

Deze powerpoint is gepresenteerd op het 3^e WCN-Verenso
symposium

Got to Move

Bewegen en multimorbiditeit na een beroerte

4 juni 2010

Deze presentatie is eigendom van Romke van Balen, specialist
ouderengeneeskunde Laurens, Antonius Binnenweg, Rotterdam.

Het gebruiken van (delen van) deze presentatie mag alleen in
overleg met de auteur.



LEIDS UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM

*Geriatrische beroerte revalidatie
Overheveling van AWBZ naar ZVW
Gaat de patiënt erop vooruit?*

Romke van Balen

PUBLIC HEALTH

EN



EERSTELIJNSGENEESKUNDE

Inhoud presentatie

- Omvang en aard geriatrische revalidatie beroerte
- Intensiteit huidig versus gewenst
- Behandelkader Verenso
- Overheveling financiering
- Zorgpaden en proeftuinen
- Dynamisch tarief

Geriatrische revalidatie definitie

- **Geïntegreerde multidisciplinaire zorg die gericht is op verwacht herstel van functioneren en participatie bij laag-belastbare ouderen (frail elderly) na een acute aandoening of functionele achteruitgang. (werkgroep geriatrische revalidatie Verenso)**



Ontslagbestemming uit ziekenhuis

- Opname ziekenhuis (steeds korter)



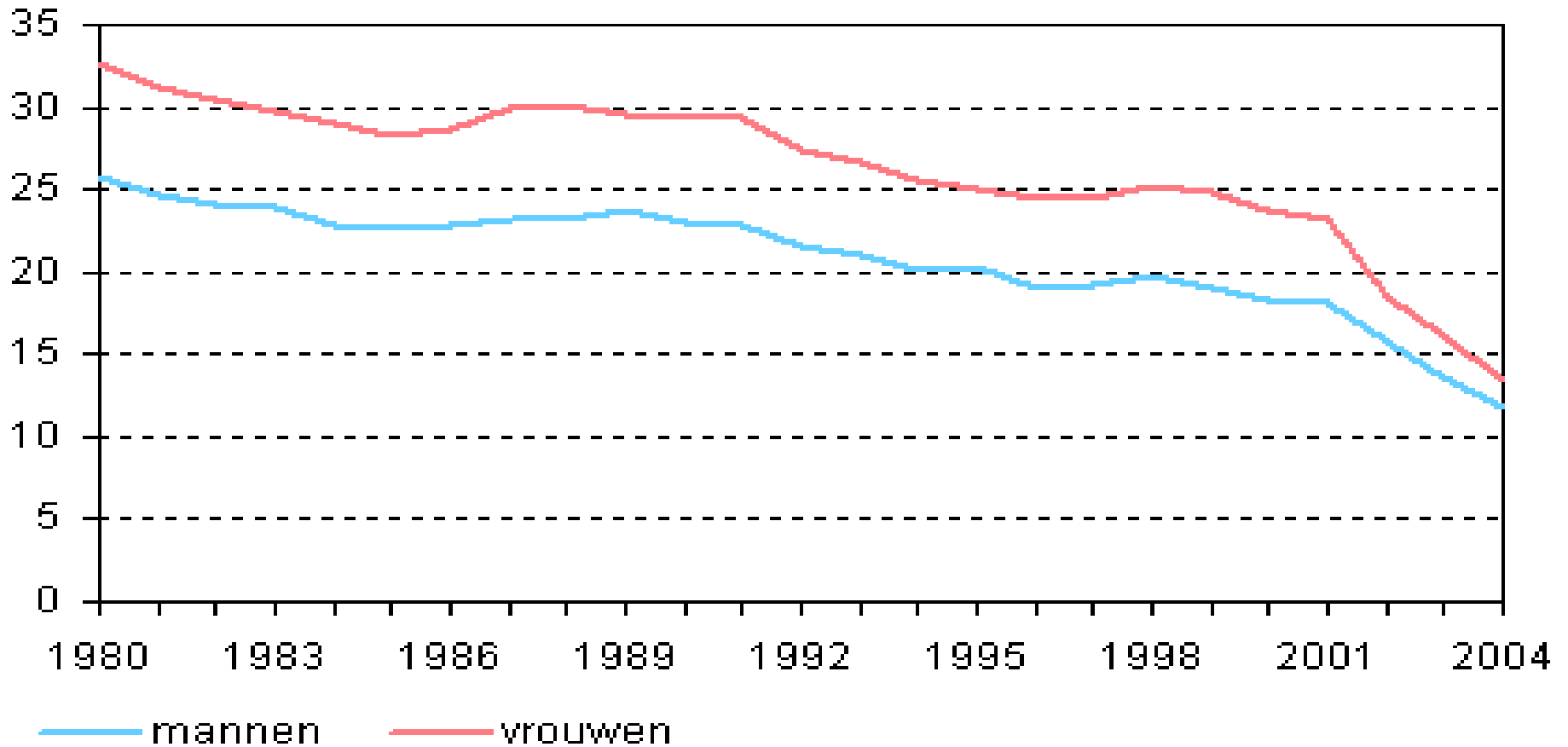
Ad 1. complex revalidatie technisch, leerbaarheid en trainbaarheid, belastbaarheid, terugkeer naar thuis situatie, actieve maatschappelijke rol

