

Proeftuinen
en
Kruisbestuiving

25 mei 2011

**vierde symposium van in de stroke service samenwerkende revalidatieartsen en
specialisten ouderengeneeskunde**

verenSo
specialisten in
ouderengeneeskunde





Organisatie

WCN (Werkgroep CVA Nederland)
WSCV (werkgroep symposium CVA Verenso)

Drs. Lotta de Boer, revalidatiearts
ldboer@trappenberg.nl

Drs. Dia Groen, specialist ouderengeneeskunde
groend@de-leiboom.nl

Drs. Tineke Krikke- Sjardijn, specialist ouderengeneeskunde
t.krikke@sintjacob.nl

Drs. Frank Kuijvenhoven, specialist ouderengeneeskunde
fkuijvenhoven@sutfene.nl

Drs. Mirjam van Loo, revalidatiearts
m.vanloo@sophiarevalidatie.nl

Drs. Kirsten Nienhuys, revalidatiearts
k.nienhuys@reade.nl

Drs. Theo Semeijn, revalidatiearts
theo-semeijn@live.nl

Drs. Maarten Tolsma, revalidatiearts
m.tolsma@heliomare.nl

Dagvoorzitters

Drs. Aafke de Groot,
specialist ouderengeneeskunde, Vivium Zorggroep, locatie Naarderheem, GERION/ VUmc

Drs. Kirsten Nienhuys,
revalidatiearts, Reade Amsterdam

Sprekers

Prof. dr. Wilco Achterberg, specialist ouderengeneeskunde en Hoogleraar Institutionele Zorg en Ouderengeneeskunde
Leids Universitair Medisch Centrum

Drs. Sacha Deetman, specialist ouderengeneeskunde,
Cordaan Amsterdam

Drs. Luikje van der Dussen, revalidatiearts,
RC De Trappenberg, locatie Almere

Drs. Manon Fens, onderzoeker CVA-ketenzorg,
Maastricht Universitair Medisch Centrum

Drs. Aafke de Groot, specialist ouderengeneeskunde,
Vivium Zorggroep, locatie Naarderheem, GERION/ VUmc

Drs. Anouk Hofstee, specialist ouderengeneeskunde,
zorggroep Almere, locatie Flevoburen

Dr. Rianne Huis in 't Veld, bewegingswetenschapper en senior researcher
Roessingh Research and Development, Enschede

Drs. Kirsten Nienhuys, revalidatiearts,
Reade Amsterdam

Dr. Ingrid van de Port, bewegingswetenschapper en onderzoeker Kenniscentrum
Revalidatiegeneeskunde Utrecht, Revalidatiecentrum De Hoogstraat en Universitair Medisch
Centrum, Utrecht

Drs. Herbert van de Sande, specialist ouderengeneeskunde
Laurens Antonius Binnenweg, Rotterdam

Dr. Sven Schiemanck, revalidatiearts,
Academisch Medisch Centrum Universiteit van Amsterdam

Dr. Monica Spruit- van Eijk, specialist ouderengeneeskunde
Zorgcombinatie Nieuwe Maas, locatie het Zonnehuis, UMC St Radboud.

Drs. Marieke Terwel, psycholoog
Laurens Antonius Binnenweg, Rotterdam

Drs. Tom Vluggen, fysiotherapeut stichting Vivre Maastricht, onderzoeker CAPHRI, School for
Public Health and Primary Care,
Universiteit Maastricht

Drs. Markus Wijffels, revalidatiearts
Rijndam revalidatiecentrum, Rotterdam

Pagina	Tijd	Titel Auteur
		<i>Opening proeftuinen</i>
4	09.55	Innovatie in de geriatrische revalidatie via het proeftuinproject Wilco Achterberg
6	10.25	Samenwerking binnen de Proeftuin Sven Schiemanck, Sacha Deetman
7	10.55	Determinanten van 'low intensity' revalidatie Monica Spruit-van Eijk
		<i>Pauze & kruisbestuiving</i>
9	11.45	Samen de markt op in Almere: stand van zaken na een jaar Luikje van der Dussen, revalidatiearts en Anouk Hofstee
10	12.15	MAESTRO-project: onderzoek naar de effecten van het multidisciplinaire zorgprogramma 'Samen Sterk na een Beroerte' Tom Vluggen
		<i>Lunch & kruisbestuiving</i>
13	13.45	Telerevalidatie Rianne Huis in 't Veld
14	14.15	Gat te vullen met samenwerking op de polikliniek? Markus Wijffels, Herbert van de Sande
17	14.45	SIGEB: gestructureerde assessment voor zorg op lange termijn Manon Fens
		<i>Pauze & kruisbestuiving</i>
19	15.35	Lange termijn gevolgen van een beroerte Ingrid van de Port
20	16.05	"Alles is revalidatie" Marieke Terwel
		<i>Sluiting & kruisbestuiving</i>

