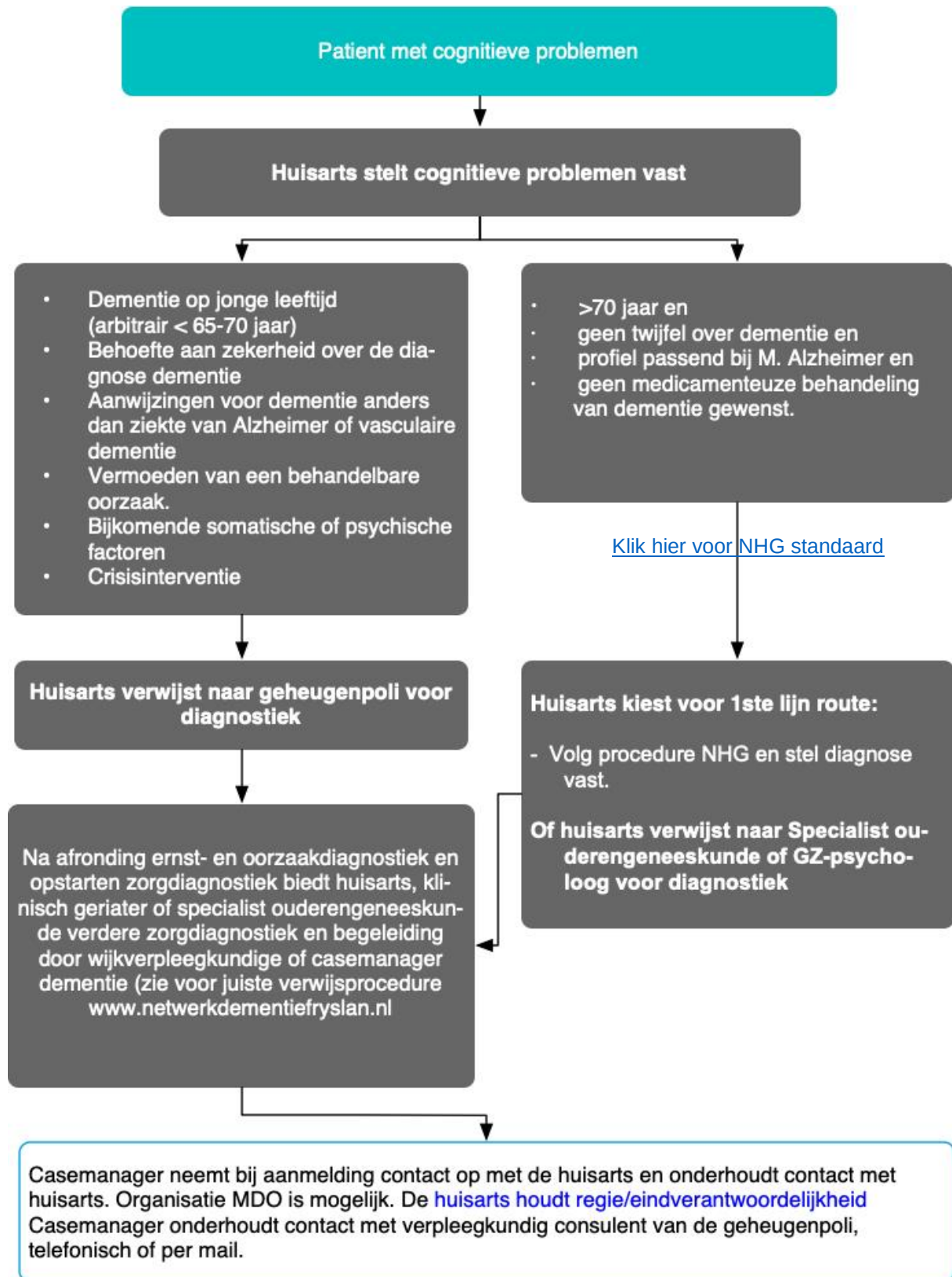


SAMENWERKING rond DEMENTIE



Samenwerking met casemanager

Casemanager leidt toe naar zorg en kan ondersteuning bieden¹.

Gang van zaken:

- De klinisch geriater meldt in brief naar de huisarts dat patiënt is aangemeld bij casemanager.
- De patiënt geeft met een ondertekende verklaring toestemming aan casemanager voor het vastleggen van gegevens en uitwisseling van gegevens met andere hulpverleners.
- Bij aanmelding neemt de casemanager contact op met de huisarts voor aanvullende informatie en overleg.
- De casemanager onderhoudt regulier contact met de huisarts (en andere betrokkenen) en bericht de huisarts na het 1^e bezoek, bij veranderingen en bij overbelasting van de mantelzorg.
- In spoedsituaties is er telefonisch contact tussen huisarts en casemanager
- De juiste casemanager kan gevonden worden via- www.netwerkdementiefryslan.nl
- Er hoeft niet uitsluitend sprake te zijn van diagnose dementie maar ook bij cognitieve problemen
- De casemanager kan al eerder ingeschakeld zijn door sociaal wijkteam of wijkverpleegkundige of kan door de huisarts in afwachting van het consult eerder ingeschakeld worden.

