

Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Dementie

Boomsma LJ, Boswijk DFR, Bras A, Kleemans AHM, Schols JMGA, Wind AW, Knuiman RBJ, Vriezen JA, Le Rütte PE, Labots-Vogelzang SM. NVVA 2009 ISBN 978.907.478.5082 Huisarts Wet 2009;52(3):S1-S5.

Inleiding

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Dementie is opgesteld door een werkgroep van huisartsen namens het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en verpleeghuisartsen/sociaal geriateren namens de beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriateren (NVVA). Met ingang van 15 juli 2009 is de nieuwe naam van de verpleeghuisarts: specialist ouderengeneeskunde. Het specialisme heet vanaf die datum: specialisme ouderengeneeskunde.

De NVVA en het NHG beogen met deze LESA betere zorg te bereiken voor patiënten met dementie en hun naasten door een nauwere samenwerking tussen huisartsen en verpleeghuisartsen/sociaal geriateren. Dit vraagt om verdeling van taken en verantwoordelijkheden bij de signalering, diagnostiek, behandeling en begeleiding. Het doel hiervan is dat op het juiste moment de juiste geneeskundige zorg geboden wordt door de meest geëigende zorgverlener(s) en de continuïteit in de zorg voor de patiënt en zijn naasten gewaarborgd is.

De aanbevelingen zijn algemeen van aard en vormen een aanzet. Zij kunnen regionaal of lokaal - in bijeenkomsten waarbij de betrokken disciplines aanwezig zijn - verder uitgewerkt worden om te komen tot concrete werkafspraken. Het gaat in de LESA zowel om patiënten, die primair door de huisarts of (tijdelijk) door de verpleeghuisarts/sociaal geriater gezien worden, als om patiënten die gezamenlijk behandeld en begeleid worden. Verpleeghuisartsen en sociaal geriateren werken in veel gevallen in de tweede of derde lijn. Hierdoor ontstijgen de samenwerkingsafspraken soms de eerste lijn. Door in gang gezette ontwikkelingen, waarbij de verpleeghuisarts/sociaal geriater steeds vaker de patiënt bezoekt, ongeacht diens verblijfplaats, zal er ook sprake kunnen zijn van (gedeelde) eerstelijns diagnostiek en behandeling.

De LESA Dementie is gebaseerd op wetenschappelijke gegevens (standaarden, richtlijnen) en consensus binnen de werkgroep. Bij het formuleren van aanbevelingen en het maken van keuzes is de werkgroep uitgegaan van de NHG-Standaard Dementie¹, de NVKG/CBO-richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie², de

NVVA-Handreiking Diagnostiek van dementie³, de LESA Dementie (huisartsen en wijkverpleegkundigen)⁴, het NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen 2007⁵ en het NVVA beleidsplan 2008-2012⁶.

De LESA bespreekt de samenwerking tussen huisartsen en verpleeghuisartsen/sociaal geriateren. Andere beroepsgroepen en mantelzorgers worden in deze LESA niet uitgebreid beschreven, maar spelen in de zorg voor patiënten met dementie een grote rol. Deze LESA kan ook als model dienen voor de samenwerking met en tussen andere (beroeps)groepen ten aanzien van patiënten met dementie.

Bij het streven naar de grootst mogelijke kwaliteit van leven voor mensen met (een vermoeden van) dementie en hun naasten, is uitgangspunt dat zij zo lang en zo goed mogelijk kunnen blijven functioneren in een vertrouwde omgeving. Bij de samenwerkingsafspraken is het dan ook nodig aandacht te schenken aan de context waarin de patiënt zich bevindt en daaruit voortvloeiend aan specifieke doelgroepen, zoals jonge patiënten, patiënten met een geringe belastbaarheid, bijvoorbeeld door multimorbiditeit en patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond.

Achtergronden

Begrippen

Patiënt: Waar in de LESA de term patiënt staat, wordt bedoeld op de patiënt met inbegrip van zijn omgeving, zoals partner, (benoemde) wettelijke vertegenwoordiger, mantelzorger, naaste, samen ook wel het patiëntstelsel genoemd. In de LESA wordt de term patiënt gehanteerd, terwijl de verpleeghuisarts /sociaal geriater dikwijls spreekt van bewoner of cliënt.