Ad 2. geriatrische revalidatie, verminderde leerbaarheid en belastbaarheid door comorbiditeit, multidisciplinair, complex, veel complicaties, medisch instabiel; ZZP9

Ad 3. eenvoudige revalidatie aansluitend op ziekenhuisopname, (zelf) regie intact. Monodisciplinaire revalidatie; tijdelijke ZZP6

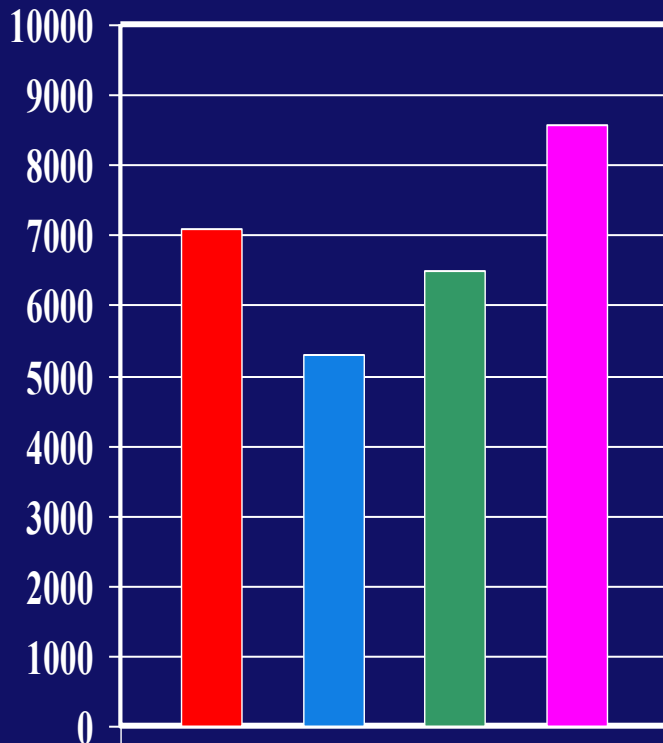
**Cave: prognose, benodigde inzet therapie en complexiteit is moeilijk in te schatten, triage door specialist ouderengeneeskunde en revalidatie arts
Beslissing beroerte**

gemiddelde opnameduur (dagen)



Aantal verpleeghuisrevalidatie patiënten in Nederland per jaar ETC-Tangram/LUMC 2007

