



Leidraad Crisis bij Dementie binnen het Netwerk Dementie Drenthe

Versie 6, definitief concept, 10 januari 2017

Els van der Veen

Aanleiding

Bij mensen met dementie en/of de mantelzorgers doen zich dikwijls crisissituaties voor, doordat de fysieke of psychische situatie van de persoon met (een sterk vermoeden van) dementie plotseling achteruit gaat of door uitval van de (mantel)zorg. Goede crisishulp en triage is dan onontbeerlijk. Het Netwerk Dementie Drenthe (NDD) wil met behulp van deze notitie een gezamenlijk commitment organiseren betreffende crisis bij dementie. Zodat er – met in achtneming van ieders eigen verantwoordelijkheid - in gezamenlijkheid een optimale oplossing gevonden wordt voor iedere persoon met dementie, die zich in Drenthe in een crisissituatie bevindt. Vanuit de stelregel: “wat er ook gebeurt, we zorgen samen voor een oplossing”

Status van deze notitie (d.d. 20 oktober 2016)

Deze versie 6 is het definitieve concept van deze notitie; deze is opgesteld in overleg met de VVT participanten van het NDD (middels de klankbordgroepen). Begin 2017 wordt dit definitieve concept besproken met vertegenwoordigers uit beroepsgroepen van huisartsen en specialisten (psychiatrie en ouderengeneeskunde). Naar aanleiding daarvan wordt het eventueel bijgesteld. Het streven is om de notitie te bekrachtigen in de vergadering van het Bestuur en de Participanten Raad van de stichting Netwerk Dementie Drenthe op 19 april 2017.

Definitie Crisis

Als definitie hanteert het NDD de omschrijving zoals die in de Zorg Standaard Dementie (ZSD) is geformuleerd: *Een crisis wordt gedefinieerd als een acute noodsituatie als gevolg van een plotselinge verslechtering in de fysieke of psychische toestand van de persoon met dementie of door uitval van de mantelzorgers.* In de Klankbordgroepen is een aantal kernfactoren genoemd, waarmee een crisis gedefinieerd wordt en waarmee een crisis onderscheiden wordt van bijvoorbeeld spoed: het gaat bij een crisis altijd om acuut en plotseling gevaar, waardoor onmiddellijk handelen vereist is.

Beschrijving crisissituatie

Er is een crisissituatie als een cliënt binnen 24 uur hulp nodig heeft. In een crisissituatie is de zorg ontoereikend. Er is sprake van acute somatische klachten, ernstige gedragsproblemen (wanen, verbale en/of fysieke agressie), problemen met de openbare orde, er dreigt gevaar voor cliënt en omgeving of mantelzorgers en/of de mantelzorg valt weg.



Voorkómen van crisis

Door goed samen te werken, over de muren van de eigen organisatie heen, door elkaar te adviseren en te helpen, wordt binnen het NDD getracht crisissituaties te voorkómen.

In het ZBO en MDDT worden casussen besproken en wordt tijdig rond cliënten contact gezocht met GGZ-medewerkers, met de huisarts(praktijk) en met medewerkers uit de intramurale sector, ter voorbereiding op een verhuizing. Soms is een crisis niet onverwacht, maar wel plotseling. Door goed samen te werken, wordt getracht een crisissituatie te voorkómen, en - als dat niet mogelijk is - zo weinig stressvol te laten verlopen.

De casemanager dementie (CMD) zal altijd met regelmaat met het cliëntsysteem bespreken wat er moet/zal gebeuren als de situatie thuis onhoudbaar wordt; bijvoorbeeld als de mantelzorg(er) 'omvalt', de gezondheidstoestand van de patiënt dermate verslechtert dat het thuis niet meer gaat, e.d. Er wordt getracht om te anticiperen op het proces dat komen gaat. Er wordt regelmatig besproken welke steun kan worden ingeroepen, waardoor crisis wellicht voorkómen kan worden. Empowerment van de mantelzorg(er) behoort aldus tot de doelstellingen van de CM.