Complexe problematiek: Bij complexe problematiek is er sprake van één of meer van de volgende problemen, die vaak een interactie met elkaar zullen hebben: cognitieve beperkingen, lichamelijke handicaps, multimorbiditeit, polyfarmacie, psychosociale problematiek (waaronder probleemgedrag).

Huisarts: Waar in deze LESA huisarts staat, wordt bedoeld op de huisartsenvoorziening, dat wil zeggen de huisarts, de praktijkassistent, de praktijkverpleegkundige en de praktijkondersteuner.

Verpleeghuisarts/sociaal geriater: Waar in deze LESA verpleeghuisarts/sociaal geriater staat wordt bedoeld op de arts werkzaam in het verpleeghuis, verzorgingshuis of andere

woonzorgvorm, al dan niet met ambulante taken of op de arts werkzaam in de ambulante (geestelijke) gezondheidszorg. Tevens wordt hiermee bedoeld op de beroepsbeoefenaren die hem ondersteunen en/of waarmee hij een multidisciplinair samenwerkingsverband vormt, zoals sociaal psychiatisch verpleegkundigen (SPV-ers), casemanagers, psychiaters, psychologen, ergotherapeuten, logopedisten, fysiotherapeuten, activiteitenbegeleiders. Als zowel de huisarts als de verpleeghuisarts/sociaal geriater bepaalde taken kan vervullen, wordt er gesproken van 'de arts'.

Kernpunten

- De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Dementie is het resultaat van overleg tussen huisartsen en verpleeghuisartsen/sociaal geriateren over verantwoordelijkheden en taken bij de signalering, diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met dementie in de eerste lijn.
- De LESA geeft aandachtspunten die het overleg op regionaal of lokaal niveau kunnen structureren en op basis waarvan huisartsen en verpleeghuisartsen/sociaal geriateren (en andere partijen) in regionaal verband werkafspraken kunnen maken.
- Huisartsen en verpleeghuisartsen/sociaal geriateren stemmen het onderlinge beleid af en maken afspraken over de berichtgeving hierover en de informatie-uitwisseling tussen de verschillende zorgverleners.
- De huisarts vervult een proactieve rol bij signalering, diagnostiek en behandeling en begeleiding en heeft de mogelijkheid de verpleeghuisarts/sociaal geriater bij deze aspecten van zorg te betrekken.
- Indien bij de diagnostiek en/of begeleiding en behandeling taken en verantwoordelijkheden gedeeld worden, spreken huisartsen en verpleeghuisartsen/sociaal geriateren af welke arts de regierol vervult.
- De huisarts kan de verpleeghuisarts/sociaal geriater (in complexe situaties) consulteren dan wel de behandeling van dementie (partieel) aan hem overdragen.

Casemanager: Een hulpverlener die de dementerende patiënt en zijn naasten begeleidt, ondersteunt en zorgt voor continuïteit in en afstemming van het zorgaanbod. Casemanagement kan door de zorgverlener, die de regie en/of de coördinatie van de behandeling heeft, worden gedaan. Dit kan

plaatsvinden vanuit de huisartsenpraktijk door de praktijkondersteuner. Binnen de (psycho)geriatrie zorg zijn in toenemende mate gespecialiseerde hulpverleners op hbo+- niveau als casemanager werkzaam.

Sociale kaart: Het overzicht van organisaties en instellingen die ten dienste staan van een doelgroep.

Uitgangspunten

De huisarts volgt de NHG-Standaard Dementie.¹ Volgens de hierin gehanteerde definitie is dementie een klinisch syndroom, gekenmerkt door geheugenstoornissen en één of meer andere cognitieve stoornissen, zoals afasie, apraxie, agnosie of een stoornis in de uitvoerende functies, met als gevolg een duidelijk negatieve invloed op het dagelijks functioneren, werk, sociale activiteiten en relaties (criteria van de DSM-III-R). De NVKG/CBO-richtlijn² en de NVVA-Handreiking Diagnostiek van dementie³ gaan uit van een spectrum aan klinische syndromen, veroorzaakt door verschillende hersenziekten, zoals de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie en de minder vaak voorkomende dementie met Lewy bodies en frontotemporale dementie. Door toename van de diagnostische mogelijkheden, verschil in behandeling en beleid bij de verschillende vormen van dementie, maar ook door meer inbreng van de patiënt krijgt de nosologische dementiediagnostiek steeds meer aandacht.