Totaal
27.500

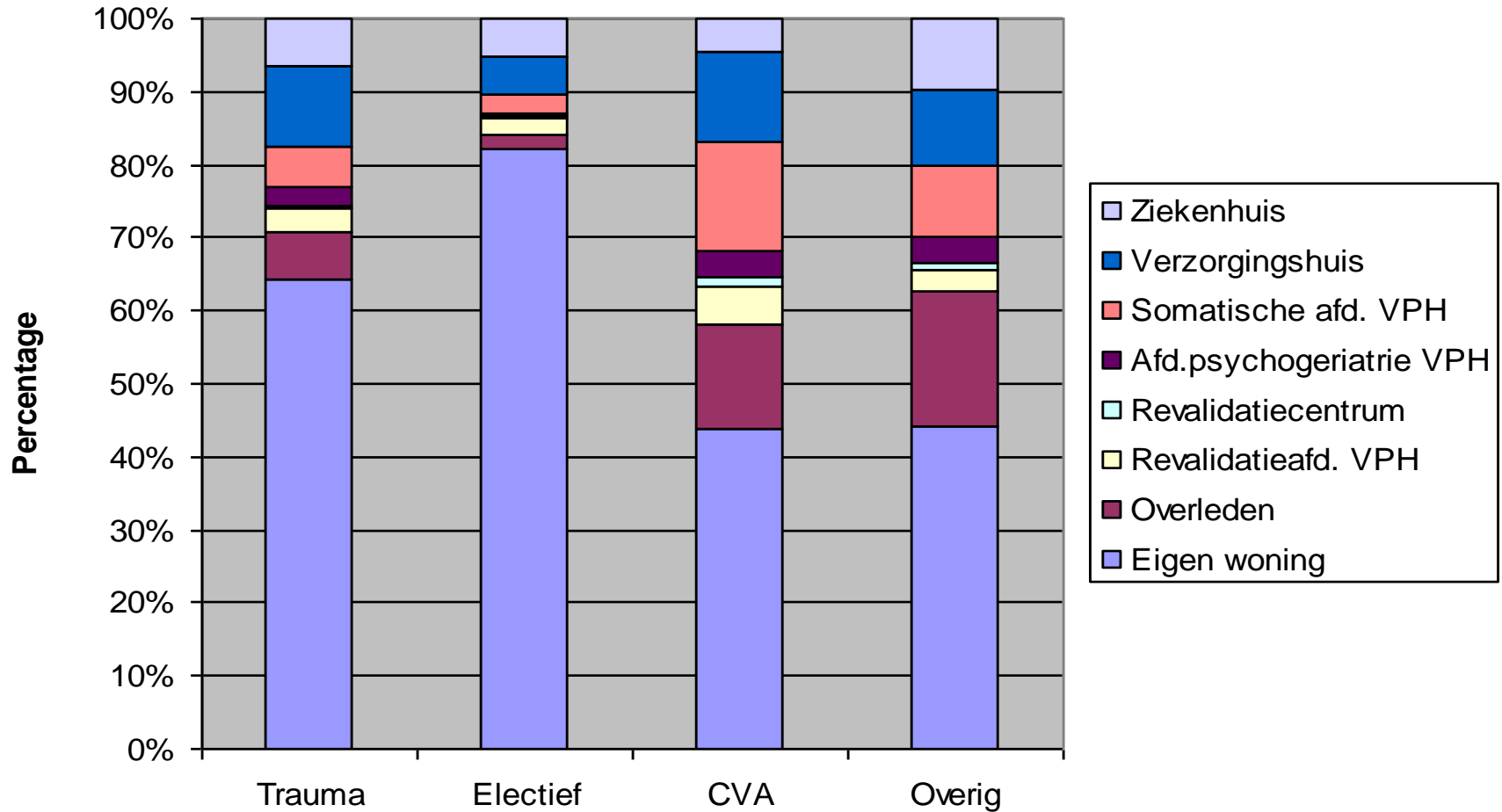


- Heupfracturen 53 %
- Bekkenfracturen 8 %
- Onderbeen fr 5 %
- Humerusfractuur 5 %
- Wervelfractuur 5 %