09.55 **Innovatie in de geriatrische revalidatie via het proeftuinproject**
Wilco Achterberg

Samenwerken in de Proeftuinen geriatrische revalidatie en monitor:

SINGER: Synergy and innovation in Geriatric rehabilitation

Geriatrische revalidatiezorg bestaat uit geïntegreerde multidisciplinaire zorg gericht op herstel van functioneren en sociale participatie bij laag belastbare ouderen, na een acute aandoening of functionele achteruitgang. Er wordt gestreefd naar een zodanig herstel op het niveau van activiteiten en participatie, dat terugkeer naar de oude woonsituatie mogelijk is. De geriatrische revalidant wordt gekenmerkt door verhoogde somatische, psychische en sociale kwetsbaarheid en regieverlies over het eigen leven ('frailty'). Vaak is er sprake van concrete beperkingen en multimorbiditeit. Geriatrische revalidatie vindt plaats onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde. De intramurale geriatrische revalidatiezorg wordt op dit moment bekostigd vanuit de AWBZ, na indicatie voor ZZP9. Deze zorg wordt, naar verwachting in 2013 overgeheveld naar de Zvw, waarbinnen vanaf 2014 financiering plaats zal vinden op basis van DBC's. Reden van de overheveling is dat de revalidatiezorg behandeling is, en onder regie van de zorgverzekeraar, meer in een keten kan worden georganiseerd. De verwachting is dat daarmee de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg wordt verbeterd wat ten goede zou moeten komen aan de cliënt. In 2011 zal een representatief deel van de instellingen die ZZP9 leveren gegevens gaan registreren ten behoeve van de ontwikkeling van DBC's. Dit betekent dat aanbieders hun bestaande zorgaanbod zullen gaan registreren. Partijen in het veld zijn van mening dat het huidige aanbod van revalidatiezorg op basis van ZZP9 geen goed beeld geeft van wat kwalitatief goede revalidatiezorg voor de doelgroep zou moeten inhouden. In de DBC-registratie zou daarom ook een zorgaanbod moeten worden meegenomen dat vooruitloopt op wat overheveling beoogt. Dit betreft zorg die passend is bij de hulpvraag van de cliënt, die flexibel en op maat kan worden ingezet en die tot stand komt door samenwerking in de keten tussen aanbieders en inkopers.

Partijen betrokken bij de overheveling (koepels van zorgaanbieders, verzekeraars, cliëntorganisaties en rijksoverheid) laten dit vernieuwende aanbod uitproberen en registreren in proeftuinen. Het vernieuwende aanbod zal divers van aard zijn, maar toch zullen er clusters van bepaalde zorginnovaties te onderscheiden zijn, voor een groot deel gebaseerd op de zorgpaden van de NPCF. Zorgaanbieders en verzekeraars in een regio die geïnteresseerd zijn in vernieuwende zorg kunnen samen een proeftuin vormen. Er hebben zich zeventien samenwerkingsverbanden aangemeld als proeftuin. De proeftuinen zijn in 2011 van start gegaan. Het doel van de proeftuinen is het organiseren van een innovatief, flexibel aanbod van somatische revalidatiezorg dat op maat is gesneden voor de cliënt, in samenwerking met diverse aanbieders in de keten en de zorgverzekeraars. De initiatiefnemers willen in de proeftuinen de volgende resultaten bereiken:

- Een samenhangend aanbod van geriatrische revalidatiezorg in de regio met meerwaarde voor cliënten.
- Ervaringen opdoen die relevant zijn voor de invulling van de regierol van de zorgverzekeraar.
- Gegevensaanlevering ten behoeve van de DBC-registratie.