Inbreng van de patiënt

Deze Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) geeft aanbevelingen voor de samenwerking en suggesties voor werkafspraken tussen huisartsen en verpleeghuisartsen/sociaal geriater. Doel is dat de patiënten in de eerste lijn op het juiste moment de juiste hulp krijgen met behoud van continuïteit van zorg. Daarbij geldt altijd dat de huisarts en verpleeghuisarts/sociaal geriater het beleid vaststellen in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens autonomie en eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Omwillen van de leesbaarheid staat dit niet overal expliciet in de LESA vermeld.

Afweging door de betrokken hulpverleners

Een LESA geeft algemene aanbevelingen die de hulpverleners in de eerste lijn houvast bieden. Het persoonlijke inzicht van de hulpverlener blijft echter van belang. In een concrete situatie kan het gerechtvaardigd zijn om beredeneerd van de LESA af te wijken.

Dementie in Nederland

Het aantal patiënten met dementie in Nederland bedraagt in 2008 ongeveer 200.000. Dit getal zal volgens de demografische voorspellingen (CBS, Gezondheidsraad) groeien tot 207.000 in 2010 en tot 400.000 in 2050. Dat wil zeggen dat er steeds meer geriatrie patiënten met complexe cognitieve problematiek in de eerste lijn zullen komen. Dit zal leiden tot een toenemende vraag naar zorgverlening in de eerste lijn, meer behoefte aan capaciteit voor verzorging en verpleging en hogere kosten.

Huisarts

De huisarts biedt continue, generalistische en contextgerichte zorg en krijgt door de veranderende bevolkingssamenstelling steeds meer te maken met ouderen en multimorbiditeit. Per huisartsenpraktijk zijn er gemiddeld zestien thuiswonende patiënten met een gediagnosticeerde vorm van dementie. Het aantal nieuwe gevallen ligt rond de 3 per 1.000 per jaar in de leeftijdsgroep van 65 tot 74 jaar en op ongeveer 20 per 1.000 per jaar in de groep van 75 jaar en ouder¹. De meeste patiënten met een beginnende dementie zijn al bij de huisarts bekend en blijven daar onder behandeling. Patiënten zullen hun klachten niet altijd direct met dementie in verband brengen. In de NHG-Standaard is vermeld bij welke klachten of problemen de huisarts dementie moet overwegen en hoe vervolgens de diagnostiek uitgevoerd kan worden. De huisarts maakt hierbij gebruik van zijn kennis van de voorgeschiedenis van de patiënt, zijn familie, de sociale omstandigheden en de manier waarop hij met ziekte en gezondheid omgaat.

Verpleeghuisarts/sociaal geriater

De verpleeghuisarts/sociaal geriater maakt deel uit van de medisch-geriatrie disciplines (samen met de klinisch geriater en de ouderenspsychiater), die zich vooral richten op de kwetsbare oudere patiënten met complexe problematiek. Kenmerkend hierbij is een multidisciplinaire aanpak. De verpleeghuisarts/sociaal geriater houdt zich ten aanzien van dementie in de eerste lijn bezig met onderzoek en diagnostiek, kortdurende interventies en kort- of langdurende behandeling. Een verpleeghuisarts is werkzaam in een verpleeghuis, daarnaast in een verzorgingshuis, voornamelijk ten behoeve van de aanvullende verpleeghuiszorg en op de verpleeghuisdagbehandeling. Steeds vaker worden er vanuit verpleeghuizen mobiele multidisciplinaire zorgteams geformeerd, waartoe ook de verpleeghuisarts behoort. De sociaal geriater werkt vooral in de ambulante en poliklinische (tweedelijns) geestelijke gezondheidszorg voor veelal thuiswonende ouderen en ziet merendeels patiënten met cognitieve stoornissen en/of gerontopsychiatrische pro-

blematiek. De sociaal geriater functioneert binnen een multidisciplinair team met grote taakdelegatie naar sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV-ers) en casemanagers. De verpleeghuisarts/sociaal geriater verricht op consultbasis onderzoek en diagnostiek, geeft adviezen en kan de zorg tijdelijk geheel of gedeeltelijk overnemen.

