieke invloed hebben op het gedrag.

Aandacht voor **kwaliteit van leven** is in de gebruikte methode van ROC2 te vinden onder het thema Communicatie en begeleiding, Module 3: Begeleiden in de zorg. Hier is aandacht voor zaken als het moeilijk aangeven van behoeftes bij dementie, belevingsgerichte zorg bij

[3] Bij dit ROC is per schooljaar 2025-2026 een curriculumverandering ingevoerd. De geïnterviewde docent heeft vooral zicht op de situatie voor de wijziging, de onderwijsontwikkelaar spreekt over beide curricula.

dementie, begeleiden bij zelfredzaamheid, de wereld die overweldigend kan zijn, onbegrepen gedrag bij dementie en tips voor de omgang met mensen met dementie.

Bij ROC1 komt kwaliteit van leven vooral in de eerste 20 weken van de opleiding aan bod. Ook hier staat de lesmethode van de uitgeverij centraal. De school zelf heeft hierop bewust geen uitgesproken visie. De bedoeling is juist dat studenten de link leggen met de visie van de organisatie waar ze stagelopen. Tijdens hun stage werken studenten aan opdrachten die hierover gaan. Bedoeling is om studenten de vraag te laten stellen: waarom doen we dit? Is dit de zorg die we moeten leveren, is dit kwaliteit van leven? Dit kan abstract zijn voor jonge BOL-studenten. Vanwege hun leeftijd zijn waarden en cognitie nog in ontwikkeling. Ze moeten nog verder groeien na diplomering, als beginnend beroepsbeoefenaar. Het verschilt per organisatie hoeveel tijd recent gediplomeerden daarvoor krijgen.

Persoonsgerichte zorg is verankerd in de opleiding en wordt breed aangeboden, niet specifiek voor dementie. Wel beschouwt de opleiding het als essentieel voor het werken met mensen met dementie, aangezien dementie zich bij iedereen op een andere manier kan uiten. Daar moeten studenten zich bewust van worden. De bedoeling is studenten goed na te laten denken over wat ze zien en te reflecteren op wat er aan de hand kan zijn. Daar kan medische informatie ook een rol bij spelen. Kan een reactie bijvoorbeeld te maken hebben met ontstekingen of bloedsuikerwaarden?

4.4. Deelconclusie

In de kwalificatiedossiers voor de drie onderzochte zorgopleidingen zijn er geen concrete verwijzingen naar dementie. Dat betekent niet dat er geen aandacht voor zou moeten zijn. In de *Bodies of Knowledge* voor deze opleidingen staat omschreven van welke ziektebeelden deze zorgprofessionals kennis moeten hebben. Voor de Helpende is dit summier omschreven als het hebben van kennis van symptomen en oorzaken van dementie. De Verzorgende IG moet kennis hebben diverse vormen en fasen van dementie en van vroegsignalering. Ook worden enkele werkwijzen genoemd voor het werken met mensen met dementie. Dit geldt ook voor de Mbo-Verpleegkundige, met als verschil dat de benodigde kennis hier omschreven is als specialistisch. Ook dient de verpleegkundige kennis te hebben van methoden van dementie-onderzoek en kennis van dementie kunnen inzetten bij crisissituaties.

Kwaliteit van leven komt in zijn geheel in de BoK van de Helpende niet expliciet aan bod. Bij de Verzorgende en de Verpleegkundige is kwaliteit van bestaan een belangrijk onderwerp. Hierbij horen begrippen als autonomie, welzijn, zingeving en zelfredzaamheid.

Persoonsgerichte zorg komt in de BoKs van de drie opleidingen niet letterlijk genoemd.

De opleidingen geven invulling aan het thema dementie in enerzijds vaste vakken en modules, zoals geriatrische gezondheidsproblemen en neurologische stoornissen (HZW), en Zorg, begeleiding & ondersteuning en Methodisch handelen (VIG en VP). Daarnaast integreren alle opleidingen kennis over dementie zoveel mogelijk in andere vakken, zoals anatomie en fysiologie, agogiek en verpleegtechnische vaardigheden.

5. Vormgeving onderwijs en hoe het wordt ervaren

In het vorige hoofdstuk is ingegaan op de opleidingsinhoud: wat zouden zorgprofessionals moeten kennen en kunnen om bij te dragen aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie. In dit hoofdstuk gaan we in op de didactische uitdagingen en goede praktijkvoorbeelden. We kijken naar wat er al gebeurt, trekken daar lessen uit en schetsen een ideaalbeeld voor de toekomst.

5.1. Helpende zorg en welzijn

Sterke punten en uitdagingen

De bol-opleiding HZW heeft aan de ene kant te maken met een **breed werkveld** dat bediend moet worden, en anderzijds met een zeer **diverse studentenpopulatie**. Helpenden Zorg en Welzijn worden voor diverse branches opgeleid, naast de (ouderen)zorg ook bijvoorbeeld basisschool, buurthuis en kinderopvang. De interesses en ambities van de studenten verschillen onderling ook sterk. Niet iedereen is geïnteresseerd in ouderenzorg. Vanwege dit brede werkveld en de verschillen in interesses van studenten, zien de docenten het als een sterk punt dat zij veel vrijheid hebben om in te spelen op de interesses en ambities van de studenten. Zij kunnen besluiten aan bepaalde branches meer of minder aandacht te schenken, op basis van de groep die ze voor zich hebben. Zo is babyverzorging onderdeel van de opleiding. Als er geen studenten zijn die de ambitie hebben om met baby's of jonge kinderen te werken, kunnen docenten in de skills-lessen bepaalde onderdelen, zoals het opmaken van een babybedje, overslaan.

Docenten vinden deze flexibiliteit mede noodzakelijk vanwege de **beperkte duur van de opleiding**: die is meestal 1,5 jaar voor bol'ers en 1 jaar voor bbl'ers. Dit in combinatie met het brede uitstroomprofiel, betekent dat je niet erg de diepte in kunt gaan.

