Vroegsignalering CVA/TIA

voor problemen bij patiënten in de thuissituatie

Format regionale scholing gericht op eerstelijnsprofessionals in de CVA zorgketen

Programma

- vroegsignalering CVA/TIA
- format regionale scholing
- discussie

TORK
Extra Soft
Facial Tissue
14 02 80
F1
TORK

CVA in perspectief

Basismodel “Thuis na CVA/TIA”

Gewenste situatie

Basismodel 'Thuis na CVA/TIA' Gewenste situatie

Na ziekenhuis kan 70 % van patiënten direct naar huis (profielen I en II). 30 % gaat naar verpleeghuis of revalidatiecentrum en daarna naar huis (profielen III en IV).

Goede overdracht vanuit instelling

Brief én relevante patiëntinformatie naar huisarts, binnen 5 dagen na ontslag.

Complexe situaties: altijd telefonisch contact met huisarts.

Wijkverpleegkundige is al ingeschakeld, indien nodig.

Poliklinische revalidatie start, waar nodig.

1e contact en 1e consult thuis

Huisarts/POH heeft binnen 1 week na ontslag contact met patiënt.

Binnen 6 weken na thuiskomst heeft speciaal geschoolde zorgverlener, samen met patiënt én mantelzorg:

a) **eerste globale signalering (o.a. cognitie)**
b) **CVRM doorstarten**
c) **dialoog over persoonlijke doelen**
d) **doorverwijzen**
e) **centrale zorgverlener bepalen**

Informatiemateriaal meegeven, wijzen op Hersenletsel.nl

Persoonlijke profilering

I Zelfredzaam
Voldoende kennis van/inzicht in (preventie van) beroerte, eigen kracht, lichamelijke, cognitieve en/of psychosociale beperkingen. **Kan en wil primair zelfstandig verder**, rol van mantelzorg is duidelijk, weet waar te zijn bij vragen.

II Lichte ondersteuning
Beperkte kennis van/inzicht in (preventie van) beroerte. **Wil uitleg en instructies** voor eigen kracht, lichamelijke, cognitieve en/of psychosociale beperkingen. Rollen van patiënt en mantelzorg expliciteren.

III Extra ondersteuning
Na beroerte niet zelfstandig de eigen kracht, kunnen terugwinnen en leren omgaan met specifieke beperkingen. **Extra motivatie, begeleiding en dagbesteding (in de buurt)** nodig, ook aandacht voor ontlasten van mantelzorg.

IV Complexe en meervoudige vraag
Alleen niet verder kunnen of sprake van geriatrische of meervoudige problematiek. **Verzorging dan wel verpleging aan huis** nodig, naast behandeling en mogelijk dagverblijf. Extra aandacht en ondersteuning voor mantelzorg.

Centrale zorgverlener

Huisarts/POH, medisch verantwoordelijk voor thuissituatie, CVRM, signalering gevolgen na beroerte en zo nodig doorverwijzing.

Huisarts/POH, organiseert CVRM, regelt zo nodig MDO en heeft contact met paramedisch team dat afspraken heeft met eerstelijnszorg, **of neurologisch wijkverpleegkundige**.

Neurologisch (wijk)-verpleegkundige, verantwoordelijk voor signalering en zorgcoördinatie (MDO), **of huisarts/POH**.

Wijkteam, indicatie dagbesteding of -verblijf, hulpmiddelen en vervoer.

Vervolgcontacten

- 3 mnd na CVA: uitgebreide signalering + MRS
- Bij terugval verwijzing naar specialist of revalidatiearts
- Min. één huisbezoek tussen 6- 12 maanden na thuiskomst

- **Minstens 4 x in eerste jaar**
- 3 mnd na CVA: uitgebreide signalering + MRS
- Bij terugval verwijzing naar specialist of revalidatiearts
- Min. één huisbezoek tussen 6-12 maanden na thuiskomst

- **Traject van 4-8-12 weken of langer**

- **Maatwerk**
- 3 mnd na CVA: uitgebreide signalering + MRS
- Bij terugval verwijzing naar specialist of revalidatiearts
- Min. één huisbezoek tussen 6-12 maanden na thuiskomst

Sociale kaart

REINTEGRATIE
LOTGENOTEN-/ ZELFHULP-GROEPEN
ZWEMBAD
WELZIJNS-ORGANISATIE
FYSIOGROEP
MUZIEK & CULTUUR
OUDEREN-BOND
SPORT-VERENIGING
WIJK-COÖPERATIE
FITNESS-CLUB
RESPIJTZORG
YOGA
MIND-FULLNESS
BUURTHUIS
MANTELZORG-STEUNPUNT
ETC.