In deze presentatie komen de volgende elementen aan de orde:

- doel en opzet van de proeftuinen
- samenwerking SO en revalidatiearts
- doel en opzet van de monitor **SINGER**

Wilco Achterberg

Professor of institutional care and elderly care medicine

Department of public health and primary care

Leiden University Medical Center

w.p.achterberg@lumc.nl

10.25 **Samenwerking binnen de Proeftuin** Sven Schiemanck, Sacha Deetman

Ondanks de zorgketen afspraken in Stroke Service Amsterdam Zuidoost patiënten, in 1998 gezamenlijk vastgelegd, wordt de revalidatieafdeling in het verpleeghuis voor verschillende doeleinden gebruikt: als revalidatieafdeling voor geriatrische patiënten na een beroerte, als transitieafdeling voor overname van de revalidatie door het revalidatiecentrum, maar ook als overplaatsingsmogelijkheid voor de “verkeerde bed problematiek” vanuit het ziekenhuis. Inmiddels is er aandacht voor verbetering van de revalidatiezorg in de verpleeghuizen en voor verbetering van de logistieke processen. Er wordt gewerkt aan nieuwe organisatiestructuren, versterking van samenwerking met de ketenpartners, uitbreiding van het therapieaanbod en innovatie van de zorg. Door middel van de “Proeftuinen” wordt de geriatrische revalidatie in het verpleeghuis naar een hoger niveau getild.

VWS en Actiz en diverse andere betrokken partijen vragen zich af of de intensiteit van de behandeling tijdens opname niet verhoogd kan worden, en of de opnameduur kan worden verkort. Doel van het Proeftuinproject is om de geriatrische CVA patiënt een meer op het individu toegespitste behandeling te bieden die uiteindelijk zal leiden tot betere functionele uitkomsten van de patiënt, maar tevens een kostenbesparing in de zorg.

In de praktijk blijkt dat de zorg in Nederland per regio verschillend is geregeld. De zorg van CVA patiënten is in Amsterdam zelfs per zorgketen anders georganiseerd. Ook regionaal zijn er verschillen in CVA-zorg in Nederland wat betreft inhoud en logistiek. Door middel van de Proeftuinen wordt geëvalueerd wat de “best-practise” geriatrische revalidatie is. Het proeftuinproject zal moeten leiden tot een kwaliteitsverbetering in de geriatrische revalidatiezorg.

Deze presentatie gaat over hoe de CVA ketenzorg georganiseerd is in Amsterdam Zuidoost en met wat voor knelpunten we momenteel te maken hebben.

Wat voor verbeteringen zijn er te verwachten met de invoering van de Proeftuin? Worden de revalidatiearts en specialist ouderengeneeskunde nu concurrenten of gaan ze intensiever samenwerken? Waar liggen de kansen ter verbetering van de samenwerking? Kan dit leiden tot ontschotting van de revalidatiezorg en betere continuïteit in de revalidatiebehandeling voor de patiënt met verbeterde functionele uitkomsten op de lange termijn? Leidt dit mogelijk in de toekomst tot een transmurale DBC?

Aan de hand van een aantal praktijkvoorbeelden wordt geïllustreerd wat het effect is van een goede samenwerking tussen de revalidatiearts en specialist ouderengeneeskunde op het revalidatieproces. Zelfs het geriatrische brein blijkt nog behoorlijk plastisch te zijn!

10.55 **Determinanten van 'low intensity' revalidatie**
Monica Spruit-van Eijk

Doel: Identificeren van predictoren van revalidatie-uitkomsten bij CVA revalidanten in verpleeghuizen, met name de rol van multimorbiditeit.

Design: Prospectief follow-up onderzoek in 15 Nederlandse verpleeghuizen.

Participanten: Alle patiënten die werden aangemeld voor CVA revalidanten in participerende verpleeghuizen werden gevraagd mee te werken aan het onderzoek. Exclusiecriteria waren: geen informed consent, wilsonbekwaamheid voor participatie aan het onderzoek, verwacht kort verblijf (korter dan 2 weken), terminaal ziek bij binnenkomst.

Methode: Multidisciplinaire teams verzamelden data bij opname in het verpleeghuis en bij ontslag: demografische gegevens, ziekte-gerelateerde gegevens, functionele status, cognitieve status, en gegevens over multimorbiditeit. Multimorbiditeit, gemeten met de Charlson index, werd gedefinieerd als een adjusted Charlson index score >1 . Naast de belangrijkste uitkomstmaten, succesvol ontslag en Barthel index bij ontslag, werd nader onderzoek verricht naar de determinanten van balans bij opname.

