

www.hulpbijdementie.nl



hulp bij dementie biedt u steun en informatie



hulpbij
dementie
midden-limburg



Inhoudsopgave

Diagnostiek Onderzoek Casemanagement, DOC	3
Inleiding	3
Opzet DOC.....	4
Hulp bij Dementie Midden Limburg, verwijsrichtlijn	5
Doelstelling	5
Uitgangspunten:.....	6
Vragen voor de trajectbegeleiders bij mensen met cognitieve stoornissen	7
Toelichting bij vaststellen van de verwijscriteria naar het ziekenhuis:	9
wanneer primair neurologie, dan wel klinische geriatrie?	9

Diagnostiek Onderzoek Casemanagement, DOC.

Ondersteuning diagnostiek, onderzoek en casemanagement

Inleiding

Om een duidelijk beeld te schetsen van hoe en waardoor het DOC is ontstaan, zie voorgeschiedenis.

Voorgeschiedenis:

Een belangrijk bezwaar van cliënt en mantelzorgers bij het begin van dementie is/was:

- duur van het diagnostische proces
- onduidelijke afstemming tussen verschillende onderzoeken
- bij verschillende hulpverleners steeds opnieuw je verhaal moeten doen
- informatie langere tijd na diagnose niet te krijgen
- niet altijd duidelijk wat er gebeurt en wat het heeft opgeleverd

Bezwaar van verwijzers (huisartsen):

- veel verschil in wijze van rapporteren
- onduidelijke en lange trajecten
- onduidelijk wie na onderzoek vervolgt, begeleidt en coördineert
- diagnostiek in de eerstelijns onvoldoende mogelijk en onvoldoende geaccepteerd
- zorg wordt verbrokken ingezet

Bij aanmelding door de huisarts naar de casemanager bestaan de volgende mogelijkheden voor de medische diagnostiek:

- door de huisarts zelf (op basis van NHG standaard); deze vorm van diagnostiek, aangevuld met zorgdiagnostiek door casemanager (de heteroanamnese met huisbezoek) blijft ook na introductie van de casemanagers bestaan
- met een vraag voor ambulante diagnostiek (GGZ, SO)
- met een verwijzing naar klinisch geriater of neuroloog; deze verwijsmogelijkheid dient plaats te vinden op basis van duidelijke criteria en afkappunten (< 65 jaar, complexe problematiek/multimorbiditeit, etc) door de huisarts

In het ketenzorg programma dementie zijn de volgende verbeteringen doorgevoerd:

- begeleiding en regie over het proces (procesbewaking)
- drie assen voor regie, allen opgenomen in het integrale zorg- en behandelplan:
 - regie over de medische as bij verblijf thuis/verzorgingshuis: huisarts
 - regie over begeleiding en informatie; coördinatie rond patiëntstelsel: casemanager
 - regie over mantelzorgondersteuning, inzet vrijwilligers: casemanager

- voor de patiënt: procesbewaking tot de oplevering van een integraal zorg- en behandelplan. Integraal = minimaal adequaat medisch onderzoek, sociaal-psychologisch onderzoek en onderzoek naar zorgtekorten (mogelijke aanvullingen / ondersteunende diagnostiek vanuit psychiatrie, neurologie, etc)
- transparante procesgang met duidelijke afspraken over:
 - ingangsvoorwaarden (vraagstelling verwijzing),
 - afstemming onderzoeken in tijd en volgorde,
 - communicatie tussentijdse bevindingen/resultaten/verslagen/ bijgestelde vraagstellingen
 - wachttijd en doorlooptijd voor onderdelen en door de onderlinge afstemming, gehele proces
 - uitgangsvoorwaarden (wijze van rapportage, regie op onderdelen, communicatie verwijzer en patiënt
- inzet van de meest gepaste zorg, van het juiste niveau (adequaat) op het juiste moment: duidelijkheid over de aanwezigheid van functies in de regio en duidelijkheid over de daarbij horende verwijzrichtlijnen en afkappunten (tot hier .. en daarna ...)

Opzet DOC

De opzet van drie DOC's in de regio biedt de mogelijkheid om diagnostische (ambulante) ondersteuning in de eerstelijns te bieden en vormt een kader waarbinnen de inhoudelijke uitvoering door de casemanager (voor het in kaart brengen van problemen, het opstellen en evalueren van een zorgplan) goed kan worden gestuurd, begeleid en gevolgd. Waar nodig crisis situaties in goed overleg en afstemming kunnen worden voorkomen.