In het zorgplan worden mogelijke scenario's en duidelijke afspraken over eerste aanspreekpunt, overdracht, contactpersonen en traject vastgelegd.

Aan het dossier van de cliënt met dementie (eGPO) wordt een crisisplan toegevoegd.

Het is van belang om de cliënt goed voor te lichten over de gevolgen van een crisis en de grenzen en risico's van verblijf thuis aan te geven.

Oorzaken van crisis

We onderscheiden een somatische of persoonlijke crisis en een zorgcrisis.

- A. Een somatische of persoonlijke crisis waardoor acuut ingrijpen nodig is, ontstaat bij een plotselinge verandering van gezondheid (soms ook door medicatieproblemen), of bij wanen, hallucinaties, ernstige verwardheid, of risicovol (bijvoorbeeld suïcidaal) gedrag.
- B. Een zorgcrisis ontstaat wanneer het steunsysteem, met name van mantelzorg, bijvoorbeeld door overbelasting, instort, waardoor acute actie nodig is. Dat kan ontstaan doordat de zorg in een eerder stadium niet geaccepteerd wordt (door familie/zorgmijder/ontkenningsfase). Daarnaast doordat wet- en regelgeving het soms onmogelijk maken om in een eerder stadium in te grijpen, bijvoorbeeld door wachtlijsten.

Reden tot crisisopname

Een crisisopname kan nodig zijn om de situatie van de persoon met dementie te beoordelen en te stabiliseren, waarna wordt gekeken welke (in)formele vervolgzorg nodig is.

Bij acuut (levens)gevaar, in combinatie met verzet tegen opname door de persoon met dementie of diens familie, kan een gedwongen opname nodig zijn op basis van de geldende wettelijke kaders. Gevaarlijke situaties zijn bijvoorbeeld: ernstige agressie, dwalen, zelfverwaarlozing en suïcidaliteit.

Na een crisisopname volgt óf terugkeer naar huis met ondersteuning, óf kortdurende, óf permanente opname in een zorgcentrum.



Uitgangspunten

In een crisissituatie wordt altijd contact opgenomen met de huisarts.

Crisisopname vindt alleen plaats als duidelijk geformuleerd kan worden wat de zorg elders toevoegt aan de situatie van het cliëntsysteem. Deze formulering bevat ook welke zorg er in de nieuwe situatie beschikbaar moet zijn.

In crisissituaties wordt (zoveel mogelijk) rekening gehouden met het behoud van autonomie en met de keuze van de persoon met dementie en diens naasten.

Er worden alternatieven voor crisisopname overwogen door een onderscheid te maken in interventies op korte en langere termijn.

Voorkómen wordt dat mensen met dementie onterecht uit huis geplaatst worden.

Wat betreft de plaats van de crisisopname wordt (zo mogelijk) rekening gehouden met de wens van cliënt en mantelzorger.

Checklist

Er wordt nog gewerkt aan een concrete checklist waarin de te ondernemen stappen opgenomen worden.

Verantwoordelijkheid en regie

In een crisissituatie zijn en voelen alle partijen zich verantwoordelijk voor de situatie: de CMD, de huisarts, de specialisten en de V&V sector.

De partijen doen het uiterste om de crisis optimaal op te lossen. "Wat er ook gebeurt, we zorgen samen voor een oplossing".

Een gedeelde verantwoordelijkheid kan gemakkelijk leiden tot een impasse en een niet-handelen. Daarom wordt er door de eerst betrokkenen (meestal de CMD en/of de huisarts) zo snel mogelijk een crisisberaad belegd (als de crisissituatie dat toelaat). Daarin komen alle partijen samen en wordt expliciet afgesproken wie de regie-rol op zich neemt; het moet kristalhelder worden wie de gezamenlijke verantwoordelijkheid organiseert. Dit crisisberaad kan – als het niet anders kan - ook via telefoon of e-mail(groep) plaatsvinden.

Wanneer partijen (specialisten, VVT) gevraagd wordt door CMD of huisarts om aan een crisisberaad deel te nemen, wordt daarop altijd positief geantwoord. CMD schakelt haar management/directie in als de situatie – ondanks alle acties - vastloopt.