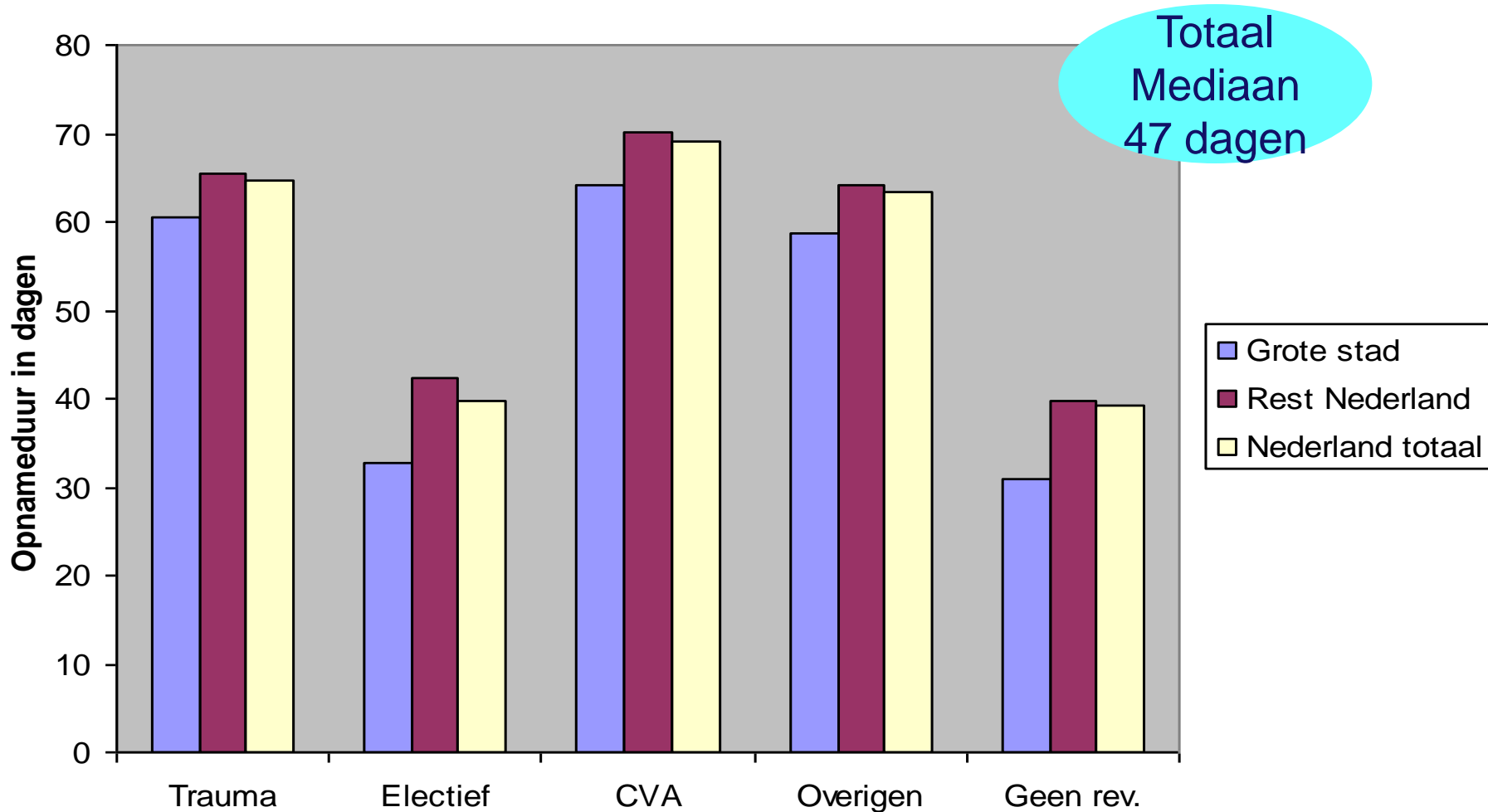
- THP 39 %
- Revisies 13 %
- TKP 29 %

- Bewegingsapparaat : 28 %
- Gastro intestinaal : 15 %
- Respiratoir : 13 %
- Cardiovasculair : 10 %
- Neurologisch : 7 %
- Anemie/alg zwakte : 9 %
- Dementie/org psych : 3 %
- Rest : 14 %

Ontslagbestemming per diagnosegroep



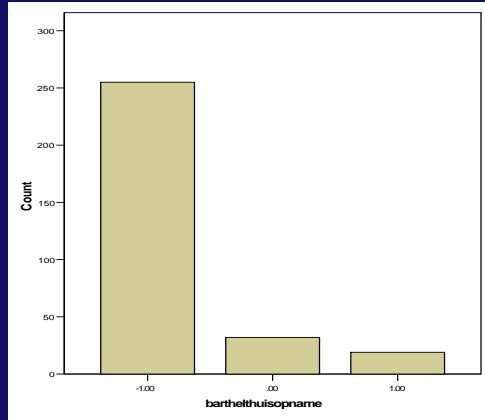
Gemiddelde opnameduur per diagnosegroep



Patiënten hebben gemiddeld 4 nevendiaagnosen en maken 2 complicaties door waarvan 1/5 ernstig

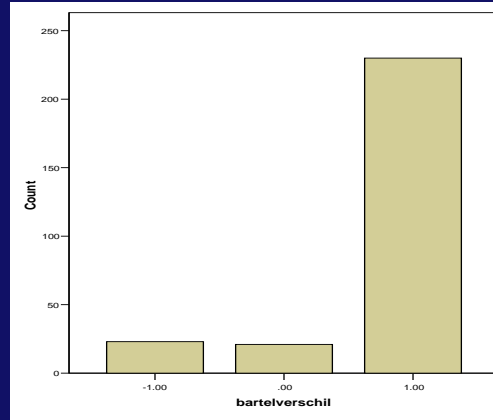
stoornissen		<i>electief</i>	<i>trauma</i>	<i>CVA</i>	<i>overig</i>	
Functioneren vóór	+		+	++	+	
Functioneren bij	+		++	+++	++	
Communicatie/zint	+		++	++	+	
cognitie	+		++	+++	++	
stemming	+		++	+++	++	
gedrag	+		++	+++	+++	
adl/mobiliteit	+		++	+++	+++	

vooraf thuis – bij opname



achteruit ↔ gelijk ↔ vooruit

bij opname – bij ontslag

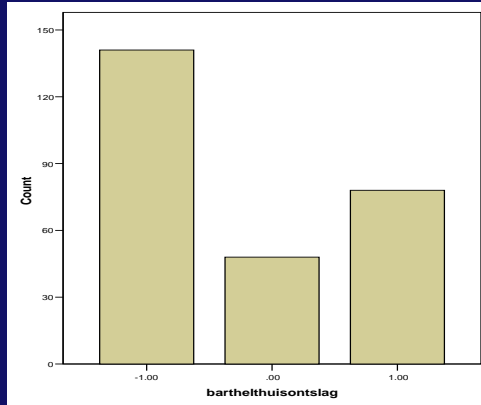


achteruit ↔ gelijk ↔ vooruit



1. darm
2. blaas
3. uiterlijk
4. toilet
5. eten
6. transfer
7. mobiliteit
8. kleden
9. traplopen
10. bad/douche