Resultaten: Van de 378 patiënten, werden er 186 geïncludeerd in deze studie. Er waren van 175 patiënten follow-up gegevens bekend. Van deze werden 123 patiënten succesvol ontslagen (70%). Hoge Berg Balance Score (BBS), goede score op star cancellation test en lage leeftijd waren onafhankelijk geassocieerd met succesvolle revalidatie en functionele status bij ontslag (R^2 respectievelijk 40.4% en 55.8%). De BBS alleen had een verklaarde variantie van respectievelijk 28% en 46%. Multimorbiditeit was niet onafhankelijk geassocieerd met revalidatie-uitkomsten, maar is wel in belangrijke (en onafhankelijke mate) geassocieerd met de BBS bij opname.

Conclusies: Geriatrische patiënten, die revalideren na CVA in Nederlandse verpleeghuizen, hebben een goede prognose om succesvol gerevalideerd te worden binnen 1 jaar na opname. Goede balans is de belangrijkste voorspeller voor goede revalidatie-uitkomst.



verenSo
vereniging in
zorgverzekering

Preftuinen en Kruisbestuiving
25 mei 2011

Samen de markt op in Almere: stand van zaken na een jaar

11.45 Luikje van der Dussen, revalidatiearts en Anouk Hofstee

De Stroke Revalidatie Unit Almere is een samenwerkingsverband van Flevoziekenhuis, Zorggroep Almere en De Trappenberg. Tijdens het derde symposium van in de stroke service samenwerkende revalidatieartsen en specialisten ouderengeneeskunde “Got to Move” in 2010 werd een presentatie gegeven van eerste ervaringen van de Stroke Revalidatie Unit. Bij de ontwikkeling van een nieuwe werkwijze voor patiënten die met complexe problemen worden overgenomen van de stroke unit van het Flevoziekenhuis werd indertijd uitgegaan van de meest actuele (wetenschappelijke) inzichten m.b.t. de behandeling van patiënten na een beroerte. De samenwerking binnen de Stroke Revalidatie Unit is gehuisvest in een vleugel van het Flevoziekenhuis en heeft als doel de kwaliteit van de revalidatie na een beroerte in de vroege fase te bevorderen.

Bij de presentatie tijdens het vierde symposium van in de stroke service samenwerkende revalidatieartsen en specialisten ouderengeneeskunde “Proeftuinen en kruisbestuivingen” op 25 mei 2011, wordt de stand van zaken na één jaar toegelicht.

Middels samenwerking binnen de Stroke Revalidatie Unit wordt onder andere de intensiteit van therapie verbeterd en is tevens een optimale triage mogelijk. Ook geeft de samenwerking een positieve inhoudelijke kruisbestuiving tussen de therapeuten van de verschillende organisaties.

- 12.15 **MAESTRO-project: onderzoek naar de effecten van het multidisciplinaire zorgprogramma 'Samen Sterk na een Beroerte'**
Tom Vluggen

MAESTRO: Multidisciplinary Aftercare for Elderly with STROke

Aanleiding voor het onderzoek

Een beroerte of CVA is één van de belangrijkste oorzaken van verlies van zelfredzaamheid en verminderde kwaliteit van leven. Een belangrijk knelpunt in de zorg aan oudere CVA-patiënten is het gebrek aan goede nazorg na de revalidatiebehandeling in het verpleeghuis. Dat gebrek leidt ertoe dat de oudere CVA-patiënt vaak onvoldoende toegerust is om in de thuissituatie met de resterende beperkingen om te gaan. Naast de gevolgen voor de patiënt heeft deze problematiek ook nadrukkelijke gevolgen voor de ervaren zorglast en kwaliteit van leven van de mantelzorgers.

Het MAESTRO-project

Het primaire doel van het MAESTRO-project is enerzijds het verbeteren van de zelfredzaamheid en de ervaren kwaliteit van leven van oudere CVA-patiënten die na revalidatie in een verpleeghuis naar de thuissituatie worden ontslagen, anderzijds zet dit project nadrukkelijk in op het verminderen van de zorglast van de mantelzorgers. Om dit doel te bereiken wordt het zorgprogramma 'Samen Sterk na een Beroerte' aangeboden, gericht op het optimaal benutten van de functionele mogelijkheden van de individuele patiënt na een CVA en het begeleiden van de patiënt en diens mantelzorgers bij terugkeer in de maatschappij.

