



5. Samenwerking dementieconsulent-casemanager palliatieve zorg

De casemanager palliatieve zorg en de dementieconsulent zijn gespecialiseerde functies die van elkaar verschillen op het gebied van:

- Kennis en competenties;
- Hun netwerk (dementieconsulenten hebben vooral van doen met geriateren en neurologen/casemanagers, palliatieve zorg vooral met oncologen en cardiologen);
- Sociale kaart.

Indien nodig schakelen de dementieconsulent en de casemanager palliatieve zorg elkaar in, wanneer binnen cliëntsituatie gevraagde kennis/kunde op het gebied van palliatieve zorg of dementie niet voldoende is of ontbreekt.

De samenwerking tussen beide disciplines uit zich in verschillende vormen:

- Onderlinge consultatie zonder dat inzet van de geconsulteerde bij de cliënt nodig is;
- De geconsulteerde voert één of meer consultbezoeken uit bij de cliënt;
- Wisseling van aanspreekpunt richting de cliënt, doordat het aandachtsgebied bij de cliënt is verschoven van palliatieve zorg naar dementie of andersom. Dit uiteraard in goed overleg met de cliënt. Hierbij moet nadrukkelijk rekening worden gehouden met alle partijen betrokken bij de zorg;
- Onderlinge deskundigheidsbevordering.

Situaties wanneer dementieconsulenten en casemanagers palliatieve zorg elkaar in kunnen schakelen zijn:

- Een cliënt met dementie, die komt te overlijden aan een nevendiagnose;
- Bij de palliatieve cliënt zelf of bij de mantelzorgverzorger wordt dementie vastgesteld;
- Als binnen de cliëntsituatie vragen zijn op het gebied van medicatie, het sterven, palliatieve sedatie of symptoombeheersing die de dementieconsulent niet kan beantwoorden.
- Indien de partner van de palliatieve cliënt aan dementie lijdt en de dementie van invloed is op de in te richten zorg en ondersteuning rondom het paar.

Doelen:

- Optimaliseren van de zorgverlening aan de client;
- Efficiëntie door juiste competenties op het juiste moment;
- Bevorderen zolang mogelijk thuis kunnen blijven wonen;
- Verminderen van niet noodzakelijke ziekenhuisopnamen.

Tenslotte

In het project "Palliatieve zorg en dementie" is gestart met het ontwikkelen van de samenwerking tussen de specialistische functies van casemanagers palliatieve zorg en de dementieconsulenten, zoals hierboven beschreven. Een volgende stap zal zijn de samenwerking met meer generalistische functies als de palliatief verpleegkundige te gaan bevorderen. In het "Voortgangsplan Palliatieve zorg en dementie" zal dit worden opgenomen.

Natuurlijk is daarin ook de samenwerking met alle zorgmedewerkers in de ouderenzorg een aandachtspunt. Deskundigheidsbevordering en werkafspraken zullen worden ontwikkeld.

Optimale zorgverlening aan de client en efficiëntie in de zorg door goede samenwerking staan centraal in de zorgverlening in de regio Waardenland.

Palliatieve zorg bij mensen met dementie

Samenwerking tussen dementieconsulenten en casemanagers palliatieve zorg

Ketenzorg  Dementie
Waardenland

Auteur : **H. Pontier**
coördinator
ketenzorg dementie

Datum : November 2014

Netwerk  Palliatieve Zorg
Waardenland

A. de Wit
coördinator
netwerk palliatieve zorg



1. Inleiding

In de regio Waardenland is de samenwerking tussen het Netwerk Palliatieve Zorg en de Ketenzorg Dementie in een stroomversnelling geraakt door het project "Palliatieve zorg en dementie", dat is gestart in november 2013. Vanuit dit project zijn er gesprekken gevoerd met casemanagers palliatieve zorg en met dementieconsulenten over de onderlinge samenwerking. Op basis van de gespreksuitkomsten is deze notitie tot stand gekomen. De notitie beschrijft de factoren die een rol spelen in de samenwerking en de samenwerkingswijze die is afgesproken tussen beide disciplines.



2. Inzet dementieconsulent

Bij vermoeden van dementie of vanaf het moment dat een cliënt de diagnose dementie krijgt, kan de cliënt begeleiding krijgen van een dementieconsulent. De dementieconsulent wordt ingeschakeld door de huisarts of door de medisch specialist. Voordat de dementieconsulent het traject met de cliënt start, heeft zij hieraan voorafgaand contact met de huisarts.

De dementieconsulent heeft een belangrijke rol in het informeren van cliënt en mantelzorger(s) over wat het betekent om dementie te hebben en de mogelijkheden die er zijn op het gebied van zorg en ondersteuning. De dementieconsulent monitort het functioneren van de cliënt op het gebied van lichamelijk, mentaal en sociaal functioneren, inventariseert welke hulpvragen de cliënt en zijn naasten hebben en schakelt indien nodig de betreffende zorg en ondersteuning in. De dementieconsulent is een partner in de zorg voor cliënt, naasten en reguliere zorg.