Doelen:

- eerste bespreking casus waarbij triage of inzet/intake casemanagement passend is
- uitzetten vervolgacties voor diagnostiek en onderzoek (is alles in kaart, is gedacht aan ?)
- volgen en bewaken voortgang en bespreken tussentijdse resultaten
- opleveren van een integraal zorg- en behandelplan, hiervoor geldt (wanneer niet verwezen is naar de 2e lijn een termijn van 7 weken (meestal niet haalbaar) na eerste bespreking voor de oplevering van een zorgplan)

Invulling DOC:

- specialist ouderengeneeskunde (SOG)
- psycholoog dan wel psychiater of SPV
- casemanagers
- Klinisch geriater
- huisarts met aandachtsgebied ouderzorg

Planning:

- reguliere bespreking voorgelegde patiënten en voortgang eens per 2 weken (sinds 2012)

Monitoring:

Aan de hand van een tevredenheidsonderzoek via evaluatieformulieren op te stellen meetinstrument. In samenwerking met Partner in Balans (SET regeling) wordt in 2020 een onderzoek gestart naar de efficiëntie van psycho-educatie aan de mantelzorg, gedurende 3 jaar.

Uit eigen ervaring blijkt dat het DOC meerwaarde heeft, alleen is dit nooit schriftelijk vastgelegd of gemonitord.

Afsluiting werkzaamheden DOC per patiënt:

- binnen een termijn van 7 weken na eerste bespreking met een zorg- en behandelplan, tenzij sprake is van specialistische diagnostiek. Bij de bespreking van het zorg- en behandelplan kunnen betrokken zijn: behandelaars, zorgverleners en in ieder geval casemanager, huisarts, patiënt en centrale verzorger

Hulp bij Dementie Midden Limburg, verwijsrichtlijn

Betreft: verwijsrichtlijn cognitieve functiestoornissen

Doelstelling

Na verwijzing door de huisarts onderneemt de casemanager actie om de vraagstelling rondom de cliënt in eerste instantie te onderzoeken en informatie ten behoeve van het vervolg te verzamelen. Deze acties zijn gericht op het inbrengen van de cliënt in het DOC en het uiteindelijk opstellen van een integraal zorg- en behandelplan.

De deelnemers in het DOC bepalen samen welke acties ondernomen moeten worden, met als doelstelling:

- te komen tot een eenduidige diagnosestelling via de meest gepaste, adequate (en tijdige) route
- te komen tot een samenhangend plan voor de zorg, begeleiding en ondersteuning van cliënt en mantelzorg
- het tijdig in kunnen zetten van psycho-educatie t.a.v. de mantelzorg
- de zorg, ondersteuning en begeleiding wordt vraaggericht geboden, gericht op continuïteit en stabiliteit zo veel en zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving
- te komen tot meest efficiënte zorg en kwaliteit van leven
- ter voorkoming van crisis situaties

Daarnaast begeleiden en ondersteunen de DOC leden de casemanagers bij verhelderen van onduidelijke vraagstellingen, volgen ze de voortgang van eerder ingebrachte cliënten en kunnen zij cliënten, die eerder in begeleiding genomen zijn, verderop in het traject evalueren.

Belanghebbenden in dit traject zijn:

- **cliënt en mantelzorg**, die tijdens het traject te maken krijgen met een casemanager, vragen, testen en bezoeken van de casemanager en behandelaars. Voor hun wordt **deze** fase afgesloten via de terugkoppeling van bevindingen (in

- een MDO), op basis van de oorspronkelijke vraagstelling en afspraken over de doelen voor begeleiding en de te verwachten inzet voor de komende periode.
- **huisarts** als centrale spil voor cliënt en mantel in de regie over alle medische zaken, als verwijzer (naar trajectbegeleiding dementie en voor [eventuele] vervolgdagnostiek) en als eerste contactpersoon voor de casemanager in het traject van [afgesproken] begeleiding. Voor de huisarts wordt deze fase gemarkeerd door de verwijzing naar de casemanager(start) en de bespreking van het plan met cliënt en mantelzorger.
 - **casemanagers en DOC leden**, voor het open bespreken van alle relevante informatie rondom de cliënt om te komen tot verheldering en een zorgvuldige afweging te maken voor vervolgacties
 - **specialisten en behandelaren** in het vervolg, die na verwijzing namens de huisarts specifieke vragen beantwoorden, die teruggekoppeld worden via het integraal zorg- en behandelplan