Samenwerking

De drie aspecten signalering, diagnostiek, en behandeling en begeleiding vormen het uitgangspunt voor het maken van samenwerkingsafspraken tussen de beroepsgroepen. *Schema 1* is een voorstelling van deze aspecten en de betrokkenheid van zorgverleners en mantelzorgers bij de patiënt met dementie. De drie aspecten kunnen elkaar in tijd overlappen. Na de signalering en de diagnostiek blijft het van belang telkens weer na te gaan of er signalen zijn (monitoring), die nieuwe diagnostiek en/of interventie en/of het stellen van nieuwe doelen voor behandeling en begeleiding wenselijk maken.

Signalering

De eerste tekenen van mogelijke dementie worden vaker nog door de naasten dan door de patiënt zelf opgemerkt. Concrete signalen, die op de aanwezigheid van dementie wijzen zijn bijvoorbeeld geheugenproblemen, verandering van het gedrag, depressie, achterdocht, verwaarlozing, vermagering en soms al overbelasting van naasten. De huisarts is doorgaans één van de eersten die wordt geïnformeerd. De samenwerking tussen huisarts en verpleeghuisarts/sociaal geriater zal in dit stadium beperkt zijn. Het is van belang dat de huisarts signalen van de partner, familie, mantelzorgers en eventueel andere zorgverleners rond de patiënt, zoals de thuiszorg, een adequaat vervolg geeft. De omgeving van de patiënt levert waardevolle informatie over de ontwikkeling van de dementie en de gevolgen hiervan. Signalen die op dementie kunnen duiden, dienen actief onderzocht te worden en de huisarts kan voor diagnostiek en advies over behandeling een verpleeghuisarts/sociaal geriater raadplegen. De diagnose dementie wordt vaak negatief beleefd, zowel door de patiënt als door de arts. Dit mag – met het oog op de gevolgen die dementie kan hebben – het bespreken van de diagnose niet in de weg staan. De patiënt erkent de problemen niet altijd, door bijvoorbeeld verminderd oordeelsvermogen, verminderd ziekte-inzicht en kan façadegedrag vertonen. De arts dient hierbij alert te zijn op verminderde besluisvaardigheid.

– Voor het duiden van signalen die op dementie kunnen wijzen en voor planning van de diagnostiek, kan de huisarts een verpleeghuisarts of sociaal geriater consulteren.

Diagnostiek

Het doel van diagnostiek is duidelijkheid te krijgen over de aard, ernst, oorzaak en prognose van de dementie. De diagnostiek wordt afgestemd op de situatie en de behoefte van de patiënt en zijn omgeving. Aan de hand van de uitkomst kan een prognose gemaakt worden en kunnen zorg, behandeling en begeleiding tijdig gepland worden.

Bij een vermoeden van dementie vindt ziektediagnostiek plaats. De volgende onderzoeken worden hierbij aanbevolen^{1,2,3}: medische voorgeschiedenis, anamnese en heteroanamnese, (psychiatrische) observatie, Mini-Mental State Examination (MMSE), (gericht) lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek. Argumenten voor nader onderzoek door ter zake kundige (klinisch) specialisten zijn: dementie op relatief jonge leeftijd, diagnostische twijfel of behoefte aan een specifieke diagnose met het oog op een (medicamenteuze) behandeling.

De mogelijkheden voor specifiekere diagnostiek door een gespecialiseerd team of in een psychogeriatrisch centrum zijn afhankelijk van het regionale aanbod. De centra verschillen in diagnostische mogelijkheden en in naamgeving. Voorbeelden zijn geheugenpoli, Diagnostisch Onderzoekscentrum voor Psychogeriatric (DOC-PG), Psychogeriatric Onderzoeksteam (PGOT), Dementie Onderzoek en Casemanagement teams (DOC-teams), multidisciplinair ambulante PG-team, geriatric onderzoek- en adviescentrum (GOAC) of dementiepoli. Zij kunnen verbonden zijn aan een academisch ziekenhuis, algemeen ziekenhuis, GGZ-instelling of verpleeghuis.

Bij het bepalen hoe ver de diagnostiek gaat, spelen draagkracht en hulpvraag van de patiënt een belangrijke rol. Daarbij is de vraag welke belasting de diagnostische activiteit voor de patiënt vormt en wat deze activiteit oplevert.