Dat betekent

- Dat er allereerst geprobeerd wordt een crisissituatie te voorkómen (zie hierboven)
- Dat de CMD tijdig opschaaft naar de huisarts, dus tijdig de huisarts betreft bij veranderende (somatische, persoonlijke, sociale) omstandigheden
- Dat de huisarts vertrouwt op de deskundigheid van de CMD en het signaal serieus neemt
- Dat de huisarts tijdig opschaaft naar de specialist (psychiatrie of ouderengeneeskunde)
- Dat de specialist vertrouwt op de deskundigheid van CMD en HA en het signaal serieus neemt



- Dat de specialist in overleg met de huisarts bespreekt of er een crisisplan is voor de cliënt
- Dat er tijdig een crisisberaad wordt belegd (als dat mogelijk is), als het niet anders kan per telefoon of e-mail
- Dat alle partijen bereid zijn aan het crisisberaad deel te nemen
- Dat er in gezamenlijkheid actie ondernomen wordt om crisisopname mogelijk te maken (indicatie, IBS, RM)
- Dat de V&V partijen bereid zijn tot crisisopname, en zo snel mogelijk antwoorden op de vraag van het crisisberaad
- Dat er bij een crisissituatie eerst hulp wordt geboden en pas daarna duidelijk hoeft te worden hoe de financiering wordt geregeld
- Dat de V&V partijen onderling afspreken dat de eventuele doorstroming naar andere opvang binnen 14 dagen gerealiseerd wordt

Kaders van het crisisberaad:

- Er wordt besproken en geformuleerd wat de aanleiding is voor de crisis en welke hulpvraag daaruit voortvloeit. Er wordt de afweging gemaakt of er een acuut en manifest risico bestaat op gezondheidsverlies (het ontstaan van lijden en blijvende schade), gegeven de kenmerken van de patiënt en zijn hulpvraag. De persoonlijke (thuis)situatie van de patiënt wordt meegenomen in de overweging.
- Er wordt besproken en geformuleerd welke zorg er in de nieuwe situatie beschikbaar moet zijn. Er moet worden vastgesteld of opname in het ziekenhuis medisch gezien noodzakelijk is, of er structurele behoefte is aan verblijf (in deze situatie is een WLZ-indicatie aangewezen) en of terugkeer naar huis en herstel op (korte) termijn zorginhoudelijk mogelijk is.
- Er worden alternatieven voor crisisopname overwogen door een onderscheid te maken in interventies op korte en langere termijn
- Er wordt besproken en geformuleerd wat crisisopname toevoegt aan de situatie van het cliëntsysteem
- Er wordt voorkómen dat mensen met dementie onterecht uit huis geplaatst worden
- Er wordt rekening gehouden met autonomie en keuze van cliëntsysteem
- Er wordt bij de keuze van de plaats van de crisisopname - zo mogelijk - rekening gehouden met de wens van cliënt en mantelzorger
- Op basis daarvan wordt bekeken welke regionale zorginstantie(s) de noodzakelijke en gewenste zorg kan/kunnen leveren.
- In het crisisberaad wordt expliciet vastgesteld wie de regie op zich neemt.
- Vervolgens wordt contact gezocht met de zorgorganisatie. De zorgorganisatie zal zo snel mogelijk antwoorden op een vraag naar crisisopname
- DE V&V partijen spreken onderling af dat de eventuele doorstroming naar andere opvang binnen 14 dagen gerealiseerd wordt
- Bij een crisissituatie wordt eerst hulp geboden; daarna wordt duidelijk hoe de financiering wordt geregeld.