Uitgangspunten:

1. Iedereen met verdenking op dementie heeft recht op adequate diagnostiek op basis van de meest recente-richtlijn, dus inclusief beeldvorming, tenzij...!
2. Soms start diagnostiek bij SO in huisartspraktijk, Ggz en volgt later ZH-diagnostiek en omgekeerd. Afspraken worden gemaakt over informatie-overdracht en afstemming diagnostiek.
3. Bij verwijzing spelen vaak niet alleen de cognitieve stoornissen een rol, maar ook bijkomende problemen op gebied van:
 - andere neurologische verschijnselen;
 - somatische toestand en medicatiegebruik/polyfarmacie;
 - mobiliteit;
 - functioneren/ zelfredzaamheid;
 - gedrag/stemming;
 - draagkracht van het zorgsysteem;of een combinatie van bovengenoemde problemen.
4. Er is nog afstemming nodig welke begeleiding de casemanagers zullen bieden en wanneer begeleiding door Ggz aangewezen is. GGZ is aangewezen wanneer er naast de cognitieve stoornissen sprake is van psychiatrische problematiek (b.v depressie of wanen en hallucinaties) of bij ernstige gedragsproblematiek.
5. Medicamenteuze behandeling gebeurt op geheugenpoli (Kan ook door de SO in de huisartspraktijk!) Werkwijze geheugenpoli wordt verder afgestemd door neurologie en geriatrie.

Vragen voor de casemanagers bij mensen met cognitieve stoornissen

Doel 1 (via de verzameling van voorinformatie):

- Meer inzicht in probleem van cognitieve stoornissen
- Meer inzicht in functioneren
- Meer inzicht in systeem, aanwezige zorg en belasting mantelzorg
- Meer inzicht in bijkomende problemen

Doel 2 (op basis van afkappunten en concrete omstandigheden):

Hulpmiddel om te komen tot keuze voor setting waar diagnostiek moet starten.

Praktische vragen en onderwerpen om aan te leveren:

1. Voorgeschiedenis en andere diagnoses
2. Welke medicatie?
3. Leeftijd: jonger of ouder dan 65 jaar?
4. Is persoon al bekend met cognitieve stoornissen of dementie? Zo ja, waar?
5. Hoe is het beloop van de cognitieve stoornissen: geleidelijk of wisselend/trapsgewijs?
6. Hoe is het tempo?
7. Welke cognitieve stoornissen(?) en ernst:
 - aandacht (volhouden van aandacht, omschakelen naar ander onderwerp of juist blijven hangen, persevereren, 2 dingen gelijk kunnen doen)
 - geheugen (van vroeger, recent en inprenting, vaak hetzelfde vertellen)
 - oriëntatie (tijd - plaats - persoon)
 - taal (begrip, woordvindproblemen, samenhang in zinnen, schrijven)
 - praxis (handelen en volgorde van handelen)
 - agnosis (begrip van datgene wat waargenomen wordt, bijvoorbeeld het herkennen van een stoel als stoel)
 - executieve functies (overzicht en planning)
 - ziektebesef en -inzicht
 - abstract redenen (spreekwoorden, grapjes begrijpen)
 - maken van plan (huishouden, koken, boodschappen)
 - initiatief name
 - regulering gedrag
 - regelen van financiën
 - rekenen
 - intellectuele vaardigheden
8. Zijn er beperkingen in het functioneren (ADL en IADL)?
9. Zijn er actuele somatische problemen?
10. Zijn er mobiliteitsstoornissen of valneiging?
11. Zijn er neurologische verschijnselen?
12. Zijn er gedragsproblemen?
13. Is er een stemmingsprobleem?

14. Zijn er andere psychiatrische problemen?
15. Is er zorgmijdend gedrag?
16. Hoe is de belasting van de mantelzorg (subjectief)?
17. Inventarisatie van het systeem en de aanwezige zorg, aan de hand van het Werkboek Zorgdimensies Dementie

Toelichting bij vaststellen van de verwijscriteria naar het ziekenhuis:
wanneer primair neurologie, dan wel klinische geriatrie?