De studentenpopulatie is niet alleen divers vanwege interesses, maar ook vanwege achtergronden en capaciteiten. Sommige studenten hebben eerder havo gedaan, voor hen is het snel makkelijk. Anderen leren moeilijker, en/of spreken beperkt Nederlands omdat ze kort in Nederland worden (GIT-klassen). Voor de docenten zijn er ook belangrijke pedagogische uitdagingen omdat studenten te maken hebben met achterliggende problematiek. Het verzuim onder studenten is overwegend hoog. Dit, in combinatie met de korte duur van de opleiding, zorgt ervoor dat studenten lessen over een bepaald onderwerp, zoals dementie, net kunnen mislopen.

Tot slot kunnen docenten hun kennis over het werken met mensen met dementie vergroten door middel van docentstages, bij voorkeur op de plekken waar hun studenten ook stage lopen.

Didactische vormen

Docenten en onderwijsontwikkelaars ervaren bij bol-studenten is dat ze zich nog weinig kunnen voorstellen bij mensen met dementie, als ze daar in een stage of hun persoonlijke omgeving nog niet mee te maken hebben gehad. Daardoor beklijft kennis over dementie niet goed. In hun lessen gebruiken docenten daarom zoveel mogelijk casuïstiek, filmpjes of rollenspellen.

- Casuïstiek is belangrijk voor de beeldvorming van studenten over dementie. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de gebruikte methode, de Digibib en eigen ervaringen uit de stages of het persoonlijk leven van studenten. Docenten zetten veel filmpjes in, dat grijpt studenten aan, zoals over een jong dementerende vader. Daarin komen ook onderwerpen aan bod als innovatie (domotica, robots, GPS, etc.).
- Er worden wel rollenspellen ingezet: docenten laten studenten casussen uitspelen en koppelen die aan gespreksvaardigheden met cliënten en naasten. Een belangrijk deel van de bol-opleiding is een stuk pedagogiek, waardoor er voor inhoudelijke onderwerpen, zoals dementie, soms weinig tijd is. Ook werkvormen zoals rollenspellen komen in een drukke klas niet goed uit de verf, dat lukt alleen op sommige momenten met kleine groepjes.

Het in contact brengen van studenten met de praktijk buiten de stages om zou in de bol-opleiding zou volgens de docenten nog meer kunnen. Docenten hebben als wens om meer activiteiten buiten de school, in de praktijk te organiseren. Zo noemen docenten de deelname aan NL-doet als, eenmalig, goed voorbeeld dat wat hun betreft navolging verdient.

In het kader van kwaliteit van leven, vinden docenten het door de studenten laten maken een levensboek over de cliënt een mooie methode. Dit draagt eraan bij dat studenten de persoon achter de ziekte leren zien. In feite is dit een klein onderzoekje, waarmee de nieuwsgierigheid en onderzoekende houding van studenten wordt gestimuleerd. Voorwaarde is wel dat de student stageloopt in de ouderenzorg.

5.2. Verzorgende IG

Sterke punten en uitdagingen

Sterke punten zijn volgens de vertegenwoordigers van een van de onderwijsteam voor Verzorgende IG (VIG) de integratie van dementie en kwaliteit van leven in alle vakken. Onderwijs over dementie is goed te combineren met andere ziektebeelden, zoals diabetes. Daarnaast is er veel aandacht voor casuïstiek en krijgen studenten een realistische voorbereiding via simulaties en praktijkopdrachten. Als leeropbrengsten wordt genoemd dat studenten veel kennis opdoen over de belangrijke begrippen van het ziektebeeld, onbegrepen gedrag, de diversiteit binnen het ziektebeeld en ethiek.

Uitdagingen voor verbetering worden ook benoemd.

- De achtergrond van docenten is divers, lang niet alle docenten hebben zelf werkervaring in de zorg, of specifiek in de ouderenzorg. Docentstages binnen de ouderenzorg/ dementiezorg bieden een kans om de kennis in het team over onder andere dementie te vergroten.
- Aan studenten die geen praktijkervaring hebben is het moeilijk om bepaalde begrippen, zoals afasie, uit te leggen. De stage is voor de meeste studenten de eerste echte confrontatie met dementie. Een geïnterviewde docent ziet dat gesprekken en begrip dieper worden na de praktijkervaring.
- Net als bij de opleiding HZW geldt ook bij VIG dat de ambities en interesses van studenten divers zijn, en de opleiding op meer branches is gericht dan de ouderenzorg. Docenten moeten dus rekening houden met studenten die niet in de ouderenzorg willen werken maar in bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg (GHZ) of kraamzorg. Dit staat het bereiken van meer diepgang op het onderwerp dementie in de weg.
- Het is een uitdaging om bij jonge studenten om ze te laten zien wat je kunt doen voor mensen met deze ziekte. Jonge studenten oordelen snel over wat zij zien (iemand veroorzaakt onrust of doet dingen die niet zouden moeten). In plaats van het oordeel probeer je studenten vragen te laten stellen over wat ze zien, om daarmee begrip en empathie te ontwikkelen.
- Docenten zien dat studenten dat bij het opleiden in de praktijk snel worden ingezien voor zaken waarvoor ze nog niet bevoegd of bekwaam zijn.

Didactiek

De *didactische werkvormen* die nu worden ingezet zijn onder andere simulatietoetsen met acteurs of docenten die dementiegedrag nabootsen, rollenspellen, gespreksvoering, onder andere bij MDO-rollen (multidisciplinair overleg). Begeleiding in contact met mantelzorgers en dementerende cliënten gebeurt grotendeels in de praktijk, maar wordt op school voorbereid via gespreksvoering en simulatie. Deze thema's zijn verankerd in het onderwijs doordat ze terugkomen in de examinering.

De vertegenwoordigers van het onderwijsteam zien verschillende kansen voor versterking.

- Er is een sterkere koppeling tussen theorie en praktijk mogelijk. Meer lessen in de praktijk of met echte cliënten is mogelijk, bijvoorbeeld in een dagbesteding. En meer integratie van het schoolse onderwijs met stages.
- Gebruik van innovatieve werkvormen zoals VR of escape rooms.