Zorgdiagnostiek vindt naast de ziektediagnostiek plaats. Hierbij worden onder andere in kaart gebracht: lichamelijke gezondheid, zelfredzaamheid, veiligheid (waaronder autorijden) en beheer geldzaken, belasting en belastbaarheid van de centrale verzorger, aanwezige en noodzakelijke informele en professionele zorgverlening, de kracht en stabiliteit van het familiesysteem, woonomstandigheden, cognitieve stoornissen, gedrag en beleving, persoonlijkheid en copingstijl, dagstructuur en bezigheden. Zorgdiagnostiek is een continu proces, waarbij de draaglast en draagkracht van de patiënt en het patiëntensysteem cyclisch worden onderzocht en ook wordt gekeken hoe relevante ondersteuning kan worden geboden. Deze zorg wordt proactief uitgevoerd, de arts of casemanager heeft hierbij een regierol.

- De huisarts kan de ziektediagnostiek zelf uitvoeren, maar ook de verpleeghuisarts/sociaal geriater consulteren of de patiënt verwijzen voor gedeeltelijke of gehele diagnostiek in een gespecialiseerd centrum.
- De huisarts kan de zorgdiagnostiek zelf uitvoeren, maar wanneer er sprake is van een complexe situatie is het aan te raden de verpleeghuisarts/sociaal geriater te consulteren of naar hem te verwijzen. Het team van de verpleeghuisarts/sociaal geriater analyseert in multidisciplinair verband de verschillende aspecten van de problematiek.
- Wanneer de huisarts en verpleeghuisarts/sociaal geriater gezamenlijk de diagnostiek uitvoeren, spreken zij met elkaar af wie hiervoor het eerste aanspreekpunt is (dit kan ook een derde - bijvoorbeeld een casemanager dementie - zijn).
- Naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek maken huisarts en verpleeghuisarts/sociaal geriater afspraken over de eventuele noodzaak van verdere diagnostiek en of er behandeling ingezet moet worden. Zij stemmen daarbij af wie welke actie uitvoert en hoe zij de informatie met elkaar uitwisselen. Wanneer een opname nodig is voor observatie of voor verdere diagnostiek, vindt hierover afstemming plaats.
- Bij terugrapportage worden naast de diagnose ook het resultaat van (aanvullend) onderzoek, overwegingen, verwijzingen en gepland beleid ten aanzien van nadere diagnostiek en behandeling vermeld.

Behandeling en begeleiding

Het ziektebeloop bij dementie is moeilijk te voorspellen. Behandeling en begeleiding kunnen zich over een langere periode uitstrekken en verschillen per individu. Het doel van de behandeling en begeleiding is dat de patiënt met de grootst mogelijke mate van welbevinden en autonomie in een voor hem vertrouwde omgeving kan (ver)blijven. In een stabiele situatie van de patiënt blijft de huisarts hoofdbehandelaar. Hij verricht de gebruikelijke geneeskundige zorg en is ook bij een crisis beschikbaar. Bij patiënten die verschillende vormen van zorg krijgen, zoals thuiswonende patiënten, patiënten die (aanvullende) verpleeghuiszorg of meerzorg ontvangen in het verzorgingshuis of patiënten op de dagbehandeling en/of dagverzorging, in transitiezorg, respijtzorg en/of crisisopvang, kan samenwerking tussen huisarts en verpleeghuisarts/sociaal geriater plaatsvinden.

- De verpleeghuisarts/sociaal geriater is vooral bij complexe situaties beschikbaar om de huisarts (consultatief) te ondersteunen, bijvoorbeeld met het opstellen van behandoelen en advisering ten

aanzien van medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies en met adviezen ten aanzien van gedragsproblemen.

- Indien er sprake is van een ernstige achteruitgang in het ziektebeeld en/of het complexer worden van de zorg, maken de huisarts en verpleeghuisarts/sociaal geriater afspraken over hoe en door wie het hoofdbehandelaarschap en medebehandelaarschap worden ingevuld.
- Het behandelaarschap kan een deelgebied van de zorg voor de dementiepatiënt betreffen en kan na (gedeeltelijk) herstel en terugkeer van de stabiliteit weer teruggaan naar de huisarts.

Op basis van de geanalyseerde problemen worden behandoelen voor de patiënt geformuleerd. Er dient geanticipeerd te worden op verdere achteruitgang en interventies die daarop aansluiten. Vaak voorkomende problemen, waarop actief moet worden ingespeeld en waarvoor de huisarts de verpleeghuisarts of sociaal geriater kan consulteren zijn angst, somberheid en gedragsstoornissen van de patiënt, te grote belasting van de mantelzorger, mogelijke gevaren (autorijden, vuurgevaarlijkheid, zwerven), lichamelijke verwaarlozing, ernstige comorbiditeit en polyfarmacie, wils(on)bekwaamheid en bewindvoering, crises, vrijheidsbeperkende maatregelen (Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen, BOPZ) en palliatieve zorgvragen.