Rol van CMD tijdens crisis

In de notitie *Zorgstandaard Casemanagement/Zorgbegeleiding bij Dementie binnen het Netwerk Dementie Drenthe* (versie 2, juni 2016) staat het volgende over de rol van de CMD tijdens een crisissituatie:



Bij crisis, opname of overlijden

- Neemt bij (dreigende) crisis de regie, of draagt deze over.
- Zorgt dat er acute sociaal-medische en sociaal-psychiatrische hulp komt in crisissituaties en heeft een aandeel in de uitvoering van de geldende wettelijke kaders (onvrijwillige opname-bemiddeling met inbewaringstelling of rechterlijke machtiging).
- Na een verhuizing (extramuraal) stopt de begeleiding niet, maar wordt besproken welke activiteiten vanuit het casemanagement nog nodig zijn en vindt (eventueel) een goede zorgoverdracht plaats.
- Bij crisisopname: tijdens de gehele opnameperiode betrokkenheid bij behandelplan en/of zorgplan.
- Bij permanente opname zorgen voor een goede zorgoverdracht.
- Biedt na opname of overlijden zo mogelijk (afhankelijk van de financiële ruimte) nazorg aan achterblijvende naasten (maximaal 6 weken) en schakelt (zo nodig) andere hulp in voor een vervolg daarvan.

Overzicht soorten crisiszorg

Soort bed	Wanneer inzetten	Beschikbare zorg	Financieringsbron
1. Crisisbed GGZ	A. Somatische crisis en/of persoonlijke crisis Patiënt decompenseert; er is sprake van onhanteerbaar gedrag, waardoor opname in V&V niet mogelijk is	Crisisactiviteiten: - Crisiscontact binnen kantooruren - Crisiscontact buiten kantooruren - Intake en screening crisisinterventie - Psychiatrisch onderzoek crisisinterventie - Farmacotherapie crisisinterventie - Steunend en structurerend crisiscontact Beschikbaar: - Psychiater - 24 uur toezicht - Verpleegkundigen niveau 5	ZVW Crisis-DBC 'Crisisinterventie met opname (302)': <u>Verblijfsdagen</u> met overnachting Algemeen <u>indirecte</u> tijd <u>Direct</u> contact tussen behandelaar en patiënt Maximaal 28 dagen.
2. Eerstelijns-verblijf (ELV)	A. Somatische crisis B. Zorgcrisis	<u>Eerstelijnsverblijf laag complex</u> De prestatie eerstelijnsverblijf laag complex is een prestatie per verblijfsdag en heeft als kenmerk dat de zorglevering door de aard van de zorgvraag	ZVW Maximaal 3 maanden



	Patiënt decompenseert, naar verwachting tijdelijk op basis van een lichamelijke aandoening	<p>laag complex van aard is. De verleende zorg voor de patiënt is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden, verpleging, verzorging en/of paramedische zorg, voor een enkelvoudige aandoening. Hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen wordt aan de patiënt verleend.</p> <p><u>Eerstelijnsverblijf hoog complex</u> De prestatie eerstelijnsverblijf hoog complex is een prestatie per verblijfsdag en heeft als kenmerk dat de zorglevering door de aard van de zorgvraag hoog complex is. De verleende zorg voor de patiënt is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden, verpleging, verzorging en/of paramedische zorg, voor meerdere en elkaar beïnvloedende aandoeningen of beperkingen. Algemene dagelijkse levensverrichtingen worden van de patiënt overgenomen en er wordt toezicht en sturing geboden. De specialist ouderengeneeskunde kan door de huisarts in consult worden geroepen als medebehandelaar of hoofdbehandelaar.</p>	
3. V&V -crisiszorg (crisisbed WLZ)	<p>A. Somatische en persoonlijke crisis</p> <p>Patiënt en/of mantelzorgsysteem decompenseert</p> <p>Gevaarscriterium aangaande de gezondheidssituatie van de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verblijf met behandeling, geen behandeling van curatieve aard - Hoofdbehandelaar: Specialist Ouderengeneeskunde, ondersteund door <ul style="list-style-type: none"> o paramedici, farmacie, geriater/psychiater/revalidatiearts o Niveau 3 verzorgende o Niveau 4/5 verpleegkundige - 7x24 uur, binnen 10 minuten reactie, binnen 30 minuten ter plaatse 	<p>WLZ</p> <p>Indicatie bij aanvang of binnen 2 weken met terugwerkende kracht vanaf opnamedatum</p> <p>Maximaal 2 weken met 1 x verlenging van nog eens 2 weken</p>