5.3. Mbo-verpleegkundige

Sterke punten en uitdagingen

Docenten en onderwijsontwikkelaars benoemen als sterke punten van hun eigen onderwijs het leggen van een brede basis van kennis en begrip over wat dementie is. De basis wordt via casuïstiek gekoppeld aan benaderingswijzen en het handelen in de praktijk. Andere sterke punten zijn de aandacht voor de multidisciplinaire aanpak en het gebruik van de richtlijn onbegrepen gedrag waaronder ook aandacht voor grensoverschrijdend gedrag valt. Kennis over wat grensoverschrijdingen zijn is noodzakelijk, gekoppeld aan hoe daarop te handelen met aandacht voor bijvoorbeeld gezichtsuitdrukkingen.

Een uitdaging die een van de docenten zijn de verschillen tussen docenten in de lesstof. Docenten hebben diverse achtergronden waardoor er sprake is van variatie in hun basiskennis, affiniteit en ervaring met dementiezorg en daarmee ook in het aansprekend maken van het onderwerp voor studenten. Docenten bepalen zelf welke werkvormen zij inzetten. Vanwege de verschillen tussen docenten is het ook moeilijk te zeggen in hoeverre een andere kijk op zorg ('zorgen dat' versus 'zorgen voor') landt binnen het onderwijs. Een kritische stem in het onderwijsteam zegt dat er weinig zicht is op actuele ontwikkelingen in de dementiezorg. Als mogelijke oplossing daarvoor wordt genoemd het vergroten van de betrokkenheid van docenten bij de praktijk.

Ook bij de opleiding verpleegkunde zien docenten dat in de schoolse setting veel informatie niet goed beklijft bij de student. In het verbeteren van die verbinding tussen theorie en praktijk ziet een docent ook een rol voor de stage-instellingen. Er bestaan al verschillende samenwerkingsvormen tussen onderwijs en werkveld waarin in co-creatie delen van het onderwijs worden verzorgd. Denk aan zorginnovatiecentra (ZIC's) of learning communities bij zorginstellingen, waarin stagiairs samen leren en praktijkonderzoek doen. Een docent noemt dit als krachtige vormen waarin thema's als dementie en kwaliteit van leven ook een plek kunnen krijgen.

Een andere ontwikkelkans ligt er op het thema culturele diversiteit in relatie tot dementiezorg. Een van de geïnterviewde docenten vindt dat er hiervoor weinig aandacht is, terwijl de multiculturele studentenpopulatie van de school juist kansen biedt.

Er bestaan belemmeringen voor het veranderen van aandachtspunten in het onderwijs. Zo is de beschikbare tijd binnen een opleiding een knelpunt. Daarnaast liggen toetsen vast, waarop je studenten wel goed moet voorbereiden. Als je daarin iets zou willen veranderen, begeef je je een complex speelveld.

Didactiek

Wat betreft didactische werkvormen noemen vertegenwoordigers van de onderwijsteams een aantal goede punten en kansen voor versterking.

- In de opleiding VP wordt gestreefd naar verbinding van theorie met casuïstiek. Ten aanzien van dementie en kwaliteit van leven geeft een geïnterviewde docent aan in de lessen veel te werken vanuit de richtlijn onbegrepen gedrag. Die geeft aanknopingspunten voor een handelingsaanpak, wat de student kan koppelen met kennis die hij in de praktijk opdoet over wie er in de disciplines zitten en wie je waarvoor kan inzetten.
- De potentie van leren in de praktijk over dementie, vooral via stages, kan nog beter benut worden.
- Een docent ziet veel voordeel in het laten maken van groepsopdrachten. Het doel van opdrachten is niet zozeer dat studenten zo goed mogelijk de juiste antwoorden invullen, maar dat zij het er met elkaar over hebben en samen leren. De docent ziet dat dit meer aanzet tot leren.
- Er liggen kansen in het gebruiken van zorg- en onderwijsinnovaties, zoals de inzet van VR. Een geïnterviewde docent ziet dat de inzet daarvan nogal verschilt per docent.

5.4. Perspectief Studenten

Er zijn vijf studenten geïnterviewd van de opleidingen verzorgende en verpleegkunde. In dit interview werd hen gevraagd naar hun eerste kennismaking met mensen met dementie in het verpleeghuis.

Ervaringen op de stageplek

> *"Toen ik binnenkwam schrok ik een beetje, want er was een bewoner die echt naar mij toe liep en vragen stelde. Ik wist niet wat ik moest doen."*

Studenten ervaren hun eerste kennismaking met een PG-afdeling als spannend. Ze merken direct dat de praktijk anders is dan de theorie op school. Vooral communicatie blijkt lastig. Bewoners reageren anders dan verwacht en het gewone taalgebruik van studenten sluit soms slecht aan. Studenten schrikken bovendien van onbekende gedragingen zoals kinderlijke reacties, wisselende stemmingen en agressie.

> *"In mijn eerste stage kreeg ik al een tik. Ik dacht echt: what the **. Ik wilde de tweede dag eigenlijk niet meer terug."*

Studenten vertellen dat sommige bewoners direct op hen afstapten, terwijl zij zelf nog zochten naar hoe ze moesten reageren. Een aantal studenten maakte al in de eerste stage fysiek grensoverschrijdend gedrag mee, zoals slaan, knijpen, krabben of geraakt worden door een voorwerp. Later kwamen ook seksuele grensoverschrijding en racistische opmerkingen voor. Deze ervaringen riepen schrik en onzekerheid op en waren voor sommige studenten aanleiding om bijna te stoppen met de opleiding.

Aansluiting tussen onderwijs en praktijk

Studenten zeggen dat zij op school vooral theorie kregen over dementie en vaardigheidslessen over basiszorg. Vakken als professionele communicatie en agogiek richtten zich vooral op samenwerking met collega's. Verdere verdieping in communicatie met mensen met dementie, omgaan met moeilijk gedrag of seksuele en racistische grensoverschrijding ontbrak vrijwel geheel.

