



Experiment ketenzorg dementie verslag bijeenkomst ketenpartners, 16 juni 2011

Welkom aan allen bij deze bijeenkomst met als thema: samenwerking, communicatie & informatie.

Ketenzorg en casemanagement in beeld

Na een korte terugblik op de periode voorafgaand aan het experiment, wordt ingegaan op de behaalde resultaten tot nog toe. Deelnemende ketenpartners via het Geriatrisch netwerk: Thuiszorg, ziekenhuizen, GGz, V&V sector, Alzheimer afdeling Midden-Brabant, Zorgbelang, Amarant, RCH, de huisartsenkring. UVIT Zorgkantoor is opdrachtgever.

De uitvoering van het experiment geschiedt onder de verantwoordelijkheid van een begeleidingsgroep, projectleiding en UVIT Zorgkantoor.

Brabant heeft een totale populatie van mensen met dementie van 54.426. Met in 2020 zo'n 130.000 mantelzorgers¹. Dit betekent in 2030 ca. 64 dementerende patiënten en 148 mantelzorgers per huisartsenpraktijk. Gemiddeld is dat 10% van de praktijkpopulatie.

Uitgangspunten voor de dementerenden en hun mantelzorgers zijn:

- Zo lang mogelijk verantwoord thuis wonen;
- Goede, op elkaar afgestemde en toegankelijke hulp, zorg en behandeling;
- Hulp bij emotionele en praktische zaken.

Binnen het experiment is de focus gericht op casemanagement. Er is een regionaal netwerk van 30 casemanagers ingericht voor 185 cliënten.

Uit de hele regio doen cliënten mee aan het project. De gemiddelde leeftijd is 79 jaar en varieert van 75-85 jaar. De gemiddelde tijdsbesteding per casemanager was in 2010 83 minuten.

1

Een ander onderdeel van het project is het wetenschappelijk onderzoek naar de effecten door Tranzo en Nivel. Daartoe worden vragenlijsten voor mantelzorgers en professionals gebruikt alsook een registratieformulier per cliënt die door de casemanager wordt ingevuld. De respons rate bij de mantelzorgers is redelijk goed, bij de professionals moet die hoger worden in het belang van het onderzoek.

In 2011

- 1) is er een Functiebeschrijving casemanager opgesteld
- 2) is een format voor een zorg-leefplan opgesteld
- 3) wordt de positie van de casemanager in de zorgketen beschreven.

Aandachtspunten voor 2011-2012 :

- Continuering begeleiding cliënten en mantelzorgers in 2012.
- Multidisciplinair samenwerken.
- Functionele onafhankelijkheid casemanager.
- Hoe de scope verbreden naar "niet pluis fase"?
- Financiering ketenbreed(AWBZ, ZVW, WMO). Verbreding naar andere initiatieven: kwetsbare ouderen, wijkontwikkeling (RCH, gemeenten)
- Aansluiting bij landelijke zorgstandaard

Eind 2011 zijn de resultaten van het Tranzo-onderzoek bekend. Uitkomsten van het Nivel-onderzoek worden medio 2012 verwacht. De eindrapportage van het experiment ketenzorg dementie wordt op 15 december 2011 gepresenteerd aan de ketenpartners.

¹ Brabants Actieprogramma Dementie 2011- 2015/ Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric, april 2011



Huisarts en casemanager

Ervaringen uit de praktijk.