	cliënt of zijn omgeving (niet BOPZ)		
4. Respijtzorg, logeren	B. Zorgcrisis	<ul style="list-style-type: none"> - Huisarts - Geen behandeling van curatieve aard 	Wmo of ZVW of WLZ
5. Zorg Thuis	B. Zorgcrisis	<ul style="list-style-type: none"> - Casemanager dementie (CMD) - Eerstelijnsconsult door SO of psycholoog - Informele hulp - Verzorgenden - (Gespecialiseerde) verpleegkundigen 	Wmo of ZVW of WLZ
6. Project UMCG Hospital@home	A. Somatische crisis	- Diagnostiek vindt plaats in ziekenhuis, behandelplan wordt gemaakt dat door thuiszorg (specialistische verpleging) wordt uitgevoerd.	Project moet nog starten

Inventarisatie beschikbare crisiszorg per regio

Organisaties	Beschikbare bedden	telefoonnummers
Noord		
GGZ Drenthe	Crisisbed GGZ	
Lentis ouderenpsychiatrie	Crisisbed GGZ	050 522 35 55
Interzorg	WLZ crisiszorg (9 bedden)	0800- 2233404 (Kantoortijden) 0592- 338200 0592 - 304755
Zorggroep Drenthe		
Icare V&V	ELV beschikbaar Boshof, Kloosterakker	
Accolade Zorggroep		



Zuid Mid West		
GGZ Drenthe	Crisisbed GGZ	
Zorggroep Noorderboog		0522 – 267029 of 267030 (kantoortijden) 0522 - 233333
ZZWD		
Treant		
NNCZ		
Icare V&V		
Derkshoes		
Westerkim		
Zuid Oost		
GGZ Drenthe	Crisisbed GGZ	
Tangenborgh		0591 - 681666
Treant	WLZ crisiszorg (1 pg en 1 somatisch bed)	0900- 0591
Saxenburgh		

Overzicht regionale consultatieteams voor het geven van advies wb het voorkómen van crisis dementie

De arts en psycholoog van het regionale MDDT zijn voor de casemanagers dementie van het ZBO beschikbaar voor consultatie en advies.



Regio – indeling ZBO's	Consultatieteam voorkómen crisis dementie	Telefoonnummer
Noord (Assen, AA en Hunze, Noordenveld, Tynaarlo)	MDDT: Team 290 Ism GGZ Drenthe	
Zuid Oost (Emmen, Borger Odoorn)	MDDT: Tangenborgh Ism GGZ Drenthe	
Coevorden	MDDT: Tangenborgh Ism GGZ Drenthe	
Zuid Midden (Hoogeveen, Midden Drenthe, Zuidwolde)	MDDT: Treant Ism GGZ Drenthe	
Zuid West (Meppel, Westerveld, de Wolden)	MDDT: Noorderboog/de Stouwe Ism GGZ Drenthe	

Actueel overzicht van beschikbare bedden

Voor een actueel overzicht van beschikbare bedden in de regio wordt nog gezocht naar een gezamenlijke oplossing, zoals bijv www.verwijshulp.nl of www.zorgnazorg.nl. Dit overzicht zou dan voor alle participanten van het netwerk beschikbaar moeten zijn; ook aan huisartspraktijken en aan de CMD dementie.

Bronnen:

- Zorgstandaard Dementie, 18 juli 2013 Alzheimer Nederland & Vilans
- Crisiszorg in de GGZ, mei 2015, Nza
- Bijlage 1, Programma van eisen zorginkoop langdurige zorg 2016, Zorgverzekeraars Nederland Juni 2015
- Bijlage 6 crisiszorg in de WLZ ten behoeve van de zorginkoop langdurige zorg 2016, Zorgverzekeraars Nederland Juni 2015
- Beleidsregel BR/REG-17119, Eerstelijnsverblijf, 2017, Nza
- Zorginkoopdocument Wlz 2017 Verpleging & Verzorging, Zilveren Kruis