> *"Op school leren we vooral theorie, maar in de praktijk is het heel anders. Vooral het omgaan met gedrag en communicatie, daar waren we niet op voorbereid."*

Basiszorg sluit volgens studenten redelijk aan op de praktijk. Het grootste gat zit in gedrag en communicatie. Studenten waren niet voorbereid op agressie, onrust, verbale beperkingen, seksuele grensoverschrijding of racisme. Ook afwijzing vanwege leeftijd, huidskleur of hoofddoek kwam onverwacht.

Wat heeft geholpen en wat werd gemist

Skillslessen met acteurs en het meelopen met ervaren collega's hielpen studenten om te leren reageren op lastig gedrag. Ook een professionele houding, zoals rustig blijven en grenzen stellen, maakte situaties beter hanteerbaar.

Studenten missen verdieping in communicatie met mensen met dementie en onderwijs over gedrag, verschillende vormen van agressie en psychiatrische problematiek naast dementie. Zij pleiten voor meer oefenen in een veilige setting, bijvoorbeeld met simulaties of acteurs. Daarnaast ervaren zij te weinig ruimte om te bespreken wat de situaties met hen doen, terwijl daar wel behoefte aan is.

5.5. Perspectief werkveld

Tijdens is 2 days inside zijn interviews uitgevoerd met zorgmedewerkers van de afdelingen waar de onderzoekers hebben verbleven, zoals (eerstverantwoordelijk) verzorgenden, verpleegkundigen en huiskamerkamerondersteuners. Gevraagd naar de kennis, vaardigheden en houding van mbo-stagiairs, benoemen medewerkers geen kennisaspecten die ze bij de studenten zouden missen. Zij wijzen vooral op het belang van houding: de manier van benaderen van de bewoners en hen willen leren kennen. Zorgprofessionals benadrukken dat studenten vooral moeten leren observeren, afstemmen en nadenken over hun eigen handelen. Zij merken dat studenten graag snel in hun stage willen beginnen met het uitvoeren van zorghandelingen. Zij moeten leren dat het een met het ander te maken heeft: hoe hun houding en gedrag invloed hebben op bewoners en hoe het verlenen van zorg gaat beter wanneer je de bewoner kent en begrijpt en goed bejegent. Het onderwijs kan dit versterken met opdrachten zoals werken met levensverhalen, oefenen in gespreksvoering en reflectietools gebruiken om bewust te worden van eigen gedrag.

Voor het onderwijs betekent dit dat studenten niet alleen kennisoverdracht nodig hebben, maar ook praktijkgerichte opdrachten en oefensituaties. Communicatievaardigheden worden algemeen aangeleerd en weinig toegespitst op dementiezorg. Kennis over levensverhalen en cultuur ontbreekt vaak bij studenten, waardoor reminiscentiegesprekken moeilijk zijn. Om zorgtechnische handelingen te kunnen uitvoeren is het nodig om eerst aandacht te hebben voor de persoon, bijvoorbeeld door het verzamelen van levensverhalen, voeren van reminiscentiegesprekken, observeren van bewonersgedrag en reflectie op eigen aannames. Zo leren studenten theoretische kennis te verbinden met de dagelijkse praktijk en ontwikkelen zij de competenties die nodig zijn om daadwerkelijk persoonsgerichte en betekenisvolle zorg te verlenen.

De geïnterviewde experts pleiten ook voor ervaringsgericht onderwijs. Studenten moeten leren door te ervaren, observeren en reflecteren. Training in het lezen het gedrag van de zorgvrager (‘wat is de onderliggende behoefte?’) en de eigen aannames te onderzoeken. Ook de experts, net als de geïnterviewde zorgmedewerkers, adviseren om studenten eerst te laten meelopen en kijken voordat zij gaan handelen, leren omgaan met onbegrepen gedrag, ervaren hoe het is om afhankelijk te zijn (bijvoorbeeld in simulatie of ‘inleefdagen’) en reflecteren op eigen aannames, emoties en handelen.

5.6. Deelconclusie

Als we de onderzochte opleidingen met elkaar vergelijken op de manier waarop het onderwijs wordt vormgegeven, dan valt een aantal overeenkomsten op.

- Opleidingen hebben te maken met een breed werkveld waarvoor zij opleiden en met studenten die lang niet allemaal de ambitie hebben om in de ouderenzorg te gaan werken. Dit beperkt de mogelijkheden om meer diepgang te geven aan het onderwerp dementie. Dit geldt in het bijzonder voor Helpende Zorg en Welzijn, waarvoor werkveld nog breder is, en daarbij de opleidingsduur het kortst is.
- Met praktijkervaring beklijft leerstof over dementie beter bij studenten. In het begin van de opleiding hebben studenten die ervaring nog niet. Om dit te overbruggen zetten opleidingen in op ervaringsgericht onderwijs, waarin veel casuïstiek voorkomt en gewerkt wordt met bijvoorbeeld simulaties. Studenten zijn hier positief over. Docenten zien kansen om stages nog meer te integreren met het schoolse onderwijs. Buiten de stages om zouden nog meer praktijkmomenten gezocht kunnen worden.

- Als het aan het werkveld zou liggen, zouden studenten eerst voorbereid moeten worden op een goede bejegening van bewoners en een werkhouding die erop gericht is bewoners te leren kennen. Zorghandelingen komen daarna.
- Het docentencorps is ook divers. Niet iedereen heeft ervaring in de ouderenzorg, of de ervaring is weinig recent. Docentstages zouden kunnen bijdragen aan de verbreding van de kennis van onderwijsteams.

6. Samenvatting en conclusie

De hoofdvraag van dit onderzoek is: *Hoe kunnen we studenten zodanig voorbereiden op het werken in de dementiezorg van de toekomst, zodat zij kunnen bijdragen aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten?*

In dit concluderende hoofdstuk vatten we eerst de belangrijkste uitkomsten samen. Hierna volgen de conclusies die direct volgen uit het onderzoek: wat zijn de uitdagingen bij het ontwikkelen van onderwijs voor de dementiezorg. In de derde paragraaf ronden we af met concrete aanbevelingen voor verschillende stakeholders.