- Huisartsen en verpleeghuisartsen/sociaal geriater maken (regionale) werkafspraken over de opvang buiten kantooruren, de werkwijze bij crises, bij noodopnames, observatieopnames en andere opnames.

Continuïteit van de zorg

De toestand van de patiënt en de draagkracht van zijn naasten worden periodiek beoordeeld (monitoring)⁴. Zo nodig vindt verdere (differentiaal)diagnostiek plaats en worden nieuwe interventies gestart. Continuïteit en integrale zorg worden bevorderd door periodiek overleg tussen huisarts en de verpleeghuisarts/sociaal geriater. Dit kan bijvoorbeeld in teamoverleg binnen een huisartsenpraktijk of in een multidisciplinair overleg (MDO) ingebed worden.

- Bij gedeeld behandelaarschap spreken huisarts en verpleeghuisarts/sociaal geriater af wie de monitoring op zich neemt en hoe zij elkaar op de hoogte houden van de uitkomsten hiervan.
- Integrale zorg voor dementiepatiënten wordt bevorderd door gezamenlijke overlegmomenten van verpleeghuisartsen, sociaal geriater en huisartsen te organiseren.

De problemen die optreden als gevolg van dementie betreffen zowel medische als zorgaspecten. Afstemming met andere disciplines in de eerste lijn is daarom noodzakelijk. Casemanagement vervult een belangrijke rol in de continuïteit van de zorg.

Voorwaarden voor goede samenwerking

Voor een goede samenwerking is een aantal (rand)voorwaarden van belang. Voor een deel hebben deze voorwaarden betrekking op de structuur en organisatie van de praktijkvoering en het uitwisselen van informatie. Deskundigheidsbevordering kan een belangrijke rol spelen in het bevorderen van de samenwerking.

Voorwaarden praktijkvoering en informatie-uitwisseling

- Huisartsen en verpleeghuisartsen/sociaal geriateren kennen elkaars expertise en werkwijze in het bijzonder op het gebied van dementie.
- Er worden afspraken gemaakt over consultatie en verwijzing ten aanzien van diagnostiek en behandeling en begeleiding: wie kan waarvoor, wanneer en hoe (telefoon, e-mail) bereikt worden.
- Er worden afspraken gemaakt over crisisopvang/consultatie. Daarbij zijn een 24-uurs bereikbaarheid en mogelijkheden ten aanzien van middelen en maatregelen in het kader van BOPZ tussen huisartsen en verpleeghuisarts/sociaal geriateren afgestemd.
- Huisartsen en verpleeghuisartsen/sociaal geriateren hebben kennis van de (regionale) sociale kaart, specifiek van de mogelijkheden van onderzoek, diagnostiek en behandeling van dementie, evenals van de verwijsmogelijkheden in de regio.
- Er is sprake van een adequate registratie (volledig), rapportage (relevant) en uitwisseling (snel) van medische gegevens.
- Huisartsen en verpleeghuisartsen/sociaal geriateren zijn op de hoogte en maken optimaal gebruik van regelingen en financiering ten aanzien van consultatie en andere mogelijkheden.

Voorwaarden (gezamenlijke) deskundigheidsbevordering

- Huisartsen en verpleeghuisartsen/sociaal geriateren zijn het erover eens welke kennis van (verschillende typen van) dementie nodig is om adequaat te kunnen signaleren, diagnosticeren, behandelen en begeleiden, consulteren en verwijzen.
- Huisartsen en verpleeghuisartsen/sociaal geriateren voeren deskundigheidsbevordering en projecten met betrekking tot dementie gezamenlijk uit.

Regionale werkafspraken

Deze LESA dient als basis om regionaal, op wijkniveau en/of lokaal afspraken te maken over de samenwerking bij signalering, diagnostiek, behandeling en begeleiding. Daarbij zijn de continuïteit van zorg en randvoorwaarden belangrijke aandachtspunten. Indien er een overlegstructuur bestaat, biedt deze de mogelijkheid om afspraken over samenwerking bij dementie te maken. Afspraken tussen individuele artsen zijn mogelijk, maar het best kunnen zoveel mogelijk huisartsen en verpleeghuisartsen/sociaal geriateren betrokken worden. Bij overleg en afstemming heeft het de voorkeur werkafspraken - ook die met andere partijen - specifiek en zo concreet mogelijk te formuleren.