In Dongen benadert casemanager ouderen Maaike Veldkamp alle 80+-ers voor een huisvisite. Daar neemt ze indien nodig een Easy Care assessment af. Door ervaring weet ze al snel waar het pluis/niet pluis is. Alle patiënten worden met huisarts Y. Panken besproken. Zij of haar collega's ondernemen indien nodig actie (lab onderzoek, lichamelijk onderzoek). Bij een verdenking dementie wordt de patiënt verwezen naar het geriatrisch spreekuur. Dit geriatrisch spreekuur houdt in dat de patiënt bezocht / gezien wordt door de specialist ouderenzorg vanuit verpleeghuis de Volckaert. Indien nodig wordt er verder beeldvormend onderzoek gedaan in het ziekenhuis en zo nodig wordt bij een verdenking op bijzondere vorm van dementie iemand alsnog naar de 2e lijn verwezen. Verder wordt voor al deze patiënten een zorgplanbespreking gepland. Daarbij zijn de specialist ouderenzorg en/of de casemanager aanwezig. Het verslag daarvan en het zorgplan gaat naar de HA. Wekelijks bespreken zij en de casemanager de patiënten waar zij bemoeienis mee heeft. Als er weinig bemoeienis is met een patiënt dan wordt deze besproken rond het zorgplan (1 a 2 x per jaar). Is er meer bemoeienis, dan is het (mail-)contact met de HA ook intensiever. Het mailverkeer is beveiligd (zorgmail). Er is behoefte aan koppeling van dit systeem met het HIS.

Door haar ervaring en korte lijnen naar ClZ, cliëntservicebureau en mantelzorgondersteunende instanties, kan de casemanager heel zelfstandig werken en kunnen veel administratieve zaken aan haar worden overgelaten (zoals indicatie aanvragen, contacten met thuiszorg etc.).

Door haar bekendheid in Dongen komen ook mensen spontaan aan haar melden als ze zorgen hebben over patiënten (bv het zorgloket van de gemeente belt Maaike als ze denken dat iemand problemen met geheugen heeft...)

De praktijk heeft nauwelijks nog te maken met spoedsituaties en het contact met thuiszorg en verpleeghuis is sterk verbeterd.

In Waalwijk werkt huisartsenpraktijk Kamer/Ongering samen met casemanager Ans Groenenboom. Beiden hebben ook meegedaan aan het Easy Care project. De positie van Ans Groenenboom is niet onafhankelijk omdat ze door de praktijk wordt betaald. De praktijk bestaat uit 2 huisartsen en een huisarts in opleiding. Van de 5500 patiënten zijn er 1200 mensen 65+ en daarvan 600 die 75 jaar en ouder zijn.

In de praktijk komt vaak familie met de opmerking "het gaat niet goed met vader of moeder" De casemanager gaat dan in gesprek en brengt via Easy Care in kaart wat de persoon nog wel en niet kan. Easy Care gaat in principe uit van wat de cliënt zelf zegt nog te kunnen. Het is dus zaak om door de façade heen te prikken. De casemanager is de spil naar ClZ, thuiszorg, de voorziening Zorgbrug.

Discussie

Het lijntje met huisartsen in Tilburg wordt vanuit de dementieconsulenten veel minder ervaren. Er komen weliswaar meldingen van huisartsen maar weinig.

Er is ook geen structureel contact/overleg.

Huisarts Henquet (Hilvarenbeek) geeft aan niet met dementieconsulenten te werken, maar dat het een open deur is dat de samenwerking tussen huisarts en casemanager goed moet zijn.

Huisarts Jansen (Tilburg) geeft aan dat voor hun praktijk praktijkondersteuner Rianne Jonkergouw het casemanagement vooral heeft opgepakt en contacten gelegd. Er zijn 5/6 mensen nieuw ingestroomd. De meerwaarde ligt vooral in de eerste fase: het signaleren, het wat actiever bezoeken van patiënten bij wie het wat moeilijker wordt en in de follow-up daarvan: het zoeken naar adequate hulp die goed kan aansluiten op de behoefte van de mensen.

Huisarts van Veenendaal (Udenhout) heeft een praktijkassistente die er al 29 jaar werkt. Zij is 4 uur extra in de week gaan werken specifiek voor ouderenzorg. De druk op het spreekuur van de huisarts vermindert, je hebt eerder in de gaten dat er problemen zijn en kunt maatregelen nemen. Het is nog wel een probleem om de sociale kaart goed te krijgen.