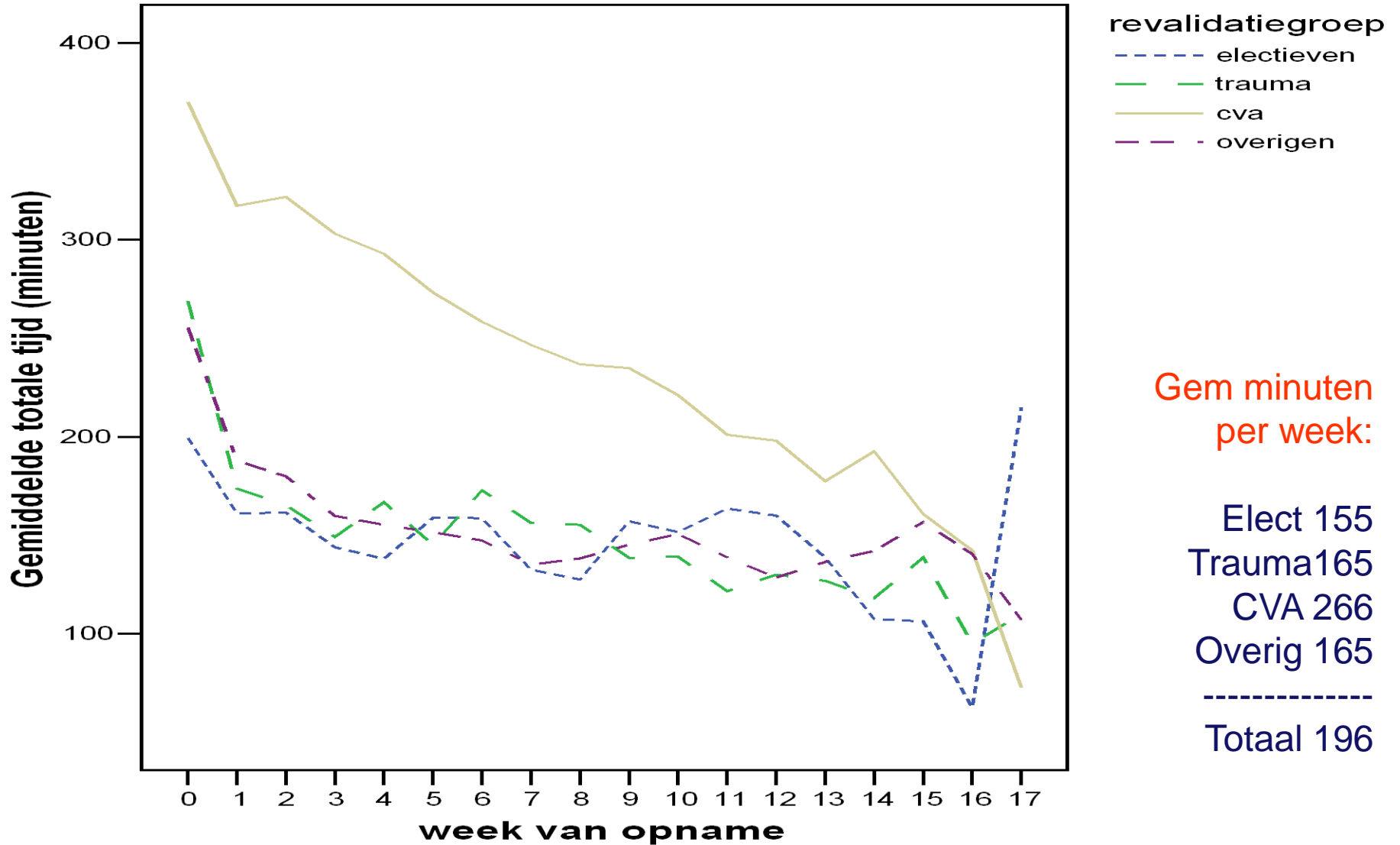
vooraf thuis – bij ontslag



achteruit ↔ gelijk ↔ vooruit

Het gaat niet alleen om herstel
maar vooral ook
om tijd voor het hervinden van
een nieuw wankel evenwicht,
desnoods op een afhankelijker niveau.

Hoeveel (patiëntgebonden) tijd kost het de behandelaars?



*Evidence intensiteit van therapie
er is alleen evidence in de beroerte revalidatie*

- Richtlijn beroerte

350 minuten per week

Intensieve oefentherapie bij opname in een stroke unit, revalidatiecentrum of verpleeghuis (van gemiddeld 48 minuten fysio en 23 minuten ergotherapie per werkdag) leidt tot betere uitkomsten in termen van loopvaardigheid, ADL-zelfstandigheid (zoals lopen, aankleden en wassen) en instrumentele ADL vaardigheden (zoals buitenshuis lopen, koken en doen van huishoudelijke activiteiten).

