

De LESA 'Dementie' in de praktijk: Gedeelde zorg, geen halve zorg

Elders in dit nummer van H&W vindt u de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Dementie. Deze geeft aan hoe huisarts en wijkverpleegkundige afspraken kunnen maken bij de begeleiding en verzorging van patiënten met dementie. Een landelijk concept dat vraagt om regionale invulling met als doel betere zorg voor de patiënt. *In de praktijk* beschrijft hoe de samenwerking gestalte kan krijgen.

Gezamenlijke diagnostiek

Mevrouw Haas, 66 jaar, komt sporadisch bij huisarts Klaas Schuurman. Zij heeft vanwege forse lumbale artrose enkele jaren thuiszorg voor het zware huishoudelijk werk. Bij haar wekelijkse bezoeken merkt thuiszorgmedewerkster Lizet Verdonk dat mevrouw Haas steeds stiller wordt en niet meer meehelpt in de huishouding. De heer Haas heeft na zijn pensioen een steeds groter deel van de huishouding overgenomen.

Tijdens een maandelijks bijeenkomst meldt Lizet haar bevindingen aan Paula Visser, de wijkverpleegkundige. Lizet overlegt met het echtpaar of Paula eens langs kan komen om te bespreken of er nog voldoende hulp is. Bij die gelegenheid vertelt de heer Haas dat hij steeds meer taken overneemt. Bij sommige vragen kijkt mevrouw Haas haar man vragend aan. Ze zegt soms wel eens wat te vergeten, maar ze traint zichzelf door veel te puzzelen. Paula spreekt af dat ze contact opneemt met de huisarts. Op basis van wat Paula vertelt, vermoedt Klaas een beginnende dementie. Daarvoor krijgt hij steun door de score van de Observatie Lijst Dementie (OLD), die vier keer ja bevat.¹ Klaas besluit tot een huisbezoek en neemt voor de zekerheid de Mini-Mental State Examination mee. Het blijkt dat de heer Haas zich wel zorgen maakt over zijn echtgenote, maar omdat dementie vaker voorkomt in haar familie is het onderwerp moeilijk bespreekbaar. Een eerste aanzet om de MMSE af te nemen stuit op weerstand bij mevrouw Haas, maar gelukkig stemt ze wel in met een verwijzing voor verder onderzoek.

De uitslag van de multidisciplinaire screening is een dementie van het type Alzheimer; de score van de MMSE was 21. Hoewel het echtpaar geschrokken is van de diagnose, is er voor de omgeving nu duidelijkheid en putten zij ook hoop uit de voorgeschreven medicijnen.

Begeleiding en verzorging

Klaas schakelt Paula weer in om te inventariseren aan welke steun behoefte is en zij breidt de huishoudelijke hulp uit. De heer Haas is al bekend met de patiëntenvereniging en wil het Alzheimercafé een keer bezoeken. Klaas en Paula spreken af dat zij om beurten het echtpaar zullen bezoeken om een vinger aan de pols te houden.

Het gaat zo bijna twee jaar redelijk, maar dan gaat mevrouw Haas achteruit. Zij is 's nachts onrustig en ADL-activiteiten verlopen steeds moeizamer. Paula geeft adviezen over de nachtelijke onrust

en hulp bij de ADL-activiteiten, en Klaas schrijft medicatie voor. De heer Haas valt de verzorging steeds zwaarder. Paula zorgt opnieuw voor uitbreiding van de hulp, neemt de rol van coördinator over en zorgt voor een tijdelijke opname.

Samenwerking bij (dag)opname

De tijdelijke opname is mevrouw Haas redelijk bevallen en zij stemt toe in enkele dagen dagopvang per week. De heer Haas zou het liefst zijn vrouw thuis houden, maar na een gezamenlijk gesprek met Klaas en Paula ziet hij de noodzaak van een opname wel in.

Kort daarop komt het proces in een stroomversnelling als mevrouw Haas onverwachts collabeert. In het ziekenhuis kan geen oorzaak worden vastgesteld, maar opname in een verpleeghuis is nu wel onontkoombaar. De heer Haas wil zijn vrouw graag eerst nog enkele weken thuis verzorgen. Die periode vergt intensief overleg tussen Klaas en Paula over de medische en niet-medische begeleiding. De heer Haas ervaart de opname enerzijds als een opluchting maar heeft ook een gevoel van spijt dat zijn vrouw uit huis weg moet.

Na de opname gaat de thuiszorg op een lager niveau door en Lizet zal in overleg met de heer Haas de wijkverpleegkundige of de huisarts op de hoogte houden. De heer Haas bezoekt zijn vrouw bijna dagelijks in het verpleeghuis. Klaas kan in deze periode maar moeilijk contact met de heer Haas maken. Maar als Lizet ernaar vraagt, blijkt de heer Haas daar toch wel behoefte aan te hebben. Dus maakt Klaas een afspraak, waarbij ook de vervolcontacten worden besproken. Het contact wordt intensiever als mevrouw Haas achteruitgaat en haar vroegere wens voor abtinerende behandeling actueel wordt. Klaas overlegt dat met de behandelend verpleeghuisarts, die deze overwegingen in zijn beleid betreft. Mevrouw Haas overlijdt enkele weken later in het bijzijn van haar man en dochter.

Epicrise

In de NHG-Standaard Dementie is aangegeven dat bij dementie *cure* minder op de voorgrond staat dan *care*.¹ Juist voor deze *care* is de huisarts minder goed toegerust dan de wijkverpleegkundige. Gezien het te verwachten toenemende aantal patiënten met dementie is het zinnig dat huisarts en wijkverpleegkundige van elkaars expertise gebruikmaken. De bedoeling van deze LESA is om daartoe een aanzet te geven. Natuurlijk zijn er varianten op het thema als er in de praktijk een praktijkondersteuner of een GGZ-consulent werkzaam is. Huisarts en verpleeghuisarts communiceren maar zelden met elkaar, maar rondom patiënten met dementie lijkt dit toch heel zinvol. (LB)

Dit artikel kwam tot stand in samenwerking met Mariska de Bont, coördinator van de Landelijke Vereniging voor Wijkverpleegkundigen.

1. NHG-Standaard Dementie: <http://nhg.artsennet.nl>