Inhoudelijk bestaat het zorgprogramma uit 3 zorgmodules waarbij;

- Zorgmodule 1 ingaat op het opnieuw aanleren en leren toepassen van handelingen en vaardigheden die relevant zijn voor het dagelijks leven van de individuele patiënt, en het voorbereiden van de cliënt en mantelzorgers op het ontslag naar de thuissituatie;
- Zorgmodule 2 ingaat op het weer proberen op te pakken van het leven en op het leren omgaan met resterende functionele beperkingen als gevolg van het CVA;
- Zorgmodule 3 bedoeld is om zowel de cliënt als de mantelzorgers te voorzien van betrouwbare informatie over beroerte en lotgenotencontact.

Het zorgprogramma wordt inhoudelijk verzorgd door een multidisciplinair transmuraal team, bestaande uit een specialist ouderengeneeskunde, huisarts, zorgtraject begeleider, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, diëtist, psycholoog en welzijnswerker. De totale interventie heeft een gemiddelde duur van ongeveer 6 maanden.

Het onderzoek

Het onderzoek, dat in oktober 2010 van start is gegaan, betreft een gerandomiseerde studie, die zal worden uitgevoerd binnen 6 regio's (respectievelijk regio Maastricht-Heuvelland, Kerkrade, Hoensbroek, Heerlen, Grubbevorst en Tilburg) van de provincies Limburg en Brabant in verpleeghuizen met een CVA herstel afdeling.

Patiënten van deze herstelafdelingen worden opgenomen in het onderzoek als ze

- 1) een gediagnosticeerd CVA hebben,
- 2) 65 jaar of ouder zijn,
- 3) de thuissituatie is vastgesteld als ontslagbestemming en
- 4) toestemming verlenen voor deelname aan het onderzoek.

Het (na)zorgprogramma zal op effectiviteit worden onderzocht. Daarnaast vindt er ook een economische en een uitgebreide procesevaluatie plaats. Het onderzoek heeft een totale looptijd van 3 jaar met een inclusietermijn van 18 maanden. Naar verwachting zullen eind 2012 / begin 2013 de eerste resultaten beschikbaar komen.

Subsidie en inbedding

Het onderzoek wordt uitgevoerd door de Universiteit Maastricht in nauwe samenwerking met de binnen

MAESTRO betrokken partners.

Het MAESTRO-project is een initiatief van Vivre, Adelante en de Universiteit Maastricht. Het onderzoek wordt financieel mogelijk gemaakt door een subsidie van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) van ZonMw en is ingebed binnen de transitieprojecten van het Academische Centrum Zorginnovatie Ouderen (ACZIO).

Onderzoeksteam

Het MAESTRO-team bestaat uit;
Drs. Tom Vluggen (onderzoeker)
Elly Keijsers (onderzoeksassistent)
Dr. Jolanda van Haastregt (projectleider)
Dr. Jeanine Verbunt (begeleider)
Prof. Dr. Jos Schols (begeleider)

Correspondentieadres

Voor meer informatie en/of vragen kunt u contact opnemen met;

Drs. Tom Vluggen
Maastricht University
Faculty of Health, Medicine and Life Sciences
Vakgroep Verpleging en Verzorging
Tel. 043-3881730 (di t/m do)
Email t.vluggen@maastrichtuniversity.nl



verenSo
vereniging in
zorg en geneeskunde

Preftuinen en Kruisbestuiving
25 mei 2011

13.45 **Telerevalidatie**
Rianne Huis in 't Veld

De druk op de zorgsector neemt toe, innovatie is noodzakelijk. Mogelijke oplossingen zijn gelegen in het gebruik van slimme vernieuwingen van de zorg door gebruik te maken van informatie- en communicatie technologie (ict) om zorg op afstand (= in de thuissituatie van de patiënt) te leveren .

Roessingh Research and Development (RRD) heeft ruim 20 jaar ervaring op het gebied van technologische innovatie in de revalidatie zorg. Ze is gespecialiseerd in het samen met patiënten en professionals ontwerpen van innovatieve zorg op afstand diensten en het evalueren van de impact ervan op de dagelijkse zorg. Tevens vervult ze een centrale rol tussen revalidatie zorg en het bedrijfsleven vanwege haar ambitie zorg op afstand diensten ook daadwerkelijk te implementeren.

In deze presentatie zullen enkele van de door ontwikkelde en/of onderzochte diensten worden gedemonstreerd. Deze diensten zijn voornamelijk gericht op het reconditioneren van patiënten en het vergroten van zelf management van de aandoening door enerzijds het actief revalideren en aanbieden van lifestyle coaching via het web en anderzijds door middel van remote monitoring and treatment diensten waarbij gebruik gemaakt wordt van on-body sensoren en slimme netwerken. Concrete resultaten maken duidelijk wat zorg op afstand kan bijdragen.