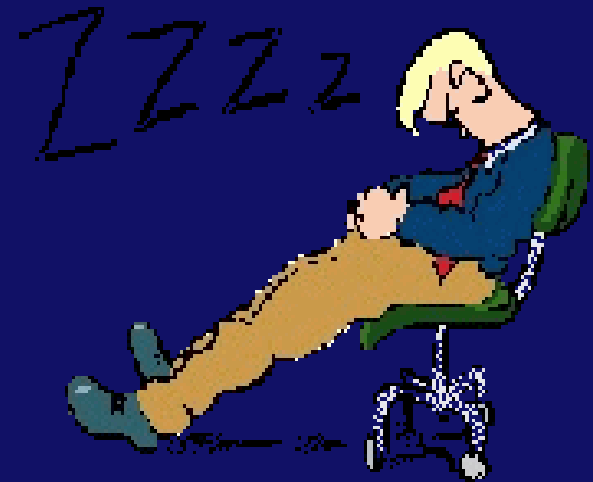
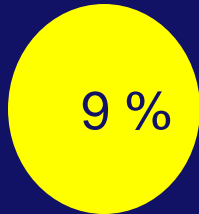
A1 Kwakkel 2004

Een andere bevinding in de cumulatieve meta-analyse was dat een contrast in therapietijd van minimaal 16 uur nodig was (over een periode van 3.7 maand (std. 1.9) om 1 punt verschil te krijgen op een Barthel-Index door intensiever oefenen (Kwakkel 2004).

Uit LUMC onderzoek: totale therapietijd van ergo+fysio : 31 uur

160 minuten per week

• Therapeutic Activities	mean time in minutes (% of day)
• Nursing care	46.5 (9%)
• Physiotherapy	18.8 (4%)
• Other therapeutic act.	14.7 (3%)
• Speech therapy	13.5 (3%)
• Occupational therapy	8.2 (2%)



- AWBZ



ZVW

Overheveling van AWBZ naar ZVW

- Per 2012
- Strikte afbakening tot geriatrische revalidatie ...nieuwe omschrijving ZZP9 in afwachting van. Onderscheid ZZP9 a en b
- Financiering op basis van DBC per 2013 conform revalidatie DBC's
- Zorgpad ontwikkeling onder leiding van NPCF
- Verenso maakt behandelkaders

Budgettair neutraal

IGZ bezorgd over nazorg



*Budgettair neutraal? Ziekenhuizen ontslaan steeds sneller
gevolg: zorgverzwaring voor verpleeghuizen
budget altijd in gehele keten*

Heeft overheveling voordelen?

- Intensievere kortere intramurale revalidatie
- Prikkel tot eerder ontslaan naar huis en voortzetting revalidatie poliklinisch of in dagbehandeling
- Verschuiving van kosten binnen de keten
- Meer transparantie
- Meer verantwoording en registratie
- Prikkel tot betere samenwerking in de keten
- Concentratie, specialisatie en kwaliteitsverbetering (mede afgedwongen door zorgverzekeraar)

DBC : vast bedrag of gedifferentieerd tarief?

spookrekeningen zijn de wereld nog niet uit




Revalidatie DBC's

- Op basis van duur (aantal dagen) en intensiteit van therapie (per 5 minuten); onderverdeeld in 4 intensiteits klassen en per intensiteitklasse in 18 “opnameduur” klassen
- Klinisch, poliklinisch, consulten, specialistische behandelingen
- Registratie van zorgactiviteiten direct vs indirect patiëntgebonden
- Indirecte zorgactiviteiten onderverdeeld in rapportage, bespreking en testen en analyse
- Enkele specifiek “zware” verpleegkundige activiteiten apart zoals decubitus, mictie en defecatie, ademhalingsondersteuning
- Diagnosen moeten wel worden geregistreerd
- Matige prikkel voor kortere en intensievere revalidatie

Dynamisch tarief?

DBC ontwikkeling : registratie versus expert benadering > behandelkaders Verenso

- **Inhoud**

- 1. Doelgroep  CVA orthopedie, trauma, amputatie overig

- 1.1 Aandoening en verschijnselen

- 1.2 Hulpvragen

- 1.3 Indeling patiëntengroepen  Naar aard of intensiteit

- 1.4 Patiëntenstromen

- 2. Het behandelkader

- 2.1 Fasen in de revalidatie

- 2.2 Zorgactiviteiten per fase

- 2.2.1 Fase voor opname

- 2.2.2 Observatiefase

- 2.2.3 Behandelfase

- 2.2.4 Ontslagfase

- 3. Randvoorwaarden 

CVA: 16 uur per week

Specialisatie/concentratie
Deskundigheid personeel
Ketenafspraken
Materiaal/ruimte
Kwaliteit/ opnameduur

2. 'Wanneer kan ik naar huis ?'

- a. medicijnen toedienen
- b. helpen bij voeding
- c. toiletbezoek begeleiding
- d. toiletbezoek met lift
- e. ongepland aandacht vragen
- f. transfer → bed, begeleid / lift
- g. klaarmaken voor de nacht

hulpprofiel > kantooruren

profiel	avond	nacht
0	-	-
1	1 x	-
2	2 x	-
3	-	1 x
4	-	2 x
5	1 x	1 x
6	1 x	2 x
7	2 x	1 x
8	2 x	2 x

