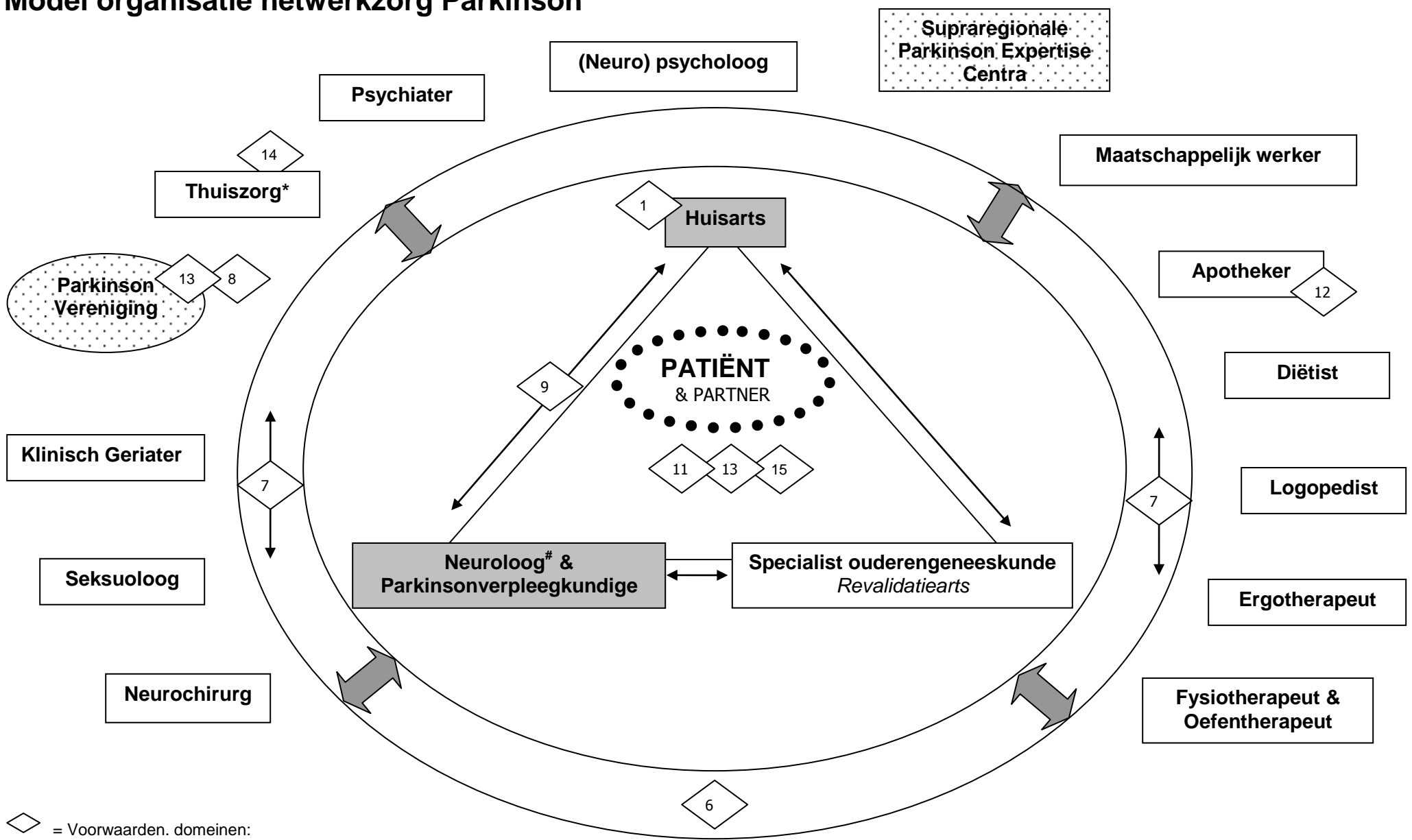


Model organisatie netwerkzorg Parkinson



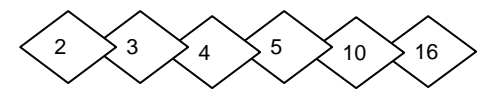
- ◇ = Voorwaarden. domeinen:
- deskundigheid (1-5)
 - communicatie & samenwerking (6-9)
 - coördinatie (10-13)
 - financieel (14-16)

= Neuroloog met expertise op het gebied van Parkinson in een algemeen ziekenhuis; Hoofdverantwoordelijke in de medische behandeling.

* = Huishoudelijke hulp, verzorging, verpleging

- = regionaal, altijd betrokken
- = regionaal, betrokken op indicatie (1^{ste}, 2^{de} of 3^{de} lijn)
- = supraregionaal

Algemene voorwaarden:



151

Netwerkgorg bij de ziekte van Parkinson

Aanbevelingen voor optimale netwerkgorg bij de ziekte van Parkinson

De huidige organisatie van netwerkgorg bij de ZvP is niet optimaal. Om te komen tot een omschrijving van de wenselijke organisatie van zorg zijn met focusgroepen de *knelpunten* in de huidige netwerkgorg geïdentificeerd. Deze focusgroepen bestonden uit zowel patiënten met de ZvP, als zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor deze patiënten. Vervolgens is in de literatuur gezocht naar ondersteunende of aanvullende informatie betreffende mogelijke knelpunten in de huidige zorg. Dit heeft geen extra informatie opgeleverd. De geïdentificeerde knelpunten zijn omgezet in 16 *voorwaarden* voor optimale netwerkgorg bij de ZvP, welke genummerd zijn weergegeven in een model (blz.142) en uitgeschreven in een visgraatmodel (blz.143). De voorwaarden betreffen de *deskundigheid, communicatie & samenwerking, coördinatie* en *financiën* binnen de netwerkgorg. Sommige voorwaarden staan op een specifieke plek in het model. Deze betreffen een specifieke zorgverlener of een bepaalde relatie tussen zorgverleners. Andere voorwaarden zijn algemeen van aard en staan daarom naast het model.