Afstemming ziekenhuis neurologie en geriatrie:

Primair neurologie:

- Mensen jonger dan 65 jaar
- Afwijkend verloop of presentatie van de cognitieve stoornissen
- Cognitieve stoornissen in combinatie met andere neurologische verschijnselen.
- Cognitieve stoornissen bij min of meer vitale mensen

Primair geriatrie:

- Mensen van 65 jaar of ouder, (hoog)bejaarde mensen
- Combinatie met somatische problemen en polyfarmacie
- Combinatie met functionele beperkingen
- Multiple problematiek, op meerdere domeinen, tegelijkertijd

Gecombineerde diagnostiek neurologie en geriatrie:

- Loopstoornissen zijn vaak Multi- causaal.
- Bij verdenking op cerebrovasculaire afwijkingen
- vaak ook functionele beperkingen en/of mobiliteitsproblemen.

Verwijscriteria bij verdenking dementie voor de verschillende settings

1. Ziekenhuis - Primair Geriatrie (Expertisecentrum Ouderenzorg)

Cognitieve functiestoornissen in combinatie met:

- Leeftijd 65 jaar of ouder, (hoog)bejaard.
- Somatische co-morbiditeit en medicatiegebruik/polyfarmacie. Indicatie voor somatische beoordeling met zo nodig aanvullende diagnostiek.
- Functionele problemen. M.n. onderzoek op dagkliniek met fysiotherapie en ergotherapie en observatie.
- Bij onduidelijkheid of sprake is van dementie, dan wel depressie of delier. Met name als somatische diagnostiek én observatie gewenst is: onderzoek via polikliniek.
- Bij multiële problemen op meerdere domeinen tegelijkertijd.

2. Ziekenhuis - Polikliniek Neurologie

Cognitieve functiestoornissen in combinatie met:

- Leeftijd jonger dan 65 jaar
- Bijkomende andere neurologische verschijnselen: focale uitval, taalstoornis, parkinsonisme, autonome functiestoornissen.
- Snelle progressie, atypisch verloop of atypische presentatie. Indicatie voor uitgebreidere neurologische diagnostiek, zoals liquordiagnostiek en EEG.
- Verdenking op een onderliggende oorzaak anders dan neurodegeneratie: ruimte-innemend proces, encefalopathie of encefalitis.

- Geïsoleerd klachten van het geheugen waarbij er verdenking is op Mild Cognitive Impairment(MCI).

3. Ziekenhuis – combinatie geriatrie en neurologie

Cognitieve functiestoornissen en (verdenking op) cerebrovasculaire afwijkingen

Neurologie: In kader diagnostiek vasculaire dementie en risicofactoranalyse.

Geriatric: -In kader van somatische diagnostiek, beoordeling mobiliteit en functioneren/zelfredzaamheid.

-Patiënten met cognitieve stoornissen in combinatie met mobiliteitsstoornissen of valneiging

Neurologie: In kader van neurologische diagnostiek

4. GGZ

Cognitieve stoornissen in combinatie met:

- verdenking op niet pluis gevoel;
- gedragsproblemen
- stemmingsproblemen
- andere psychiatrische co-morbiditeit (differentiaaldiagnose, bijv. depressie)
- zorgmijndend gedrag
- overbelast systeem
- als mensen niet naar het ziekenhuis willen/kunnen
- crisissituaties bij (niet-) bekende mensen met dementie
- Bij deze mensen wordt gestreefd naar aanvullende diagnostiek (met name: beeldvorming) in het ziekenhuis op een later moment.

5. Specialist ouderengeneeskunde

Cognitieve stoornissen in combinatie met:

- (hoog)bejaarde leeftijd
- Somatische comorbiditeit en medicatiegebruik/polyfarmacie, bij met name ouderen waarbij het vervoer naar het ziekenhuis een te grote belasting dreigt te worden of voor die mensen, die er zelf voor kiezen om in eerste instantie thuis onderzocht te worden. Bij deze mensen wordt er dan naar gestreefd om, indien nodig en mogelijk aanvullende diagnostiek in een later stadium in het ziekenhuis te doen.
- Bij onduidelijkheid of er sprake is van dementie, dan wel depressie of delier en meerdere dagen multidisciplinair geobserveerd moet worden op de dagbehandeling
- Mensen in verzorgingshuis, waarbij vervoer naar het ziekenhuis een te grote belasting dreigt te worden of voor die mensen, die er zelf voor kiezen om in eerste instantie thuis onderzocht te worden. Bij deze mensen wordt er dan naar gestreefd om, indien nodig en mogelijk aanvullende diagnostiek in een later stadium in het ziekenhuis te doen.
- Als de vraag speelt welke setting mogelijk is, verzorgingshuis of verpleeghuis
- Verdenking op niet pluis gevoel
- Lichte gedrags- en stemmingsproblemen