6.1. Samenvatting

Kwaliteit van leven bij dementie

Uit zowel de literatuur als de ervaringen die in dit onderzoek zijn opgetekend, blijkt dat **kwaliteit van leven** een veranderend en persoonlijk ervaren geheel is van diverse elementen, zoals veiligheid, verbondenheid, autonomie, erkenning, zinvolle bezigheden en perspectief. Het bijdragen aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie vraagt in de praktijk iets anders dan het uitvoeren van zorg volgens protocollen of het beschikken over kennis van ziektebeelden alleen. Goede medische zorg en lichamelijke verzorging is een voorwaarde, maar bijdragen aan kwaliteit van leven draait om meer; persoonsgerichte zorg die veiligheid, verbondenheid en zelfstandigheid mogelijk maakt. Kwaliteit van leven ontstaat in dagelijkse momenten; in contact, in het serieus nemen van voorkeuren en in het kunnen omgaan met onvoorspelbaar gedrag. Mensen met dementie ervaren betekenis, rust en veiligheid vooral wanneer zorgprofessionals aansluiten bij hun belevingswereld en levensverhaal.

Het bijdragen aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie gaat voor zorgmedewerkers gepaard met en praktische en morele dilemma's en tegenstrijdigheden. Zo kan het respecteren van de autonomie van het individu leiden tot lastige afwegingen wanneer je als professional weet, of ervan overtuigd bent, dat iets goed is voor een cliënt of bewoner, maar deze aangeeft iets anders te willen. Het goed kennen van de cliënt kan helpen om de weerstand van de cliënt te begrijpen en er beter mee om te gaan. In de ideale situatie kan de zorgverlener hierin de juiste afwegingen maken: doen wat goed is voor iedere afzonderlijke cliënt.

Uit verschillende bronnen uit dit onderzoek (literatuur, gesprekken met mensen met dementie en mantelzorgers en de 2 Days Inside-observaties) blijkt vanuit dat het bijdragen aan kwaliteit van leven niet zozeer wordt gerelateerd aan specifieke (medische) kennis, maar meer aan de beroepshouding. Wat deze beroepshouding precies omvat, staat niet zo gedetailleerd beschreven in de kwalificatiedossiers of *bodies of knowledge*. Uit interviews met zorgprofessionals en experts blijkt dat het gaat om onder meer empathie, observatievermogen, communicatieve sensitiviteit (de juiste benadering) en reflectie op eigen aannames. Ook het kunnen handelen in het grijze gebied dat niet wordt beschreven in richtlijnen en protocollen wordt genoemd.

Huidig onderwijs: inhoudelijke en didactische uitdagingen

Bij de uitdagingen van onderwijsteams bij het maken van onderwijs kunnen we onderscheid maken naar onder meer de opleidingsinhoud en didactische uitdagingen. Wat betreft de inhoud hebben we gekeken naar de aandacht voor het ziektebeeld dementie en naar de aandacht voor kwaliteit van leven van mensen met dementie.

De landelijke richtlijnen (de kwalificatiedossiers) voor de mbo-zorgopleidingen zijn zo breed geformuleerd, dat specifieke ziektebeelden, zoals **dementie**, hierin niet terugkomen. Mbo-instellingen hebben veel ruimte om hun eigen onderwijs vorm te geven. Zij kunnen hierbij landelijk ontwikkelde *bodies of knowledge* gebruiken, waarin invulling wordt gegeven aan de kenniselementen uit de kwalificatiedossiers. Afhankelijk van de kwalificatie gaat het in grote lijnen om het hebben van kennis van dementie als een van de ziektebeelden (HZW), het kennen van verschillende soorten dementie met kenmerken en stadia (VIG/VP), methodisch werken bij dementie (VIG, VP) tot kennis over dementieonderzoek en kennis toepassen bij crisissituaties (VP).

Scholen hebben dus veel ruimte om zelf invulling te geven aan de onderwerpen dementie en daarbinnen kwaliteit van leven. Enerzijds is er aandacht voor dementie in losstaande modules over bijvoorbeeld de geriatrische zorgvrager. Anderzijds proberen onderwijsteams de onderwerpen te integreren in diverse onderdelen van de opleiding.

Ten aanzien van de inhoud vormt de breedte van de opleidingen een uitdaging voor onderwijsteams. De opleidingen richten zich op meer branches dan alleen de ouderenzorg, zeker HZW, en moeten dus aan veel meer doelgroepen en onderwerpen aandacht besteden. Voor de ambities en interesses van studenten geldt hetzelfde. Andere sectoren dan zijn overwegend populairder, terwijl er in de ouderenzorg veel arbeidsmarktkansen zijn. Het is een uitdaging voor docenten om studenten enthousiast te maken voor een sector en doelgroep waar niet hun eerste interesse ligt.

Wat betreft **kwaliteit van leven** valt op dat dit wel wordt genoemd in de KD's voor VIG en VP, onder de noemers kwaliteit van bestaan, autonomie, welzijn en zingeving. In het KD voor de HZW wordt kwaliteit van leven niet expliciet benoemd. Het onderwerp kwaliteit van leven wordt in de opleidingen aangeboden onder de noemers passende of persoonsgerichte zorg, en wordt ook geïntegreerd met andere onderdelen. Er is geen expliciete aandacht voor kwaliteit van leven specifiek bij dementie. Wanneer het relevant is voor studenten, bijvoorbeeld vanwege hun stage, kan het onderwerp kwaliteit van leven wel op dementie worden toegespitst.