Hieronder is een checklist te vinden met aandachtspunten voor de samenwerking. Deze kan gebruikt worden als hulpmiddel bij het maken van afspraken.

Checklist voor bespreking in de regio

- Huisarts en verpleeghuisarts/sociaal geriater maken samenwerkingsafspraken ten aanzien van consultatie en verwijzing bij diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met dementie.
- Zij sluiten hierbij zo mogelijk aan bij reeds bestaande netwerken en ketens.

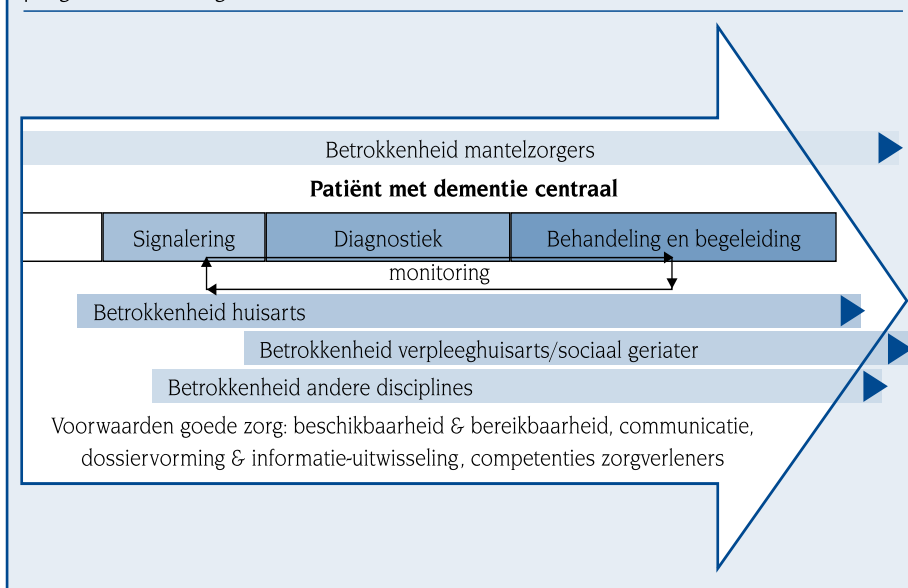
De volgende vragen zijn behulpzaam bij het maken van afspraken:

- Wat zijn lokale en regionale mogelijkheden? Inventariseer de sociale kaart in de regio.
- Hoe gebeurt de informatie-uitwisseling? Een adequate en volledige informatie-uitwisseling, noodzakelijk voor het vervullen van de taak als behandelaar of consulent, staat hierbij centraal.
- Welke informatie wil de huisarts ontvangen en wanneer?
- Welke informatie wil de verpleeghuisarts/sociaal geriater ontvangen en wanneer?
- Wanneer en hoe nemen partijen in elk geval contact met elkaar op?
- Hoe is consultatie geregeld bij angst, somberheid en gedragsstoornissen van de patiënt, te grote belasting van de mantelzorger, mogelijke gevaren, lichamelijke verwaarlozing, comorbiditeit en polyfarmacie, wils(on)bekwaamheid en bewindvoering, crises, vrijheidsbeperkende maatregelen (BOPZ) en palliatieve zorgvragen?
- Welke afspraken worden gemaakt ten aanzien van bereikbaarheid in acute situaties?
- Hoe wordt het opstellen en zo nodig aanpassen van een behandelplan (doelen, interventies e.d.) en de (multidisciplinaire) afstemming hierover gezamenlijk ingevuld?
- Wie is in welke situatie hoofdbehande-

laar, voert gesprekken met de patiënt en is aanspreekpunt voor de patiënt?

- Wie schrijft in welke situatie de medicatie voor, heeft daarover de coördinatie en maakt afspraken over de bewaking van polyfarmacie?
- Wat zijn in de regio beschikbare specifieke zorgvormen in de psychogeriatric (PG) en welke mogelijkheden bieden deze vormen voor patiënten met dementie? Huisartsen kunnen verpleeghuisartsen/sociaal geriateren hierover consulteren. Denk daarbij aan zorgvormen als meerzorg, (aanvullende) verpleeghuiszorg, dagbehandeling, transitiezorg, enzovoort.
- Hoe is de uitvoering van monitoring afgestemd? Hierbij is bijzondere aandacht voor de draagkracht van de mantelzorg en daarop afgestemde ondersteuning van belang.⁴
- Wie verzorgt de voorlichting aan de patiënt en zijn naasten en welk voorlichtingsmateriaal (bijvoorbeeld NHG-Patiëntenbrieven) wordt gebruikt?