Gat te vullen met samenwerking op de polikliniek?

14.15 Markus Wijffels
Herbert van de Sande,

Inleiding

Het sterk toenemend aantal ouderen met complexe problematiek houdt geen gelijke tred met de slechts lichte toename van de opnamecapaciteit van verpleeghuizen. Derhalve wonen steeds meer zorgbehoevende ouderen nu en in de toekomst thuis [1]. Samenwerking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde kan zinvol voor deze doelgroep zijn. Indien beider aanvullende expertise wordt ingezet kan thuis wonen mogelijk langer worden voortgezet, hoewel hier geen onderzoek over bekend is. Met name behandeling door het multidisciplinaire verpleeghuisteam en intensievere samenwerking met thuiszorg kunnen hun vruchten afwerpen. Voorwaarde is dan wel dat deze kwetsbare doelgroep proactief in beeld komt.

Patiënten komen via een opname vanuit het ziekenhuis wel direct in beeld van het verpleeghuis. Het *tijdelijk* opnemen van ouderen in een verpleeghuis neemt toe en een groot gedeelte van deze patiënten keert weer terug naar de eigen woning [2]. Een vorm van nazorg of verdergaande revalidatie na ontslag wordt vanuit het verpleeghuis als gewenst gezien.

Laurens Antonius Binnenweg in Rotterdam heeft een modus gezocht om samenwerking met de eerste lijn gestalte te geven. Er is een erkenning voor poliklinische revalidatie aangevraagd en verkregen. Via afspraken met de zorgverzekeraars zijn poliklinische behandeluren verkregen. Een polikliniek was echter geen bekend terrein.

Polikliniek bij verpleeghuis

De bestaande poliklinieken bij verpleeghuizen zijn beperkt tot de doelgroep patiënten met een geheugenprobleem of soms specialistischer, zoals een Huntingtonpoli als expertisecentrum in Drachten. De zogenoemde geheugenpoli is vaak in samenwerking met de GGZ of een ziekenhuis opgezet zodat financiering mogelijk is. Verpleeghuizen kennen immers geen structurele financiering voor een polikliniek. Verder is de consultatie in de eerste lijn door specialisten ouderengeneeskunde sterk afhankelijk van lokale initiatieven.

De kliniek van het verpleeghuis

Waar het gaat om verpleeghuiszorg is de klinische setting momenteel een duidelijke. De patiënt wordt opgenomen met een indicatie gesteld door het Centraal Indicatieorgaan Zorg. Volgens productieafspraken met het Zorgkantoor worden de klinische opnames met AWBZ-gelden betaald. De specialist ouderenzorg heeft weinig invloed meer op de opnamenoodzaak. De indicatie geeft recht op zorg. Na ontslag wordt de medische zorg weer aan de huisarts overgedragen en verdwijnt de patiënt vaak uit het zicht van de specialist ouderengeneeskunde. Een vorm van nazorg is niet apart gefinancierd en zo'n initiatief is dus een extra luxe die meestal een beperkte omvang heeft.

Veranderende financiering

De revalidatie (kortdurende zorg) is in het verpleeghuis aan het toenemen. Keten zorg met de doelgroepen CVA, electieve heup- en knieoperaties en revalidatie van fracturen zorgen voor vaste samenwerkingsverbanden en een gestegen percentage ontslagen uit het verpleeghuis [3]

De revalidatie gaat van de AWBZ overgeheveld worden naar de ziektekostenverzekeringwet, hetgeen in 2013 budgettair neutraal gerealiseerd gaat worden. Dit zal tot gevolg hebben dat het ontslagbeleid gaat veranderen. Uit onderzoek blijkt dat patiënten die gerevalideerd worden eerder naar huis willen als dat nu gebeurt. De prikkel tot een spoedig ontslag gaat ook uit de financiering ontstaan. Wanneer de specialist ouderengeneeskunde met haar multidisciplinair team na ontslag poliklinisch door zou kunnen behandelen dan zou een deel van de klinische behandeling weleens ambulant verricht kunnen gaan worden.

