

Spelers in het veld...



Even voorstellen..

- M. van der Weerden, huisarts en kaderhuisarts Ouderengeneeskunde i.o
- L. van Nuland-van Wolferen, klinisch geriater
- A. Minheere, SPV
- A. Pril, huisarts
- J. van Kampen, specialist Ouderengeneeskunde

Opzet Workshop

- Inventariseren vragen
- Belichten verschillende disciplines
- Doorlopen van casuïstiek als discussiestuk
 - Ervaring wat werkt..
 - Knelpunten in de samenwerking?
 - Ideeën ter verbetering van de samenwerking?
- Take home message

Klinisch geriater

- Ondersteunende functie aan 1^e en 3^e lijn; nadere diagnostiek en adviezen t.a.v. behandeling en interventiemogelijkheden bij geriatrische problemen. Waarbij individueel plan wordt opgesteld middels CGA (comprehensive geriatric assessment), met als uiteindelijke einddoel het zolang mogelijk behouden danwel verbeteren van zelfredzaamheid, functionaliteit, welbevinden en levenskwaliteit.

Klinisch geriater

- Begeleiding van kwetsbare ouderen opgenomen in het ziekenhuis op andere afdelingen dan de GAAZ, middels consultatieve functie; zo snel mogelijk domeinen van kwetsbaarheid in kaart brengen en interventies inzetten om complicaties te voorkomen; hierbij kan men met name denken aan: delier, verder functieverlies, mobiliteitsstoornis/valgevaar.

kaderhuisarts

- Bieden van begeleiding in projecten in de eerste lijn rond kwetsbare ouderen.
- Voorzien in een sociale kaart.
- Dubbele zorg voorkomen en partijen die zorg leveren aan de kwetsbare ouderen bij elkaar brengen.

GGZ

- 2^{de} lijns zorg;

specialist in het diagnosticeren en behandelen bij (vermoeden van) psychiatrische en/of psychogeriatrische problematiek.

Extra expertise is opgebouwd bij kwetsbare mensen die aan de rand van de samenleving verblijven, systeemproblematiek en het behandelen van gedragsproblemen binnen de context van de eigen woon- en leefomgeving.

Specialist

Ouderengeneeskunde

- Hoofdbehandelaar in het verpleeghuis
- Werkt tevens in de 1^{ste} lijn op verwijzing van huisarts-specialist
 - Screening bij multimorbiditeit/polyfarmacie
 - Diagnostiek cognitie
 - Reactivering- multidisciplinaire behandeling aan huis
 - Advisering bij zorgtekort, evt crisisopname

Dubbel dement

Van niet-pluis tot opname

Echtpaar vd L.

- Geen kinderen, klein sociaal netwerk, vanaf hun huwelijk in dit huis.
- Dhr adipeus, al jaren slecht mobiel, maar regelt alles in huis.
- Mw heeft altijd gepoetst, jaren dagelijks de eenden gevoerd in het park, dit al een tijdje niet meer vanwege een carpaal tunnelsyndroom. Doet de praktische uitvoering in huis.

Voorgeschiedenis van beiden

Mijnheer vd L:

- Diabetes mellitus 2
- BPH
- Atriumfibrilleren
- Totale heupprothese li
- Hypertensie, niet reguleerbaar
- Veneuze insufficiëntie
- Hernia inguinalis

Mevrouw vd L:

- Diabetes mellitus
- Hartfalen
- Macroalbuminurie met verminderde nierfunctie
- Atriumfibrilleren
- CTS bdz, geopereerd

De start...

- De huisarts en POH hebben een niet-pluisgevoel, maar komen niet goed bij hen binnen.
- Eind maart 2012 wordt de zichtbare schakel ingeschakeld om binnen te komen.
- Een inventarisatie wordt gemaakt, thuiszorg wordt ingezet en een MMSE wordt afgenomen.
- In verband met medicatieproblemen wordt een baxter gestart met medicatietoezicht.

Het vervolg...

- Eind mei 2012 wordt het echtpaar overgedragen naar de POH-ouderenzorg (tevens somatiek en al in beeld voor diabetes).
- Half juni eerste keer in MDO: trazag afnemen en inzet SO/psycholoog voor diagnostiek cognitie beiden. Daarna opnieuw MDO.
- Augustus tweede keer in MDO: eerste keer dat medicatie bij dhr. verlaagd kan worden, NPO wordt afgesproken en fysiotherapie ingezet voor verbetering mobiliteit en oefenen bezoek aan oogbus ivm oude bril en geen gelegenheid voor dhr. om naar opticien te gaan.

- september: inschakelen pedicure aan huis door POH. Mevrouw gaat met haar zus naar Beter Horen ivm problemen met het hoortoestel.
- De oogbus komt helaas alleen bij verzorgingshuizen, geen verdere oogscreening.
- oktober: echtpaar weigert alsnog NPO. In overleg met thuiszorg Samen Verder: zij gaan nogmaals het belang bespreken en zijn aanwezig bij (de start) van het onderzoek.

- december: uitslag NPO
mijnheer beginnende dementie met subcorticale kenmerken.
mevrouw beginnende dementie met corticale en frontale kenmerken.
- Medicatie kan opnieuw verlaagd worden ivm strakke instelling.
- In de tussentijd valt mevrouw regelmatig binnenshuis. Gelukkig breekt zij niets, krabbelt ze weer op en gaat weer verder.

Het is even rustig geweest...