Samenwerking met specialisten ouderengeneeskunde

Bij patiënten bij wie diagnostiek in de eerste lijn kan plaatsvinden (zie stroomschema) kan de diagnostiek ook worden verricht door de specialist ouderengeneeskunde, in de thuissituatie. Indien alsnog verdere klinische diagnostiek nodig is, vindt verwijzing plaats naar de klinische geriatrie.

Samenwerking met klinische geriatrie

Patiënten met cognitieve symptomen bij wie tweedelijns diagnostiek gewenst is (zie criteria stroomschema) kunnen verwezen worden naar de multidisciplinaire geheugenpoli van het MCL.

Geheugenpoli JONG

Jonge patiënten (<70 jaar) worden na verwijzing in principe getrieerd naar geheugenpoli JONG, waarbij in één dagdeel de patiënt gezien wordt door zowel geriater, neuroloog als neuropsycholoog, dezelfde middag een MRI hersenen plaatsvindt. In week daarna wordt de patiënt besproken in het MDO geheugenpoli en krijgt patiënt een uitslaggesprek. Dit om deze categorie patiënten, voor wie cognitieve symptomen vaak grote impact hebben en die vaak fysiek wel in staat is tot intensieve diagnostiek, zo snel mogelijk diagnostische duidelijkheid te geven. Bij een eventuele diagnose dementie vindt 2-3 weken na het uitslaggesprek een nazorggesprek plaats, tezamen met een case-manager dementie voor een warme overdracht.

Reguliere geheugenpoli

Overige patiënten worden op de reguliere geheugenpoli gezien. Diagnostiek bestaat dan uit een dagdeel waarin een clinical geriatric assessment plaatsvindt door arts (geriater of arts-assistent geriatrie) plus verpleegkundig consulent, of een verpleegkundig specialist, inclusief cognitief testonderzoek. Op indicatie en in overleg met patiënt en naasten wordt deze diagnostiek uitgebreid. Als de diagnose dementie/ frontotemporale dementie is gesteld en er gestart wordt met medicatie op de geheugenpoli of als er om andere reden sprake is van tweedelijns begeleiding (bijvoorbeeld bij Dementie met Lewy Bodies) dan wordt de patiënt onder behandeling van de geriatrie. Dit ter evaluatie van de medicatie voor dementie, evaluatie van progressie van de dementie en ontwikkeling van neuro-psychiatrische symptomen bij dementie.

De verpleegkundig consulent geriatrie heeft contact met de casemanager. Ook neemt de verpleegkundig consulent laagdrempelig contact op met de thuiszorg voor intercollegiaal overleg.

Ziekenhuisopname en dementie

Als een patiënt met dementie intercurrente somatiek ontwikkelt met helder substraat waarvoor ziekenhuisopname medisch gezien geïndiceerd is, dan dient patiënt verwezen worden naar het betreffend specialisme eventueel met mede behandeling van de klinisch geriater.

Ook indien er een verdenking is op een delier en bij screenend onderzoek door de huisarts wordt geen focus vastgesteld en/ of patiënt is ziek, kan laagdrempelig contact gezocht worden met de klinisch geriater.

¹ Er kan al eerder gedurende het proces al besloten worden casemanagement in te zetten. Cognitieve problemen sec is voldoende om casemanagement in te schakelen

Samenwerking met GGZ-ouderen

Ambulante begeleiding bij een combinatie van dementie en psychiatrische co-morbiditeit hoort thuis bij de GGZ-ouderen. Of Ouderen Psychiatrie Friesland (OPF).

ICPC Codering:

P70 Seniele dementie/Alzheimer

P70.01 Ziekte van Alzheimer

P70.02 Multi-infarct dementie

Literatuur: NHG-Standaard Dementie, 2012; CBO richtlijn dementie, 2014; Verwijsprotocol Netwerk Dementie Fryslân

Samenstelling werkgroep: mw. M.S.J. Blaauw, klinisch geriater; dhr. C.G. Iest, huisarts; mw. M.J. van Leeuwen, huisarts; mw. M.J.T. Tijkotte, specialist ouderengeneeskunde; mw. E. Schraa, manager Netwerk Dementie Fryslân; mw. S. Vossenberg-Postma, specialist ouderengeneeskunde; mw. G.J. Vermeer, Medisch coördinator MCC Leeuwarden, April 2015

2017: besproken, gewijzigd en geaccordeerd tijdens de kwaliteitscyclus geriatrie.

2022: besproken, gewijzigd tijdens de kwaliteitscyclus geriatrie en de Transmurale commissie Kwetsbare ouderen.