Naast de inhoudelijke zijn er **didactische uitdagingen**. Waar onderwijsteams vooral tegenaanlopen, is het vinden van een effectieve manier om theorie en kennis over dementie en kwaliteit van leven te koppelen aan de praktijk en mogelijkheden om concrete handelings- en reflectievaardigheden te ontwikkelen. Zeker in het begin van de opleiding hebben studenten nog niet de kans gehad om ervaringen met mensen met dementie op te kunnen doen. Omdat kennis beter beklijft wanneer de studenten al een beeld hebben van de praktijk, gaan onderwijsteams op zoek naar andere manieren van ervaringsgericht en praktijkgericht onderwijs. Dat doen docenten door veel gebruik te maken van casuïstiek, ervaringen van studenten die al wel ervaringen met dementie hebben, filmpjes en simulaties met acteurs. Voor het ontwikkelen van een beroepshouding met aandacht voor de mens achter de ziekte en kwaliteit van leven worden werkvormen ingezet zoals levensverhalen, participerende observaties, gespreksvoering met mensen met dementie en hun naasten en gezamenlijke reflectie op praktijksituaties.

Perspectief studenten

Het onderzoek laat zien de verschillende zorgopleidingen dat mbo-opleidingen al belangrijke elementen bevatten die hierop aansluiten, zoals aandacht voor persoonsgerichte zorg, casuïstiek, simulaties en praktijkleren. Tegelijkertijd ervaren studenten een kloof tussen school en praktijk, met name bij hun eerste kennismaking met dementiezorg. Studenten voelen zich vaak onvoldoende voorbereid op onbegrepen gedrag, agressie, grensoverschrijdend gedrag en de emotionele impact daarvan. Deze ervaringen kunnen onzekerheid oproepen en zelfs leiden tot twijfels over het werken in de ouderenzorg. Dit benadrukt het belang van onderwijs dat studenten niet alleen cognitief voorbereidt, maar hen ook helpt om ervaringen te duiden, emoties te bespreken en betekenis te geven aan wat zij meemaken.

De kloof tussen onderwijs en praktijk wordt vooral zichtbaar in de omgang met gedrag, communicatie en dilemma's. Studenten leren wat dementie is, maar worden minder voorbereid op hoe zij in complexe, emotioneel beladen situaties moeten handelen, communiceren en keuzes moeten maken. Studenten ervaren de praktijk als intens en soms ontwrichtend. Het onderwijs kan deze ervaringen nog beter benutten als leerbron. Ervaringsgericht leren, observeren, reflecteren en het werken met levensverhalen lijken goede methoden om theorie en praktijk met elkaar te verbinden.

6.2. Concluderend: wat kan bijdragen aan beter onderwijs voor dementiezorg

Dit onderzoek heeft inzicht gegeven in wat ervoor nodig is om bij te dragen aan kwaliteit van leven voor mensen met dementie, hoe dementie en kwaliteit van leven nu een plek hebben in de opleidingen en met welke uitdagingen opleidingen te maken hebben om hieraan invulling te geven. In de bovenstaande alinea's is dat samengevat. In deze paragraaf trekken we drie leerpunten voor het onderwijs die rechtstreeks uit het onderzoek voortvloeien. In de volgende paragraaf volgen tips en ideeën voor stakeholders.

1. *Integratie van kennis met vaardigheden en beroepshouding*
   In het onderwijs wordt kennis overgedragen over onder meer soorten en stadia van dementie. In de praktijk blijkt er, met het oog op kwaliteit van leven, behoefte aan vaardigheden en een beroepshouding waarin aandacht voor de mens achter de cliënt gezien wordt. De praktijk vraagt om onderwijs dat niet zozeer gericht is op het toevoegen van extra kennis, maar vooral op het samenbrengen van de kennis, houding en vaardigheden die bijdragen aan de kwaliteit van leven. Het gaat om competenties als empathie, weten hoe de cliënt te leren kennen en het gebruiken van een goede benaderingswijzen. Sterke methoden die hieraan bijdragen zijn het door studenten laten optekenen van het levensverhaal van cliënten en, in de stage, de student eerst een periode in de woonkamer in te zetten zodat deze de bewoners eerst leert kennen, alvorens over te gaan over het verlenen van zorg. Een andere belangrijke competentie is het kunnen omgaan met dilemma's en tegenstrijdigheden. Onderwijs en werkveld kunnen met elkaar blijvend in gesprek blijven om te onderzoeken welke kennis nodig is voor het ontwikkelen van deze competenties.

2. *De didactische uitdaging om theorie en praktijk te koppelen*
   Praktijkervaring draagt bij aan het beter een betere transfer van kennis over dementie: docenten zien dat kennis beter bekijft wanneer studenten al ervaringen hebben met mensen met dementie. Voordat studenten stage-ervaringen met mensen met dementie hebben opgedaan, lossen docenten dit op met bijvoorbeeld casussen, filmpjes of simulaties. Ook het creëren van praktijkmomenten buiten stages om kan hieraan bijdragen aan de praktijkervaring van studenten. Tijdens de stages zijn er mogelijkheden voor meer wisselwerking tussen praktijk en onderwijs, zodat leren op school en leren in de praktijk elkaar versterken in plaats van los van elkaar te staan. Lintstages geven hiervoor al meer mogelijkheden dan blokstages. Dit vraagt een nauwe samenwerking tussen onderwijs en werkveld.
3. *Uitdagingen ten aanzien van de breedte van de opleidingen*
   Zorgopleidingen leiden voor meer branches op dan de ouderenzorg. De ambities en interesses van studenten liggen, in eerste instantie, lang niet altijd bij de ouderenzorg. Her onderwerp dementie is echter is ook in andere branches relevant: zorgvragers met dementie komen ook in ziekenhuizen terecht en cliënten in de gehandicaptenzorg of ggz kunnen ook dementie krijgen. Opleidingen VIG en VP willen de opleiding minder baseren op strikte onderscheiden tussen branches. Thema's zoals dementie en kwaliteit van leven en ook kennis, vaardigheden en beroepshouding vragen om een integrale verwerking in het onderwijs.

6.3. Aanbevelingen voor stakeholders

Alles overziend doen we een aantal concrete aanbevelingen voor betrokkenen in het dementieonderwijs en een aanbeveling voor vervolgonderzoek.