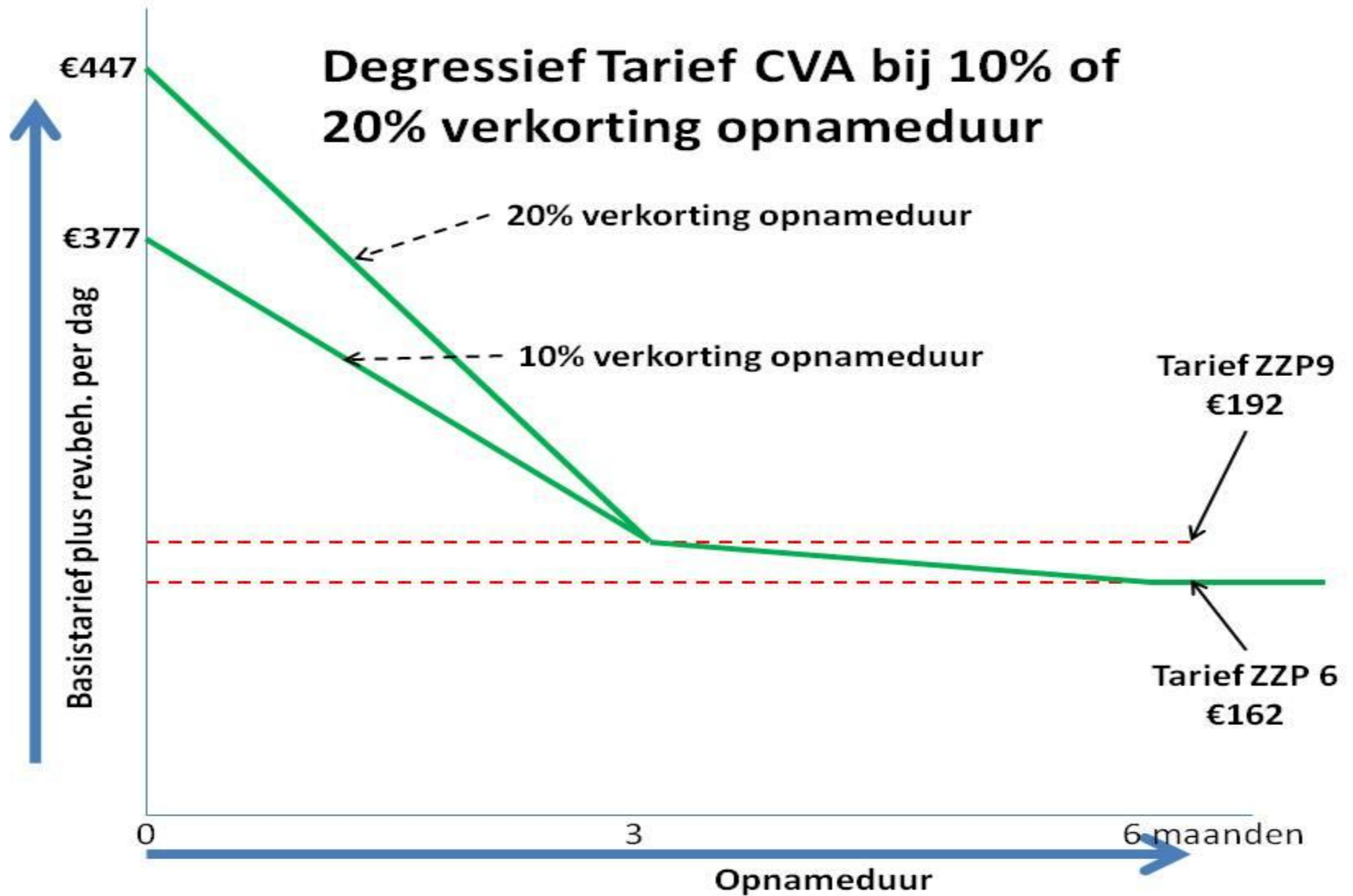
% hulp (315x) per avond/nachtprofiel per patiëntcategorie (intramuraal) aan 65 pt'n

patiënten		avond/nachthulp profiel				
categorie	N=	0	1-2	3-4	5-8	0-8
cva	21	5	12	1	17	34
trauma	25	12	13	0	15	42
overig	19	5	10	2	8	24
totaal	65	22	35	3	40	100

60%

Revalidanten kunnen sneller naar huis met integrale behandeling in centrum/poli.

