

Hecht multidisciplinair netwerk ondersteunt

Casemanagement bij dementie heeft zijn meerwaarde bewezen. Meestal georganiseerd vanuit de tweede lijn of de thuiszorg. Twee enthousiaste huisartsen in de regio 's-Hertogenbosch hebben een model ontwikkeld om casemanagement te leveren vanuit de huisartsenpraktijk. Dat klinkt logisch en blijkt wonderwel te werken. Zowel de patiënt en zijn familie als de zorgverleners plukken er de vruchten van.

Een huisarts heeft overzicht over wat er reilt en zeilt in de wijk en kent zijn patiënten en hun leefsituatie. Ligt het dan niet voor de hand om de zorg voor kwetsbare ouderen vanuit de laagdrempelige huisartsenpraktijk te organiseren? Die vraag drong zich op tijdens een bijeenkomst over dementiezorg in 2010 in 's-Hertogenbosch. Alle aanwezige disciplines vonden het een goed idee. 'Het concept van casemanagement vanuit de huisartsenpraktijk werd vanaf het prille begin gedragen door de eerste én de tweede lijn', verzekert huisarts Sylvia van Manen, een van de initiatiefnemers.

Tijd voor mantelzorg

Praktijkondersteuners of nurse practitioners spelen een cruciale rol in de aanpak, want vooral zij geven invulling aan het concept. Zeker in de eerste fase als de problematiek nog niet zo ernstig is. Van Manen: 'De patiënten en de mantelzorg zijn vaak al bekend bij de praktijkondersteuners of, zoals in mijn praktijk, bij de nurse practitioner. Zij hebben al contact met ouderen binnen de ketenzorg diabetes, cardiovasculair risicomanagement of astma/COPD. Ze onderhouden geregeld contact met ouderen die in de problemen dreigen te komen en signaleren in een vroeg stadium of er meer of andere zorg nodig is. De inzet van zorg kan dan vloeiender verlopen. Praktijkondersteuners hebben ook tijd voor de mantelzorg. Dat is belangrijk, want als partner doorloop je een moeilijk en vaak pijnlijk proces als je man of vrouw gaat dementeren. Een praktijkondersteuner die begrijpt wat er speelt en anticipeert op wat er komen gaat, kan een belangrijke steun zijn voor de familie.'

Multidisciplinair netwerk

Nurse practitioner Lianne van der Leeuw benadrukt hoe belangrijk het is dat de patiënt al bekend is in de huisartsenpraktijk. 'Een geriater die patiënten een half uur ziet, mist een belangrijk deel van de context. Terwijl het bij dementiezorg zo belangrijk is dat je weet hoe het netwerk van de patiënt in elkaar zit. Juist vanuit de huisartsenpraktijk kun je mooi inspelen op wat er nodig is, je hebt overzicht over hulpbronnen. Zo heb ik vaste evaluatiemomenten met de familie en tussendoor bellen of mailen familieleden me gemakkelijk.'

De werkwijze van het zogenoemde KwestO-Project (Ketenzorg Kwetsbare Ouderen 's-Hertogenbosch West) ligt vast in een protocol; binnen dit protocol zijn verdiepingskaders aangebracht die speciaal gelden voor dementiezorg. Van der Leeuw illustreert met een voorbeeld hoe dat werkt. 'Een ouder echtpaar is al jaren bij ons in beeld, de man heeft de ziekte van Parkinson. Ik kom frequent op huisbezoek en ken de man ook van de diabetescontrole. Ik merk dat hij vergeetachtig wordt, ernstiger dan je op grond van zijn leeftijd mag verwachten. Dementie blijkt een rol te spelen. Ook de vrouw wordt steeds vergeetachtiger. De specialist ouderengeneeskunde komt op mijn verzoek om de diagnose helder te krijgen: en ook de vrouw blijkt dementie te ontwikkelen. Het wordt nu een wankel evenwicht. Hoe kunnen we de zorg zo organiseren dat hun hartenwens om samen thuis te blijven gehonoreerd kan worden? In het zeswekelijkse multidisciplinaire overleg bespreken we het, onder andere met Buurtzorg en de fysiotherapeut. Buurtzorg functioneert als het ware als mijn ogen en oren en

geeft signalen door. We maken een toekomstplan om eventualiteiten op te vangen; ook de zoon is daar nauw bij betrokken. En om escalatie te voorkomen, zoeken we alvast een plek in een verzorgingshuis waar ze samen naartoe kunnen als het echt niet meer gaat.' Dit uit het leven gegrepen voorbeeld



ouderen en mantelzorg bij dementie

laat zien hoe met vereende krachten wordt getracht de kwetsbaarheid te ondervangen door een hecht multidisciplinair netwerk rond kwetsbare ouderen te creëren en goed met elkaar te communiceren.

Kostenbesparing

Ook de zorgverleners zelf varen er wel bij, merkte huisarts Van Manen al snel. Het is rustiger geworden in de praktijk, de voor dementiezorg kenmerkende

vrijdagnmiddagcrises behoren tot het verleden. 'De dochter of de nicht die op bezoek komt en vindt dat het zo niet langer gaat en vlak voor het weekend aan de bel trekt... Doordat we nu actief speuren naar mogelijke problematiek, hoeft er vanuit de huisartsenpraktijken die met dit model werken minder naar het ziekenhuis verwezen te worden op vrijdagmiddag.'