Huisarts Wijffels (Tilburg) vraagt zich af wat het onderwerp moet zijn van een structureel overleg met de casemanager. Hij werkt in zijn praktijk met dementieconsulenten samen. Alle thuiswonende patiënten worden in voorkomende gevallen naar hen verwezen voor praktische en sociale zaken. Wat de medische kant betreft: je



ziet alle patiënten van 75+ wel 1 a 2 x per jaar op de praktijk vanwege andere ziekten die ze hebben. Daarin leg je via de assistente combinaties. Bij complexere situaties schakel je de geriater in. Eenmaal per jaar worden alle patiënten boven de 75 besproken met de assistente.

Geconstateerd kan worden dat er tussen de praktijken verschil is in het al dan niet actief samenwerken met de casemanager. Mogelijke verklaringen:

- Niet alle casemanagers/PO-ers kunnen zich alleen focussen op deze taak. Andere moeten het naast hun reguliere werk doen.
- Het al dan niet actief zijn heeft te maken met beschikbare financiering en tijd.
- De ene praktijk is de andere niet (ligging in de wijk, populatie etc.).
- Sommige praktijken zijn niet groot genoeg om ervaring op te doen.

Als de praktijkondersteuner de functie vervult van casemanager en de dementieconsulent inschakelt, is de dementieconsulent in feite adviseur. Omdat de dementieconsulent de functie van casemanager vervult moet goed gekeken worden naar de logica van deze samenwerking.

Uitgangspunt moet zijn dat er voor de patiënt en mantelzorger voldoende aandacht is en continuïteit in de hulpverlening.

Huisartsen staan onder grote informatiedruk. Niet zozeer door de patiënt die belt als wel door anderen. Alle post doornemen kost te veel tijd, informatie via een zorgleefplan is te veel. Wat goed gaat hoeft niet te worden vermeld. Wat niet goed gaat moet de boodschap zijn, kort en krachtig aldus de aanwezige huisartsen.

Informatie en communicatie in de keten

Het zorgleefplan is de weerslag van de manier waarop je met elkaar samenwerkt. Het moet duidelijkheid verschaffen over wat afgesproken is in de thuissituatie tussen casemanager en cliënt/familie. Het is geen doel op zich maar een instrument voor samenwerking.

Het is geen zorgdossier. Het is een instrument ten behoeve van de coördinatie van de zorg op 4 domeinen. Voor elke dementerende moet er een zorgleefplan zijn.

Via een MDO wordt dan bekeken of doelen en acties gehaald zijn, aanpassingen nodig zijn, met de cliënt als uitgangspunt.

3

Discussie

In het plan worden ook vragen/behoefes van de mantelzorger opgenomen. Dat komt in deze conceptversie niet duidelijk naar voren.

Opgemerkt wordt dat bij elke belangrijke mutatie er in ieder geval communicatie met de huisarts moet zijn. De patiënt verwacht ook dat je ingelicht bent. In welke vorm gecommuniceerd moet worden is vers 2.

Op het moment dat er een delirant beeld is bij een patiënt is het van groot belang dat er een intensieve samenwerking met de huisarts is.

Tot slot wordt opgemerkt dat de begeleidingscommissie zich beperkt heeft tot de opzet van de inhoud van het zorgleefplan en terughoudendheid betracht in hoe je die communicatie vervolgens uitvoert. De uitdaging is voor casemanager en HA om de gewenste samenwerking en overlegvorm te kiezen en dat zal per HA-praktijk verschillend zijn.

Zorgleefplan in de praktijk

Groepsdiscussie aan de hand van drie vragen:

- 1) Hoe zou je het zorgleefplan in de samenwerking willen gebruiken?
- 2) Wat zijn dan de belangrijkste randvoorwaarden?
- 3) Conclusie:?

Groep 1

Het is een instrument voor taakafspraken en afstemming als meer disciplines en hulpverleners dienen te worden ingezet. Dan het mdo gebruiken om het zorgleefplan samen te stellen en te evalueren in complexere situaties.

Daarin vervolgens zeer kort en krachtig (in steekwoorden) doelen + oplossing noteren. Liefst max. 1A4. Het vergt acceptatie van alle actoren. Opname zlp in het PatientVolgSysteem (PVS).