Degressief tarief CVA

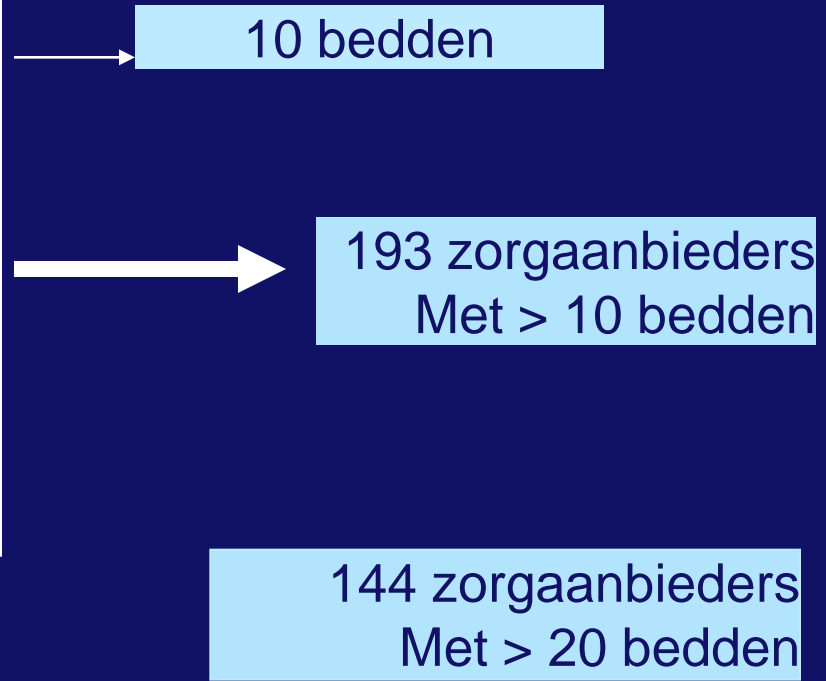


Kwaliteitscriteria; randvoorwaarden

- *Adequate omvang*
- Concentratie >> minimaal 10 bedden beroerte revalidatie
- Ketenzorg>>> CVA keten---stroke service
- Opleiding >>> afspraken over regelmatige scholing
- Deskundigheid>>>minimaal niveau 4 (24/7) beschikbaar

- In toekomst: ook effect indicatoren zoals vooruitgang in functioneren, ontslagpercentage naar oorspronkelijke woonomgeving en opnameduur. Cave: selectie aan de poort

Aantal indicatie besluiten	Aantal zorgaanbieders
1-10	816
11-20	53
21-50	54
51-100	49
101-150	50
151-250	53
> 250	41
totaal	1.116



Mobiliteit

- 1. Zitten
- 2. Staan
- 3. Transfers
- 4. Lopen binnenshuis
- 5. Lopen langere afstanden
- 6. Traplopen
- 7. Rolstoelrijden

Zelfverzorging

- 8. Eten en drinken
- 9. Persoonlijke verzorging
- 10. douchen/baden
- 11. aan/uitkleden
- 12. Toiletgang
- 13. Incontinentie blaas
- 14. Incontinentie darm

Communicatie

- 15. zich uiten
- 16. begrijpen

Cognitie

- 17. visuele waarneming
- 18. oriëntatie in tijd en plaats
- 19. aandacht
- 20. geheugen
- 21. taakuitvoering

Gedrag

- 22. initiatief
- 23. gedragsregulatie
- 24. sociaal gedrag

pijn

vermoeidheid

somberheid

verdriet

angst

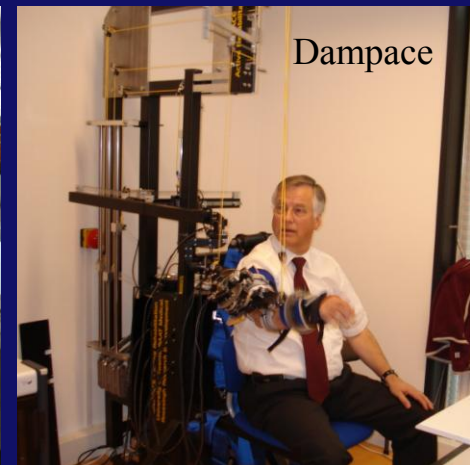
boosheid

5 = zonder moeite, zonder hulp, zonder hulpmiddel of aanpassing
 4 = zonder moeite zonder hulp, met hulpmiddel of aanpassing
 3 = met moeite, zonder hulp, zonder hulpmiddel of aanpassing
 2 = met moeite, zonder hulp, met hulpmiddel of aanpassing
 1 = met gedeeltelijke hulp van anderen (> 50% zelf)
 0 = grotendeels of volledig door anderen (< 50 % zelf) of niet uitgevoerd

vas

0 : helemaal geen
 100: ergst
 voorstelbaar

- ontslag-logistiek: overbrugging avond/nachthulp thuis
integrale triage in Medisch Centrum
- lotgenoten-groepstraining Dagcentrum Behandeling Ouderen
- intensieve zelftrainingsprogramma's thuis
- en houd ze in de gaten:
‘first users’ robotica (Medical Delta)
voor begeleide zelftraining vd armen / lopen



- Geriatrische revalidatie is sterk in beweging zowel in regelgeving als wat betreft inhoud
- De bulk van de intramurale revalidatie na een beroerte vindt plaats in het verpleeghuis
- Verandering in financiering zal leiden tot concentratie, specialisatie en kwaliteitsverbetering
- De verpleeghuisrevalidatie kan korter, intensiever en het effect dient gemeten te worden

Concurrentie tussen verpleeghuisrevalidatie en revalidatie centra?



Geen concurrentie maar
samenwerking
Er is werk genoeg