Huisarts Machteld Langenberg, die het casemanagement vanuit de huisartsen-

praktijk samen met Van Manen ontwikkelde, ziet de lage drempel als een succesfactor. 'Mensen komen met hun vragen en zorgen gemakkelijk bij ons of bij de praktijkondersteuners.' Daarnaast wijst Langenberg op de lagere kosten. Door de betere stroomlijning van de zorg zijn dubbele onderzoeken bijvoorbeeld niet meer nodig. De gegevens die de praktijkondersteuner en nurse practitioner hebben verzameld, worden in het ziekenhuis gebruikt.

Een van de pijlers onder het model casemanagement bij dementie is het zeswekelijkse MDO. Daarbij zijn de volgende disciplines standaard aanwezig: huisarts, praktijkondersteuner somatiek of nurse practitioner, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde, geriater en de casemanager vanuit de tweede lijn. Op de foto v.l.n.r.: Machteld Langenberg, Sylvia van Manen, Lianne van der Leeuw, Ilse van der Vaart. (Foto: Erik Kottier)





Het bloedonderzoek van de huisartsen hoeft niet opnieuw te worden gedaan. Die kostenbesparing is VGZ niet ontgaan. Toen een enquête uitwees dat patiënten zeer tevreden zijn over de zorg, heeft de zorgverzekeraar het model als proeftuin aangemerkt.

Naar behoefte aanschuiven

Een van de pijlers onder het model is het zeswielijkse MDO (multidisciplinaire overleg). Daarbij zijn de volgende disciplines standaard aanwezig: huisarts, praktijkondersteuner somatiek of nurse practitioner, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde, geriater en de casemanager vanuit de tweede lijn. In het begin was ook de ergotherapie vertegenwoordigd. Dat bleek niet zo praktisch, ergotherapeuten werken te weinig locatiegebonden: de ene keer was er geen patiënt te bespreken, de andere keer hadden er eigenlijk vier verschillende ergotherapeuten aanwezig moeten zijn. 'De basale structuur van het overleg is steeds hetzelfde, maar naar behoefte schuiven andere disciplines aan', legt Langenberg uit. 'Dat kan de fysiotherapeut zijn, bijvoorbeeld bij een verhoogd valrisico. De apotheker bij heroverweging van de medicatie, de diëtist bij ondervoeding en overgewicht en de praktijkondersteuner ggz bij psychische problematiek.'

De praktijkondersteuners hebben daarbovenop hun eigen 'wijkplatform' met het maatschappelijk werk, de woningstichting en vrijwilligersorganisaties. Volgens Van der Leeuw komen ook daar veel signalen binnen.

Trapsgewijze zorg

Nurse practitioner Van der Leeuw maakt gebruik van het TRAZAG (Transmuraal Zorg Assessment Geriatrie), een landelijk gebruikt instrument om het functioneren van kwetsbare ouderen in kaart te brengen en om probleemgebieden te signaleren. Ze neemt het instrument, een handzaam boekje, mee op huisbezoek. 'Wat is hier nodig aan zorg? Moet de mantelzorg ontlast worden? Is dagbehandeling een uitkomst? Is er verpleegkundige zorg nodig? Is begeleiding in samenwerking met de geriater geboden?'

De samenwerking tussen de verschillende disciplines is opvallend hecht.

Dat blijkt onder andere uit de bijscholing van praktijkondersteuners en nurse practitioners, die gezamenlijk ter hand wordt genomen. De huisarts, de geriater of de specialist ouderenzorg verzorgen enkele keren per jaar een scholing. Vragen uit de dagelijkse praktijk vormen de basis. Een prima middel om samen de kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen op een hoger plan te brengen, vindt Van der Leeuw. De hechte samenwerking blijkt ook uit de trapsgewijze zorg. Als de praktijkondersteuner of nurse practitioner er niet uitkomt, kan ze een beroep doen op de huisarts, de casemanager uit de tweede lijn of de specialist ouderengeneeskunde. Ook de geriater kan erbij betrokken worden. Indien nodig, gaan beiden ook op huisbezoek, samen met de praktijkondersteuner. Gezamenlijke spreekuren met de huisarts zijn eveneens mogelijk. 'De geriater aan

Bij dementiezorg is het juist zo belangrijk dat je weet hoe het netwerk van de patiënt in elkaar zit

huis! Als dát geen prachtvoorbeeld van transmurale zorg is', zegt Van Manen. 'Als de drempel naar het ziekenhuis om wat voor reden te hoog is, verlagen we hem gewoon.'

Momenteel wordt het model in een zestal praktijken in de regio 's-Hertogenbosch gebruikt. Zijn Van Manen en Langenberg tevreden? Eigenlijk, zo bekennen ze, zijn ze pas tevreden als casemanagement vanuit de huisartsenpraktijk uitwaaert en ook buiten de Meijerij en de Bommelerwaard gemeengoed wordt.

Els van Thiel