- Februari 2013: dhr. ontwikkelt hevige pijnklachten van de heup eci, waardoor hij bedlegerig wordt. Lab toont een tekort aan D, B12 en B6 aan. Dit wordt gesuppleerd. Met een ambulance wordt de orthopeed bezocht: geen duidelijk aanwijsbare oorzaak.
- Mw. kan de zorg niet meer aan en mist aansturing van haar echtgenoot. Thuiszorg wordt uitgebreid naar 4dd en mw. wordt door hen aangestuurd. De zus wordt meer betrokken in de aansturing. Huishoudelijke hulp wordt aangevraagd.
- De fysiotherapeut wordt opnieuw ingeschakeld.
- Ook wordt een casemanager ingeschakeld voor begeleiding naar gelijktijdige opname van het echtpaar.

- Maart: de ergotherapeut wordt ingeschakeld om te kijken naar de mogelijkheden voor een sta-op stoel. De fysiotherapeut begeleidt de thuiszorg in het gemakkelijker maken van transfers.
- Maart: de incontinentie van dhr. loopt de spuigaten uit. Uritips worden geprobeerd, uiteindelijk een verblijfs catheter geplaatst ivm urineretentie.
- April: dhr. geeft aan de administratie niet meer te overzien. Plan: inzet van een vrijwilliger. Ziekenhuiscontrole wordt geannuleerd ivm mobiliteitsproblemen.
- Eind april 2013: het echtpaar kan samen opgenomen worden in het verpleeghuis van Bakel.

Betrokken hulpverleners

- Zichtbare schakel
- Thuiszorg
- Praktijkondersteuner ouderenzorg
- Specialist Ouderengeneeskunde
- Psycholoog
- Pedicure
- Fysiotherapeut
- Orthopeed
- Casemanager
- Ergotherapeut
- Mantelzorg in vorm van zus
- Apotheek (voor de baxter)

Mw. M. 89 jaar

- 21-1-2014 SEH: pijnklachten heup links, onduidelijk wat er gebeurd is, patiënte kan het zelf niet goed vertellen, mogelijk is ze gevallen.
- VG/hypertensie, multinodulair struma, cataract, 2005 cystocele, pessarium, VUE/VWP, 2010 frontaal CVA, atriumfibrilleren, cognitieve stoornissen NNO.
- LO/‘dementerende vrouw’
- röntgen: geen fractuur
- Conclusie: geen fractuur, retour huisarts

Analyse door huisarts zelf; instrument?
PO erop af?
Dagkliniek geriatrie?
1^e lijn evaluatie door SO?
....
Acties in de tussentijd?

Wat doe je als huisarts met dit bericht?

Valanalyse?

Cognitieve analyse?

Welke mogelijkheden voor verdere analyse?

3 dagen later...

- Naast bed aangetroffen door thuiszorg, pijn heup
- Overgebracht naar KVK
- Aldaar beoordeling huisarts: verdenking fractuur
- SEH: inderdaad heupfractuur -> opname
- Geriater ic

Aanvullende informatie

- med; perindopril 8mg, paracetamol 1000 zn, metoprolol ret 50mg, furosemide 40mg, calcichew D3, amlodipine 10mg, omeprazol 20mg, vit b complex, acenocoumarol
- Sociale kaart: weduwe, zelfstandig wonend, 5 kinderen, 4dd thuiszorg, loopt met rollator

Vervolg...

- Ziet diezelfde avond al kuikentjes lopen op de afdeling
- Snel emotioneel, gripsverlies
- Familie vindt mevrouw anders dan anders, meer verward -> delier
- OK gehad, postoperatief herstel traag maar prima
- Loopt zelfstandig naar toilet terwijl ze alleen onder begeleiding mag lopen
- Vergeet iedere keer dat heup gebroken is
- Nadien rustigere nachten en dagen; desoriëntatie blijft

Vervolg...

- Ontslag naar huis niet haalbaar
- Aanvraag revalidatie binnen PG setting

Follow up?

- Valanalyse?
- Cognitieve analyse? Delier nacontrole?
- Osteoporose risico inschatting?

- Wie?

Verantwoordelijkheid Chirurg/orthopeed?
S.O. want daar is ze nu aan het revalideren?
Huisarts zelf tzt? (danwel praktijkondersteuner)
Geriatr want die heeft pt nu gezien?
Niet nodig.

Wie stuurt dit aan? Wat spreken we onderling af?

Beschouwing

- Was patiënte al in beeld als kwetsbare oudere in de 1^e lijn?
- Was er al een diagnose dementie?
- Hoe zorgoverdracht zo goed mogelijk krijgen? Hoe krijgen we bekende informatie over kwetsbare ouderen uit de 1^e lijn naar de 2^e lijn?
- Wie is verantwoordelijk voor followup? Bijvoorbeeld n.a.v. vallen, deliernacontrole, etc??

Toekomst:

Afspraken rondom kwetsbare ouderen in de regio
Transmurale afspraken

Take home message

- Denk bij lastige en/of onbehandelbare mensen eens aan onderliggende (niet gediagnosticeerde) psychiatrische en/of persoonlijkheidsproblematiek.
- Veel onbegrepen gedrag verwijst naar behandelmogelijkheden vanuit de geestelijke gezondheidszorg.
- De GGZ kun je gewoon bellen als je twijfel hebt over een eventuele verwijzing.

Take home message

- Wijs één persoon aan, die het overzicht houdt op alle betrokken hulpverleners en de patiënt kan helpen de regie te voeren.
- Samenwerken loont en voorkomt doublures