Onderwijsontwikkelaars

Een van onze centrale conclusies is dat goede zorg bij dementie niet primair vraagt om meer kennis over dementie. Dementiezorg die gericht is op de kwaliteit van leven van de cliënt en diens naasten vraagt om het zien van de mens achter de cliënt en het kunnen omgaan met complexe situaties en dilemma's. Voor het opleiden van professionals betekent dit niet zozeer dat er een gebrek is aan kennis, maar dat kennis, vaardigheden en beroepshouding rond kwaliteit van leven meer met elkaar geïntegreerd moeten worden aangeboden. Dit is didactisch gezien een competentie- en beroepsvormingsvraagstuk.

Op basis van deze bevinding stellen we dat de volgende ontwerpprincipes uitgangspunt zouden moeten zijn.

1. Ontwerp vanuit beroepshouding, niet vanuit losse kennis. Aspecten van een beroepshouding die bijdraagt aan kwaliteit van leven zijn empathie, observatievermogen, reflectie op eigen aannames, betekenisverlening, relationeel handelen en omgaan met dilemma's. Beroepshouding hoeft geen expliciet onderdeel van het curriculumontwerp moeten zijn, maar tot uitdrukking komen in geïntegreerde leerlijnen, authentieke beroepssituaties en complexe casuïstiek. Verzorg door de hele opleiding heen leerlijnen als professioneel handelen, omgaan met dilemma's en relationeel werken.
2. Zorg voor integratie met de praktijk. Leren beklijft pas als studenten ervaring hebben. Studenten moeten leren door te ervaren, observeren en reflecteren op basis van ervaringen in de praktijk. Dat hoeven niet alleen stage-ervaringen te zijn.

Onderwijsaanbevelingen voor docenten

3. Om de verbinding theorie-praktijk te vergroten, kunnen docenten, naast de stages, op andere manieren onderwijs en praktijk met elkaar te verbinden. Denk aan deelname aan (vrijwilligers)activiteiten, excursies of werken met acteurs en rollenspellen.
4. Bij het benadrukken dat de bijdrage van de zorgprofessional naast aspecten van zorg ook veel welzijn bevat, helpt het als docenten de verwachtingen van studenten enigszins managen. Aandacht voor welzijn gaat veelal voor de zorg uit: aandacht aan de relatie helpt bij het geven van goede zorg. Dit betekent onder meer aandacht voor verschillen tussen individuen en voor de invloed die omstandigheden, waar de zorgprofessional onderdeel van is, hebben op het welzijn en daarmee op goed kunnen uitvoeren van zorghandelingen.
5. Aan het onderwerp 'kwaliteit van leven' kan praktische invulling gegeven worden via gerichte vragen en aandacht voor de dilemma's. Bijvoorbeeld studenten vanuit hun eigen normen en waarden de vraag te laten stellen: waarom doen we dit? Is dit de zorg die we moeten leveren? Is dit kwaliteit van leven zoals we dat bedoelen? Zijn er verschillen in kwaliteit van leven bij mensen met dementie en andere doelgroepen? En aandacht voor dilemma's door aandacht voor kwaliteit van leven te koppelen aan tijdsdruk of omgevingsdruk.
6. Communicatiestijlen die gericht zijn op personen met dementie vragen oefening, waarvoor er materialen en methoden zijn zoals e-learnings, rollenspellen en acteurs.
7. Veel in de dementiezorg is niet zwart-wit, er moet aandacht zijn voor 'grijze gebieden' waarin er geen eenduidig goed of fout bestaat. Dat kan betrekking hebben op de

ruimte binnen regelgeving en protocollen maar ook op medische of andere oorzaken van gedrag.

8. Ga als docent (opnieuw) ervaring opdoen in de zorg voor mensen met dementie.

Praktijkopleiders en werkbegeleiders

9. Laat studenten eerst observeren en bewoners leren kennen voordat ze zorghandelingen uitvoeren. Wijs op de invloed van de omstandigheden, waar de zorgprofessional onderdeel van is, op onbegrepen gedrag. Dit bevordert begrijpen van gedrag en de functie van het gedrag in te zien.
10. Creëer tijd en ruimte waarin studenten kunnen reflecteren op eigen handelen, aannames en emoties.
11. Gebruik gezamenlijke praktijkopdrachten zoals samen levensverhalen beschrijven of gespreksvoering met cliënten met dementie en hun naasten; dit helpt competenties ontwikkelen voor kwaliteit van leven (veiligheid, contact, autonomie).

Samenwerking onderwijs-werkveld

12. Nauwe afstemming tussen stagebegeleiders en docenten vergroot de leeropbrengst, bijvoorbeeld via gezamenlijke opdrachten over onbegrepen gedrag en dilemma's. Experts uit het werkveld pleiten voor ervaringsgericht leren: eerst kijken en reflecteren, pas dan handelen. Dit vermindert handelingsverlegenheid bij studenten bij bijvoorbeeld agressie of passiviteit.

Vervolgonderzoek

13. Rol van studenten in de omgang met naasten en mantelzorg nader onderzoeken.
14. Wat hebben docenten met weinig ervaring in de dementiezorg nodig om studenten goed voor te bereiden op dementiezorg met aandacht voor kwaliteit van leven?

Bronnen

ActiZ. (2023). *Stand van zaken ouderenzorg 2023*. https://www.actiz.nl/sites/default/files/2024-03/ActiZ%20Jaarimpressie%202023.pdf

Alzheimer Nederland. (2026). *Advies doorontwikkeling body of knowledge (BoK) verzorgende & verpleegkundige 2026*. [Intern document].