Polikliniek geriatrische revalidatie Laurens Antonius Binnenweg

Aan de polikliniek is een revalidatiearts vanuit het naburige revalidatiecentrum Rijndam verbonden. Hij superviseert de behandelplannen, woont het multidisciplinair overleg bij en ziet patiënten met specifieke vragen. Daarnaast doet hij ook consulten bij in het verpleeghuis opgenomen patiënten. Dezelfde disciplines als in het verpleeghuis heeft de specialist ouderengeneeskunde van de poli tot zijn beschikking om in te zetten. De fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en psychologie worden het vaakst ingezet. Ook wordt regelmatig gebruik gemaakt van de orthopedisch schoenmaker en de orthopedisch instrumentmaker. Als 'case manager' is de maatschappelijk werkende regelmatig gevraagd.

De patiënten komen via verwijzing van huisartsen, neurologen en revalidatieartsen. In de thuiszorg en de eerstelijns behandeling aan huis wordt ook gesignaleerd dat er complexe problematiek bestaat. Via de huisarts wordt dan een verwijzing gevraagd. De meerderheid van de aanmeldingen voor polikliniek geschiedt na ontslag uit het verpleeghuis. De aandoening die het meest op de voorgrond staat is van origine neurologisch 70%, orthopedisch 20% en overig 10% (incl. amputaties) van aard.

Ervaringen tot nu toe:

- de poli wordt gewaardeerd door de patiënten.
- behandeldoelen worden gehaald.
- patiënten worden eerder ontslagen indien zij op de polikliniek nabehandeld kunnen worden.
- samenwerking met het revalidatiecentrum is toegenomen.
- meer verwijzingen van dezelfde huisartsen.

Wat als aandachtspunten naar voren komt:

- verwijzingen van verschillende huisartsen blijven beperkt.
- vervoer naar de polikliniek is niet gefinancierd.
- 'case manager' moet vaker ingezet als gedacht.
- niet op afspraak komen (no show) is veelvuldig aan de orde.
- planning van afspraken is tijdrovend.

De overtuiging bestaat bij het behandelend team dat er wel degelijk een doelgroep is waarvoor een polikliniek revalidatie bij een verpleeghuis een meerwaarde heeft m.b.t. tot een verbetering van de kwaliteit van leven, het langer thuis kunnen blijven wonen en een vervroegd ontslag uit het verpleeghuis. Onderzoek naar deze populatie is dringend gewenst.

[1] Draijer M. voorzitterscolumn Geriatrie consultatie. Medisch Contact 2010;65nr28:1431.

[2] van Gastel M, Bours G, Hupperetz A, Cox AM, Bodecker R, van Rossum E. Transitie van verpleeghuis naar huis, een literatuurstudie naar de ondersteuning van tijdelijk opgenomen ouderen bij terugkeer naar de eigen woning. Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde 2009;34no4:120-4.

[3] Peerenboom PB, Spek J, Zekveld G, Cools HJ, van Balen R, Hoogenboom MJ. Revalidatie in de AWBZ. Omvang, aard en intensiteit. Leusden 2008. www.etc-tangram.nl

14.45 **SIGEB: gestructureerde assessment voor zorg op lange termijn**
Manon Fens

Patiënten die na een beroerte naar huis ontslagen zijn na ziekenhuisopname of revalidatie, hebben vaak nog blijvende beperkingen als gevolg van de beroerte. Ze moeten hun dagelijks leven weer oppikken en leren omgaan met de blijvende beperkingen, net als hun directe naaste. Ook jaren na de gebeurtenis kunnen patiënten en naasten nog problemen ervaren. Vaak hebben patiënten om de lange termijn geen contact meer met zorgverleners en is er geen chronische zorg aanwezig.

Chronische zieke hebben echter regelmatige follow-up nodig. We hebben een zorgmodel opgesteld, waarbij een gestandaardiseerde assessment naar ervaren problemen en zorgbehoeftes van belang is. Hiervoor hebben we een signaleringslijst ontwikkeld, genaamd de SIGEB. Deze lijst is een getrappt instrument, bestaande uit 12 domeinen van beroerte gerelateerde problemen met valide vragenlijsten. Op basis van de signalering wordt inzichtelijke waar probleemgebieden liggen en welke zorg er geboden kan worden.

Het zorgmodel wordt momenteel geëvalueerd op effectiviteit en proces.



verenSo
vereniging in
naturwetenschap

Proeftuinen en Kruisbestuiving
25 mei 2011

15.35 **Lange termijn gevolgen van een beroerte**
Ingrid van de Port

In Nederland heeft ruim een kwart van de mensen een of meer chronische ziekten. Dit komt neer op bijna 4,5 miljoen chronisch zieken (RIVM). Een beroerte is er daar één van. Mensen die een beroerte hebben doorgemaakt ervaren dan ook, in meer of mindere, mate beperkingen op de lange termijn. Uit het FuPro-CVA onderzoek, waarin meer dan 300 patiënten drie jaar lang gevolgd zijn, komt naar voren dat de gevolgen op meerdere niveaus van het ICF model te vinden zijn.