Schema 1 Voorstelling van het verloop van de dementie en de aspecten waarbij huisarts en verpleeghuisarts/sociaal geriater een rol hebben.



Totstandkoming

De totstandkoming van de LESA Dementie werd gefinancierd door ZonMw in het kader van het programma Zorg voor Beter. In september 2007 startte een werkgroep LESA van verpleeghuisartsen en sociaal geriater benoemd door de beroepsvereniging van Verpleeghuisartsen en Sociaal Geriater (NVVA) en huisartsen benoemd door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Namens de NVVA hadden zitting in deze werkgroep: A. Bras, verpleeghuisarts, A.H.M. Kleemans, verpleeghuisarts en sociaal geriater, prof. dr. J.M.G.A. Schols, verpleeghuisarts. Namens het NHG hadden zitting: dr. A.W. Wind, huisarts, L.J. Boomsma, huisarts/wetenschappelijk medewerker NHG, D.F.R. Boswijk, huisarts. De projectcoördinatie was in handen van mr. R.B.J. Knuiman



(NVVA), projectleider, P.E. le Rütte (NVVA), dr. J.A. Vriezen, projectcoördinator NHG, S.M. Labots-Vogel, huisarts/wetenschappelijk medewerker (NHG), A. Rühl (NVVA) projectaanvrager en S. Flikweert, huisarts, projectleider NHG.

Belangrijkste discussiepunten in de werkgroep betroffen:

- (Ontbreken van) eenheid van definities
- Proactieve opstelling bij de signalering van dementie
- Hoe ver moet de diagnostiek gaan: tot niveau van syndroom of ziekte?
- Waar start de samenwerking en waar stopt deze?
- Wat moet de concrete samenwerking inhouden?
- Hoe worden begrippen regie, coördinatie en

- hoofdbehandelaarschap opgevat en ingevuld?
- De grote regionale verscheidenheid in mogelijkheden en organisatievormen ten aanzien van diagnostiek en behandeling van dementie.
- Rol en (begrenzing) taak artsen versus andere professionals in de dementiezorg.

In september 2008 is een conceptversie voor commentaar voorgelegd aan 25 huisartsen (steekproef NHG-leden) en 25 verpleeghuisartsen/sociaal geriater (steekproef NVVA-leden). De volgende organisaties is om commentaar gevraagd: ActiZ, BTN, LOC-LPR, NIP, NPCF, Sting, VGN, ZN. Tevens werd commentaar ontvangen van referenten, te weten R. Denis (LDP), M. Sprey (V&VN), G. van der Weele, huisarts en onderzoeker (Lumc), V. Vanneste, verpleeghuisarts. Naamsvermelding als referent betekent niet dat iedere referent de LESA inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

In december 2008 is de concepttekst bestuurlijk goedgekeurd door het NHG en de NVVA.

Literatuur

- 1 Wind AW, Gussekloo J, Vernooij-Dassen MJF, Bouma M, Boomsma LJ, Boukes FS. NHG-Standaard Dementie (tweede herziening). Utrecht: NHG, 2003. Ook te raadplegen via www.nhg.org.
- 2 NVKG, CBO. Richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden, 2005. Ook te raadplegen via www.cbo.nl.
- 3 Handreiking Diagnostiek van dementie. Utrecht: NVVA, 2008. Ook te raadplegen via www.verpleeghuisartsen.nl.
- 4 Boomsma LJ, De Bont M, Engelsman C, Gussekloo J, Hartman C, Persoon A, Sprey M, Wind AW. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Dementie (huisartsen - wijkverpleegkundigen). Utrecht: NHC/LVW, 2005. Ook te raadplegen via www.nhg.org.
- 5 NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Utrecht: NHG, 2007. Ook te raadplegen via www.nhg.org.
- 6 NVVA beleidsplan 2008-2012. Utrecht: NVVA, 2008. Ook te raadplegen via www.verpleeghuisartsen.nl.