



Ilja van Rijn

Wijkverpleegkundige en casemanager dementie WIJdeZorg

“Dementiezorg is eigenlijk palliatieve zorg.”

Wie ben jij?

Ik heb een beetje gek pad bewandeld. In heb een achtergrond in Facility Management, iets totaal anders. Via een bijbaantje in de gehandicaptenzorg heb ik me omgeschoold tot verpleegkundige. Daarna ben ik overgestapt naar de wijkverpleging en volgde ik daar de opleiding tot casemanager dementie. Nu werk ik bij WIJdeZorg vooral in die functie, hoewel ik het vak van de wijkverpleging ook nog niet helemaal los kan laten. In mijn werk ontmoet ik veel kwetsbare mensen. Dementie gaat over verlies, over dingen die niet meer lukken. Daar hoort rouw bij. Palliatieve zorg zit vervlochten in mijn werk als casemanager dementie. Ik ben niet geschoold als palliatief verpleegkundige, maar heb wel bijscholingen over palliatieve zorg gehad. Ik zoek met de patiënten en naasten vooral naar wat nog wel lukt, nog wel kan. Waar wordt iemand nog blij van? Wat is kwaliteit van leven?

Wanneer en waarom heb je besloten om je in te zetten voor de palliatieve zorg?

Eigenlijk is alles wat wij als casemanagers dementie doen ook palliatieve zorg. Het is maar net hoe je het noemt. Soms noemen we het passende zorg. Uiteindelijk leidt dementie tot het levenseinde en in de tussentijd kijken we naar kwaliteit van leven. Wat dat betreft was mijn keuze voor dit werk meer een indirecte keuze voor palliatieve zorg. Ik vraag me ook wel eens af waarom er aparte netwerken zijn voor palliatieve zorg en voor dementie. Volgens mij is er veel overlap. Dementiezorg is eigenlijk palliatieve zorg.

Door de dementie worden we eigenlijk gedwongen om op tijd met de patiënt en naasten in gesprek te gaan over bijvoorbeeld wensen en grenzen. Eigenlijk zou je willen dat ieder mens van bijvoorbeeld 70+ al eens nadenkt en in gesprek gaat over ‘wat als ik kwetsbaar(der) word, als mijn gezondheid minder wordt, wat is dan belangrijk voor mij?’ Met een gezond brein kan je over dit soort vragen veel beter nadenken. Wat dat betreft kan je niet vroeg genoeg zijn.

Wat is de meest betekenisvolle bijdrage die je aan het verbeteren van de palliatieve zorg in de regio hebt geleverd?

In onze regio ben ik voorzitter van de PaTz-groep. Met verschillende professionals overleggen we daar over de palliatieve zorg. Hoe werken we goed samen? Een andere belangrijke vorm van overleg waar ik aan bijdraag is het Gestructureerd Periodiek Overleg (GPO). Daar bespreken we met onder andere de kaderarts palliatieve zorg, de huisarts, de praktijkondersteuner, de wijkverpleging en de casemanager de patiënten op individueel niveau. Soms zit er wat overlap in de werkzaamheden van bijvoorbeeld een palliatief verpleegkundige, de praktijkondersteuner en mijn werk als casemanager. Goed afstemmen, informatie delen, draagt dan rechtstreeks bij aan goede zorg voor de patiënt.

Hoe ziet voor jou samenwerking in de palliatieve zorg er uit?

Het helpt ontzettend als je elkaar kent. Door met elkaar samen te werken, ken je elkaars manier van werken en kan je op elkaars deskundigheid vertrouwen. In de PaTz-groep en in het GPO vinden we elkaar makkelijk. Die samenwerking is voor mij als casemanager cruciaal. Samen zorgen we voor de best mogelijke zorg. Als casemanager kijk ik altijd in de breedte. In de palliatieve zorg heet het dan proactieve zorgplanning of gaat het over de vier dimensies. Dat zit eigenlijk verweven in mijn werk als casemanager.

Hoe zou de palliatieve zorg er volgens jou over vijf jaar uit moeten zien?

Ik denk dat heel veel in onze regio goed gaat. Natuurlijk droom ik wel eens van nog betere zorg. Het zou misschien wel het allermooist zijn als wij als casemanagers en wijkverpleegkundigen verbonden zijn aan de huisartsenpraktijken. Dat zou de lijnen nog korter maken. Daarnaast zou wat mij betreft de rol van de specialist Ouderengeneeskunde groter mogen zijn. Die kan heel erg helpen om goed vast te leggen wat iemand nog wel en niet wil. Zodat we bijvoorbeeld voorkomen dat iemand naar een ziekenhuis wordt gestuurd voor een behandeling, terwijl dat niet meer de wens is.

Ik gun iedereen die ongeneeslijk ziek is, of dat nou komt door dementie of een andere ziekte, een eigen casemanager die het hele proces mee kan lopen. Als casemanager ken je de patiënt, ken je de naasten, je weet wat ze belangrijk vinden én je kent de zorgverleners in de regio. Continuïteit is in deze zorg zo belangrijk. De intensiteit in het contact zal wisselend zijn, afhankelijk van hoe de ziekte zich ontwikkelt. Als casemanager blijf je het hele proces betrokken. De manier waarop we de zorg met elkaar organiseren zou daarvan uit moeten gaan.