Ballard, C., Corbett, A., Orrell, M., Williams, G., Moniz-Cook, E., Romeo, R., Woods, B., Garrod, L., Testad, I., Woodward-Carlton, B., Wenborn, J., Knapp, M., & Fossey, J. (2018). Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *PLOS Medicine, 15*(2), e1002500. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002500

Bunn, F., & Handley, M. (2019). Reducing agitation in care home residents with dementia. *The Lancet Psychiatry, 6*(4), 274–275. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30080-X

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022). *Hoe vergrijst is Nederland?* Geraadpleegd september 2025, van https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2023). *Hoeveel ouderen zijn er in Nederland?* Geraadpleegd september 2025, van https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen

Crespo, M., Bernaldo de Quirós, M., Gómez, M. M., & Hornillos, C. (2011). Quality of life of nursing home residents with dementia: A comparison of perspectives of residents, family, and staff. *The Gerontologist, 52*(1), 56–65. https://doi.org/10.1093/geront/gnr080

Du, Y., Dennis, B., Liu, J., Meyer, K., Siddiqui, N., Lopez, K., White, C., Myneni, S., Gonzales, M., & Wang, J. (2021). A conceptual model to improve care for individuals with Alzheimer's disease and related dementias and their caregivers: Qualitative findings in an online caregiver forum. *Journal of Alzheimer's Disease, 81*(4), 1673–1684. https://doi.org/10.3233/JAD-210167

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022). *Programma wonen, ondersteuning en zorg voor ouderen (WOZO)*. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/07/04/wozo-programma-wonen-ondersteuning-en-zorg-voor-ouderen

Tjepkema, S., & Verheijen, L. (2020). Appreciative inquiry. In M. Ruijters & R.-J. Simons (Red.), *Canon van het leren: 50 concepten en hun grondleggers*. Boom Management Impact.

Tjepkema, S., Verheijen, L., & Kabalt, J. (2016). *Waarderend veranderen: Appreciative inquiry in de dagelijkse praktijk van managers*. Boom.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2021). *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*. https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg

Zorg voor Beter. (2021, 28 juli). *Model van Kitwood: Liefdevolle aandacht en respect*. Geraadpleegd januari 2026, van https://www.zorgvoorbeter.nl/tips-tools/tools/kitwood-model-liefdevolle-aandacht-en-respect

Zorg voor Beter. (2022). *Betekenisvol leven*. Geraadpleegd mei 2025, van https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/dementie/persoonsgerichte-zorg/betekenisvol-leven

Zorg voor Beter. (2024). *Persoonsgerichte zorg*. Geraadpleegd mei 2025, van https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/dementie/persoonsgerichte-zorg

Geïnterviewde experts

Dr. Mari Groenendaal (WZH)

Dr. Frans Hoogeveen

Dr. Gili Yaron (Hogeschool Windesheim)

Organisaties:

WZH, Topaz, Saffier

Nawoord Sterker opleiden voor dementie

Door het groeiend aantal mensen met dementie en ook de kennis die toeneemt over het leven met dementie, wordt goed toegerust opleiden van zorgprofessionals ten behoeve van mensen met dementie steeds belangrijker.

Iedereen wenst mensen met dementie en hun naasten een optimale kwaliteit van leven toe. En gunt mensen met dementie daarbij zorg en ondersteuning die dat mogelijk maakt en daarbij aansluit. Tegelijkertijd wensen we de student en jonge professional ook een optimale kwaliteit van werken toe en is een eerste indruk belangrijk voor hun verdere ontwikkeling. De eerste ervaringen van een student met mensen met dementie (thuiszorg of in een verpleeghuis) kunnen bepalend zijn voor hun professionele pad. Een afname van motivatie bij de student ligt op de loer.

Voor de practoraten praktische wijsheid in welzijn & zorg (mboRijnland) en innovatie in zorg en welzijn (ROC Mondriaan) is dit reden geweest om de krachten te bundelen en om op onderzoek te gaan hoe het onderwijs binnen onze scholen, op het gebied van het thema dementie geregeld is. We hopen dat dit onderzoek en de aanbevelingen die daaruit zijn voortgekomen, eraan bijdragen, dat de student met reële verwachtingen maar ook met betere bagage haar of zijn start maakt in de zorg en specifiek de zorg voor mensen met dementie.

Dit verslag laat zien dat er kansen zijn op verbetering voor de voorbereiding van de student op het werkveld. Het laat ook zien dat de opbrengst richting aangevend is en zeker niet uitputtend.

Tijdens dit onderzoek is er naast literatuuronderzoek, ook intern bekeken wat de beschrijvingen van onderwijs op het gebied van dementie inhouden. Er zijn diverse gesprekken en interviews geweest en ook hebben de praktijkonderzoekers two days inside (op een verpleeghuisafdeling) ervaren. Onze dank gaat uit naar de gesprekspartners docenten, studenten en onderwijskundigen. Daarnaast zeker ook veel dank aan de experts op het gebied van dementie: dr. Mari Groenendaal (Woonzorgcentra Haaglanden), dr. Gili Yaron (Hogeschool Windesheim) en dr. Frans Hoogeveen (zelfstandig specialist). Zij hebben hun kennis heel prettig met ons willen delen. Ook heel veel dank aan de ‘logeeradressen’ binnen de zorgorganisaties. Woonzorgcentra Haaglanden, Topaz en Saffier hebben het zonder aarzeling mogelijk gemaakt onze onderzoekers te ontvangen. En niet in de laatste plaats veel dank aan Alzheimer Nederland voor het deels faciliteren van dit onderzoek en het meedenken gedurende het proces.

De samenwerking tussen de practoraten van het mboRijnland en het ROC Mondriaan is een mooi en geslaagd avontuur geweest. De samenwerking van practoraten in dezelfde regio heeft vruchten afgeworpen en een fundament gelegd voor meer samenwerking in de toekomst. Zelf hebben we de eerste uitkomsten al kunnen verwerken in het curriculum van verpleegkundigen en verzorgenden. Het is voor onze practoraten heel fijn te ervaren dat dit waarderend onderzoek een start is voor verdere onderzoeken binnen enkele collega practoraten in den lande. De samenwerking van alle practoraten Zorg, Welzijn en Sport in haar platform vanuit de Stichting practoraten biedt een mooie kans om elkaar te versterken en samen een gedegen kennisinfrastructuur te bouwen rondom relevante thema's in de sector, zoals dementie. Dit verslag is daarmee en gelukkig wat ons betreft geen punt maar een komma.

Désirée Bierlaagh (practor praktische wijsheid) en Ad Blom (practor innovatie in zorg en welzijn)