Op fysiek vlak blijkt bijvoorbeeld dat mensen ook op de lange termijn beperkingen ervaren in hun mobiliteit. Uit de data van het FuPro-CVA onderzoek bleek ook dat ongeveer 1/5 van de patiënten zelfs een achteruitgang laat zien tussen 1 en 3 jaar na de beroerte. Van belang is dus om te beseffen dat er wel degelijk individuele achteruitgang kan plaatsvinden in de chronische fase. Belangrijke voorspellers hiervoor bleken onder andere vermoeidheid en depressie te zijn.

De longitudinaal verzamelde data bleek dat vermoeidheid toeneemt gedurende het eerste jaar na een beroerte. Na 1 jaar rapporteert 70% van de patiënten vermoeidheidsklachten en tot 70% na het eerste jaar. Depressie wordt op de langere termijn in ongeveer 1/3 van de patiënten gevonden. Zowel vermoeidheid als depressie zijn dus veel voorkomende klachten, die ook los van elkaar voorkomen.

Naast vermoeidheid en depressie, speelt ook inactiviteit een grote rol bij deze chronische patiënten. Deze inactiviteit heeft een negatieve invloed op fysiek functioneren en kwaliteit van leven, maar ook op eventuele comorbiditeit zoals andere hart- en vaatziekten en diabetes mellitus. Het voorkomen van inactiviteit in deze groep is dan ook een grote uitdaging.

Momenteel vinden er een aantal grote studies plaats waarin het effect van diverse interventies in de subacute en chronische fase worden onderzocht op bijvoorbeeld het tegengaan van inactiviteit, het verbeteren van fysiek functioneren of het behandelen van vermoeidheid. Wanneer we kijken naar de huidige zorg voor de chronische patiënten is deze minder georganiseerd dan de (sub) acute zorg. Veel komt neer op mantelzorgers en ongeveer 20% van de patiënten ervaart een zorgwens die niet vervuld is, met name op het gebied van vrijetijdsbesteding en werk. Daarnaast lijkt de gegeven zorg ook niet altijd bij de juiste personen terecht te komen.

Ondanks dat zelf management een steeds grotere rol gaat spelen bij diverse chronische aandoeningen, zal voor de mensen die een beroerte hebben doorgemaakt de huisarts een grote rol spelen om ervoor te zorgen dat er een netwerk van goede zorg wordt ontwikkeld rondom de individuele patiënt.

16.05 **“Alles is revalidatie”**
 Marieke Terwel

Voor mensen die getroffen worden door een beroerte verandert alles. Zij hebben om te kunnen revalideren veel tijd en therapie nodig, echter revalidatieteams hebben vaak beperkte middelen tot hun beschikking. Door gebruik te maken van het revalidatieprogramma Laurens Therapeutisch Klimaat kunnen ze de revalidant toch een optimale behandeling bieden. Dit revalidatieprogramma biedt een verfrissend perspectief op CVA-revalidatie. De intensieve samenwerking tussen therapeuten speelt hierbij een cruciale rol.

Het Laurens Therapeutisch Klimaat bestaat uit een vaststaand weekprogramma met daarin verschillende groeps- en individuele therapieën. Niet alleen tijdens de therapieën, maar ook gedurende de rest van de dag krijgen de revalidanten gelegenheid om op eigen niveau en zo zelfstandig mogelijk te revalideren. Van hen wordt verwacht dat zij het geleerde uit de therapieën ook zoveel mogelijk zelf in de praktijk toepassen, het zogenaamde ‘zelf leren revalideren’. Verzorgenden werken met specifieke benaderingswijzen waardoor revalidanten de ruimte krijgen om uit te voeren wat zij zelfstandig kunnen doen.

Marieke Terwel is gezondheidszorgpsycholoog en projectleider van het Laurens Therapeutisch Klimaat. Tijdens de presentatie worden de opzet van en ervaringen met het Laurens Therapeutisch Klimaat toegelicht.



verenSo
verenigingen in
zorg en geneeskunde

Preftuinen en Kruisbestuiving
25 mei 2011

Aantekeningen



verenSo
verenigingen in
zorg en geneeskunde

Preftuinen en Kruisbestuiving
25 mei 2011