De 16 voorwaarden zijn omgezet in organisatorische uitgangsvragen. Per uitgangsvraag zijn één of meerdere aanbeveling(en) geformuleerd. Deze aanbevelingen zijn geformuleerd op basis van 'expert opinion' van de richtlijnontwikkelaars, tenzij ze al beschreven stonden in de NICE-richtlijn.⁸ Indien aanbevelingen zijn overgenomen uit de NICE-richtlijn is dit aangegeven. De nummering van de uitgangsvragen komt overeen met de nummering van de voorwaarden in het model en het visgraatdiagram.

Verklaring model netwerkgorg bij de ziekte van Parkinson

Het model voor netwerkgorg beschrijft de wenselijke situatie. Centraal hierin staat de patiënt met de ZvP, als directe belanghebbende en als actieve deelnemer aan het zorgproces. Ook de partner staat samen met de patiënt centraal in het model. De directe laag om de patiënt wordt gevormd door de neuroloog met expertise op het gebied van Parkinson, de Parkinsonverpleegkundige die aan de neuroloog verbonden is, de huisarts, de revalidatiearts en de specialist ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisarts). Deze laag kan beschouwd worden als een basis van waaruit de directe begeleiding van een patiënt met de ZvP plaatsvindt, één en ander afhankelijk van de behoeften op dat moment. Binnen deze directe laag zijn de huisarts, de neuroloog en de Parkinsonverpleegkundige altijd betrokken bij de zorg voor de patiënt met de ZvP. De revalidatiearts en de specialist ouderengeneeskunde zijn op indicatie betrokken.

De huisarts treedt op als medisch begeleider gedurende de hele levensloop, en in veel gevallen ook als schakel naar eerstelijns voorzieningen. De neuroloog en de Parkinsonverpleegkundige treden op als direct betrokken inhoudelijke experts en als schakel naar alle voorzieningen. In de regel zal het vaak zo zijn dat de revalidatiearts, met ondersteuning van een multidisciplinair team, vooral optreedt bij jongere patiënten met ADL, HDL en participatieproblemen. De specialist ouderengeneeskunde, eveneens met ondersteuning van een multidisciplinair team, zal hierbij vooral optreden bij (al dan niet dementerende) oudere patiënten met participatieproblemen (Aanbeveling 6). De overige zorgverleners (in eerste, tweede of derde lijn) en de Parkinson Vereniging worden betrokken op indicatie (Aanbeveling 7).

Vanaf het moment dat de diagnose gesteld wordt en zolang de patiënt nog thuis woont is de neuroloog de hoofdverantwoordelijke in de zorgverlening voor gezondheidsproblemen die gerelateerd zijn aan de ZvP. De Parkinsonverpleegkundige coördineert hierbij de zorg en doet dit in nauwe samenwerking met de neuroloog. Echter, in specifieke omstandigheden dienen de hoofdverantwoordelijkheid en zorgcoördinatie, in overleg met de neuroloog, overgedragen te

worden aan de revalidatiearts, specialist ouderengeneeskunde of de huisarts (Aanbeveling 11-3).

De werkgroep is van mening dat de aanwezigheid van een Parkinsonverpleegkundige in de netwerkzorg van een patiënt met de ZvP dan ook onontbeerlijk is. Naast zorgcoördinatie voert de Parkinsonverpleegkundige unieke verpleegkundige handelingen uit, zoals uitleg en begeleiding met aandacht voor veel aspecten waar neuroloog door tijdgebrek veelal niet aan toekomt. Bovendien kan de Parkinsonverpleegkundige vervanging leveren van specifieke taken van de neuroloog, bijvoorbeeld bij het instellen op medicamenteuze therapie. Welke taken dit zijn wordt bepaald in onderling overleg tussen de Parkinsonverpleegkundige en de neuroloog.

Buiten de directe laag bevinden zich de zorgverleners die op indicatie betrokken worden bij het zorgproces. Indicaties voor verwijzing worden concreet beschreven bij de aanbevelingen. Deze indicaties moeten bij alle betrokken zorgverleners bekend zijn, zodat elke zorgverlener een signaleringsfunctie kan hebben voor het inschakelen van de juiste zorgverleners bij de zorg. De coördinatie hiervan verloopt wederom via de Parkinsonverpleegkundige. Zo zal bijvoorbeeld de ergotherapeut bij het signaleren van lastig te duiden cognitieve problemen welke interfereren met de therapie en het dagelijkse leven van de patiënt via de Parkinsonverpleegkundige een klinisch neuropsycholoog kunnen inschakelen.

De taakverdeling kan regionaal afwijken van dit generieke model. Zo kan bijvoorbeeld de respons op de medicatie bepaald worden door de Parkinsonverpleegkundige in plaats van door een neuroloog, kan zorgcoördinatie uitgevoerd worden door een andere zorgverlener dan de Parkinsonverpleegkundige, kan mobiliteitsgerelateerde valpreventie verzorgd worden door de ergotherapeut en de fysiotherapeut, en kunnen de revalidatiearts en de specialist ouderengeneeskunde taken van elkaar overnemen. Verder kan een klinisch geriater ingezet worden naast of in plaats van de neuroloog bij patiënten met een hoge leeftijd, in combinatie met complexe, niet goed gereguleerde comorbiditeit op het terrein van de interne geneeskunde of polyfarmacie.

Bij een patiënt met de ZvP met enkelvoudige problematiek gaat de voorkeur uit naar behandeling door een neuroloog, ongeacht de leeftijd van de patiënt.