Het zlp is alleen maar een hulpmiddel en geen doel



Vraag: moet cliënt(system) het plan ondertekenen?

Groep 2

Het is een eigen plan voor de casemanager ten behoeve van de patiënt. Daarnaast dient het voor een structurele communicatie met betrokken hulpverleners. Vraag is waar de afbakening ligt bij het soort hulpverleners. Ga je het ook gebruiken bij huishoudelijke hulpen bijv.?

En is het een contract? De casemanager moet het wel ondertekenen, waarmee je verplichtingen en verantwoordelijkheden aangaat. De patiënt moet akkoord zijn met het plan. Dit moet een uniforme werkwijze zijn.

Er moet bereidheid zijn tot samenwerking bij huisarts, (eventueel te delegeren aan de praktijkondersteuning) specialist ouderenzorg / geriater.

Het zou het makkelijker maken als ook de ondersteuners dan de informatie kunnen lezen voor de huisarts. De bereidheid moet er ook zijn tot informatie-uitwisseling te komen aan beide kanten.

Het zlp is een goed hulpmiddel, maar daarover moet wel afstemming in de regio bestaan. Men moet vooral kijken of het voor anderen ook leesbaar is = de taal van de anderen begrijpen.

Groep 3

Het is een onnodige doublure, alle gegevens zijn impliciet al aanwezig in het huisartsendossier. Hoe kun je dat met elkaar verbinden? Of moet je het juist niet verbinden omdat het tot administratieve last leidt?

Beperk de administratieve last door bijvoorbeeld een inleesmogelijkheid te geven en dan zal in het gebruik wel zichtbaar worden dat het meerwaarde heeft. Het is een prima hulpmiddel voor de patiënt in de wijze waarop deze en/of mantelzorg aan zelfmanagement kan doen.

Zijn er alternatieven voor het zlp? Kun je proactief werken en zo kwijt in het huisartsendossier? Dat dossier is buiten kantooruren niet zo meteen oproepbaar. Het zlp is niet hetzelfde als het huisartsendossier maar komt er naast.

Groep 4

De casemanager is de spin in het web, heeft alle up to date informatie. Krijgt uit het (half)jaarlijks mdo met alle zorgverleners rondom de patiënt alles teruggekoppeld. Heeft regulier overleg met de huisarts, die daarmee ook up to date is geïnformeerd. Dat is in elk gebied toepasbaar, ook in de stad waar contacten vluchtiger zijn.

Per thuiszorgorganisatie: dementieconsulent aan huisarts koppelen; is overzichtelijk en er zijn kortere lijnen.

Praktijkgericht samen met wijkgericht

Het zlp is belangrijk voor de casemanager zelf, maar de informatie die moet worden overgedragen moet in ieder geval kort en krachtig zijn en voorzien van een conclusie.

De uitdaging is de manier waarop. Het zlp via Zorgmail? Het komt dan als een elektronische brief binnen bij de huisarts en die zet het dan in het systeem.

PVS functioneert naast het huidige informatiesysteem van de huisarts en sluit niet daarop aan. Is dubbel werk.

Afsluitende conclusie

De discussie en resultaten tonen dat het nog niet zo gemakkelijk blijkt om met het zlp aan de slag te gaan. Over het algemeen kan worden gezegd dat er veel randvoorwaarden zijn genoemd waaraan voldaan moet worden voordat het zlp in de praktijk wordt geïntroduceerd. De begeleidingscommissie buigt zich over dit item, waarbij er gezocht wordt naar een passende samenwerkingsvorm tussen de diverse ketenpartners waarbij de coördinatie van zorg ligt bij de casemanager.

Gezien de reactie van de huisartsen wordt de vraag gesteld of er niet gedacht moet worden aan een huisartsenvertegenwoordiging in de begeleidingscommissie.

De opmerkingen van deze vergadering worden teruggekoppeld naar de begeleidingsgroep.

Met dank aan alle aanwezigen wordt de bijeenkomst gesloten.

Eerstvolgende casemanagersbijeenkomst: 04.10.11

Gezamenlijke afsluitingsbijeenkomst 15.12.2011.