De intensiteit waarmee de dementieconsulent betrokken is bij de zorg rondom de cliënt, is afhankelijk van de individuele kenmerken van de cliënt (woonsituatie, wel/geen mantelzorger), complexiteit van de problematiek, mate van betrokkenheid van andere professionals en hun ervaring en deskundigheid. Bij een complexe hulpvraag is voor een optimale ondersteuning van de cliënt en zijn naasten de specifieke deskundigheid van een dementieconsulent vereist. Door haar helikopterview is de dementieconsulent in staat over de verschillende domeinen van professionals heen te kijken en afstemming te zoeken tussen de verschillende betrokken organisaties.

Als een cliënt de diagnose dementie krijgt, betekent dit dat de cliënt vanaf dat moment ongeneeslijk ziek is; in zorgtermen betekent dit dat de cliënt zich in de palliatieve fase bevindt. De cognitie van de cliënt gaat gedurende het verloop van de ziekte steeds verder achteruit. Het is daarom essentieel dat in de beginfase van de ziekte met de cliënt en diens mantelzorger(s) wordt besproken hoe de cliënt zijn zorg ingericht wil zien tijdens het verdere beloop van zijn ziekte en wat zijn behandelwensen zijn. Het is de nadrukkelijke taak van de huisarts als hoofdbehandelaar om dit gesprek aan te gaan met de cliënt en het besprokene vast te leggen.

De rol van de dementieconsulent is om de cliënt en zijn naasten erop te attenderen dat het belangrijk is om in deze beginfase van de dementie na te denken over levensvragen en met de huisarts het gesprek aan te gaan over het medische behandelbeleid. Aanvullend aan het medische domein van de huisarts voert de dementieconsulent gesprekken met de cliënt en zijn naasten over verdere invulling van het leven, verpleegkundig behandelbeleid, sterven en andere vragen die zich voordoen.

Bij de opname van een cliënt met dementie in een intramurale instelling, draagt de dementieconsulent middels een volledige overdracht haar takenpakket over aan de tweede lijn. De afspraken die in de eerste lijn met de cliënt zijn gemaakt t.a.v. de verschillende levensdomeinen, moeten intramuraal meegenomen worden in de zorgverlening en behandeling van de cliënt (verpleeghuis, ziekenhuis).



3. Inzet casemanager palliatieve zorg

Palliatieve zorg wordt veelal in samenwerking en afstemming tussen huisarts en thuiszorg gegeven. In veel thuiszorgorganisaties is ook een verpleegkundige gespecialiseerd in palliatieve zorg werkzaam, waarmee expertise op het gebied van palliatieve zorg binnen de organisatie aanwezig is. Het is van belang dat in de regio de samenwerking met de verschillende partijen die gespecialiseerd zijn op palliatief gebied samengewerkt wordt.

In complexe palliatieve situaties kan ondersteuning van de casemanager palliatieve zorg wenselijk/nodig zijn. Inschakelen van de casemanager vindt plaats door de huisarts, de medisch specialist, thuiszorg-verpleegkundigen of de cliënt zelf. Voordat de casemanager palliatieve zorg het traject met de cliënt start, heeft zij hieraan voorafgaand contact met de huisarts.

De expertise van de casemanager palliatieve zorg kan door alle partijen ingeroepen worden. De onafhankelijkheid en neutraliteit van de casemanager kan een meerwaarde hebben/aanvulling zijn op de reguliere zorg. De expertise bestaat uit kennis en ervaring, maar juist ook de onafhankelijke positie en overzicht op het geheel, kan helpen in complexe situaties waarin veel (zorg)partijen betrokken zijn. Ook wanneer er geen zorg bij een cliënt nodig is, kan de casemanager ingezet worden om de cliënt en de mantelzorger te ondersteunen in het palliatieve traject.

De casemanager palliatieve zorg is een partner in de zorg voor cliënt, naasten en reguliere zorg. De meerwaarde van de inzet van de casemanager kan tot uitdrukking komen in:

- Het anticiperen op een eventuele toename van de complexiteit van de palliatieve hulpvraag door in samenwerking met de behandeld arts anticiperend beleid vast te stellen;
- Het monitoren van de continuïteit van zorg en zo nodig inzet van zorg bij te stellen en daarbij rekening te houden met wensen van cliënt en mantelzorg;
- Het ondersteunen van professionals door inbreng van kennis van de sociale kaart;
- Het coördineren van overleg in de zorg, zo nodig het organiseren in overleg met de betrokken disciplines van een extramuraal MDO;
- Het bewaken of alle partijen goed geïnformeerd zijn.



4. Complexe situaties

De situationele kenmerken die een cliëntencasus complex maken, verschillen binnen de dementiezorg en palliatieve zorg weinig van elkaar. Een zorgsituatie is complex als:

- Er meerdere partijen bij de cliënt betrokken zijn, er een overzicht ontbreekt over het totale handelen van alle partijen en/of een goede afstemming ontbreekt tussen de verschillende partijen;
- De zorg meerdere domeinen overstijgt;
- De mantelzorg overbelast is;
- De cliënt onvoorspelbaar gedrag vertoont;
- De inzet van zorg fluctueert;
- De cliënt een beperkt sociaal netwerk heeft;
- De cliënt ook te maken heeft met een zieke partner;
- De cliënt zorg afhoudt.