1e contact en 1e consult thuis

- Huisarts/POH binnen 1 week contact
- < 6 weken na thuiskomst consult met aandacht voor:

  - eerste globale signalering (cognitie)

  - CVRM doorstarten

  - doorverwijzen

Vroegsignalering

- voor patiënten die thuis verblijven
- revalidatie- en chronische fase
- reguliere globale signalering
- in kaart brengen zorgproblemen en opstellen plan van aanpak

nhg

v&vn

Tijdsduur

- SIGEB 12 domeinen

- Beslishulp beroerte

Ketencoördinatoren

- behoefte integraal signaleringsinstrument

- korte afnametijd
- meeste gevolgen van een CVA in beeld
- met een verwijsindicatie
- aansluiten op de SIGEB
- digitaal beschikbaar en verwerken in EPD
- niet commercieel, zonder licenties

Uitgangspunten

- sluit aan op SFMPC model en SIGEB
- sluit aan op de praktijk van de eerste lijn
- instrument geeft aan wat de vervolgstappen zijn
- instrument kan gebruikt worden bij ieder contact

Vroeg signalering problemen na CVA/TIA

huisarts/POH, wijkverpleegkundige, CVA-verpleegkundige| 1e jaar 3-4x, daarna 1-2x p.j.

Vragen patiënt

1. Hoe gaat het met het huishouden of met zelfverzorging? Heeft u hulp nodig?
2. Hoe gaat het met het doen van andere activiteiten zoals hobby's, werk, uitstapjes?
3. Heeft u last van vermoeidheid?
4. Komt het wel eens voor dat u somber, angstig of emotioneel bent?
5. Bent u wel eens vergeetachtig? Of ervaart u moeite om uw aandacht ergens bij te houden of om 2 dingen tegelijkertijd te doen?
6. Hoe (makkelijk) gaat het met spreken, begrijpen van gesproken taal of lezen van een boek?
7. Heeft u andere lichamelijke problemen vanwege CVA/TIA (slikken, slapen, pijn, duizeligheid)?
8. En hoe is dat met vrijen of intimiteit? (meestal niet in 1e gesprek)

- ⇨ Is dit anders dan voordat u een CVA/TIA kreeg / de vorige keer?
- ⇨ Op welke momenten/wanneer speelt dit?

Maak gebruik van **screeningsinstrumenten** (zie ommezijde)

Vragen naaste

1. Hoe gaat het nu met uw naaste? (vraag naar karakter & bovenstaande problemen)
2. Hoe ervaart u de zorg voor de patiënt? Bent u overbelast?

	Mogelijke screeningsinstrumenten (zie ook SIGEB)
1. Huishouden/zelfzorg	Barthelindex, USERP2
2. Activiteiten	USERP2
3. Vermoeidheid	FSS-7
4. Emotie	CLCE24 (item 14-21)
5. Aandacht	CLCE24 (item 1-11)
6. Communicatie	CLCE24 (item 14-27)
7. Andere problemen	-
8. Intimiteit	
Belasting mantelzorger	CSI

Bij problemen én ontbrekende expertise op betreffend domein, tijdig doorverwijzen

Scholing Thuis na CVA

Regionale scholing gericht op eerste lijn professionals in de CVA zorgketen

Jorien van Baal huisarts en kaderhuisarts HVZ Almere

30 november 2018

Programma

- Praktijk in Almere
- Document kennisnetwerk

Stroke Service Almere

Samen werking met: NAH forum

Vrijgevestigde huisartsen
Netwerk: Fysiotherapie, Logopedie en Ergotherapie.
Eerste lijn. Wijkteams CVA Nazorg.
Bartimeus.
Wij Doen

CVA keten Almere

- Stuurgroep
- Werkgroepen
- Neurologen
- CVA verpleegkundige 2e lijn
- CVA verpleegkundige 1e lijn
- Huisartsen
- POH

Stuurgroep CVA

- Deelnemers
  - Revalidatie arts
  - Specialist ouderen geneeskunde
  - Huisarts
  - Manager thuiszorg eerste lijn
  - CVA nazorgverpleegkundige 2e lijn (voorzitster)
  - Neuroloog

CVA keten wordt NAH keten?

- Nieuwe ontwikkeling.
- Meer regionaal
- Samenwerking in hele polder
- Voordelen
- Nadelen

Missie en Visie.(ALMERE)

Het netwerk CVA Almere staat voor CVA patiënten en diens naasten door samen te streven naar optimale gezondheidswinst en kwaliteit van leven, in alle fasen van het leven van de patiënt en diens netwerk.

Door: te zorgen dat zij behandeling en zorg krijgen van zorgverleners die kennis hebben van de specifieke problematiek bij CVA patiënten. Deze zorg wordt dichtbij huis of thuis verleend.

Centrale zorgverlener

- Rol
- Functie
- Functie eisen
- Scholing

Scholing centrale zorgverlener

- **P**raktijk **O**ndersteuner **H**uisartsen
  - Iedereen in eerste lijn komt bij hem of haar
  - Structuur scholing is geregeld

Scholing

- Revalidatie arts
- Neuropsycholoog
- 2e lijns CVA nazorg verpleegkundige
- MEE
- NAH mantelzorgorganisatie
- Iemand over de sociale kaart

Inhoud van het onderwijs

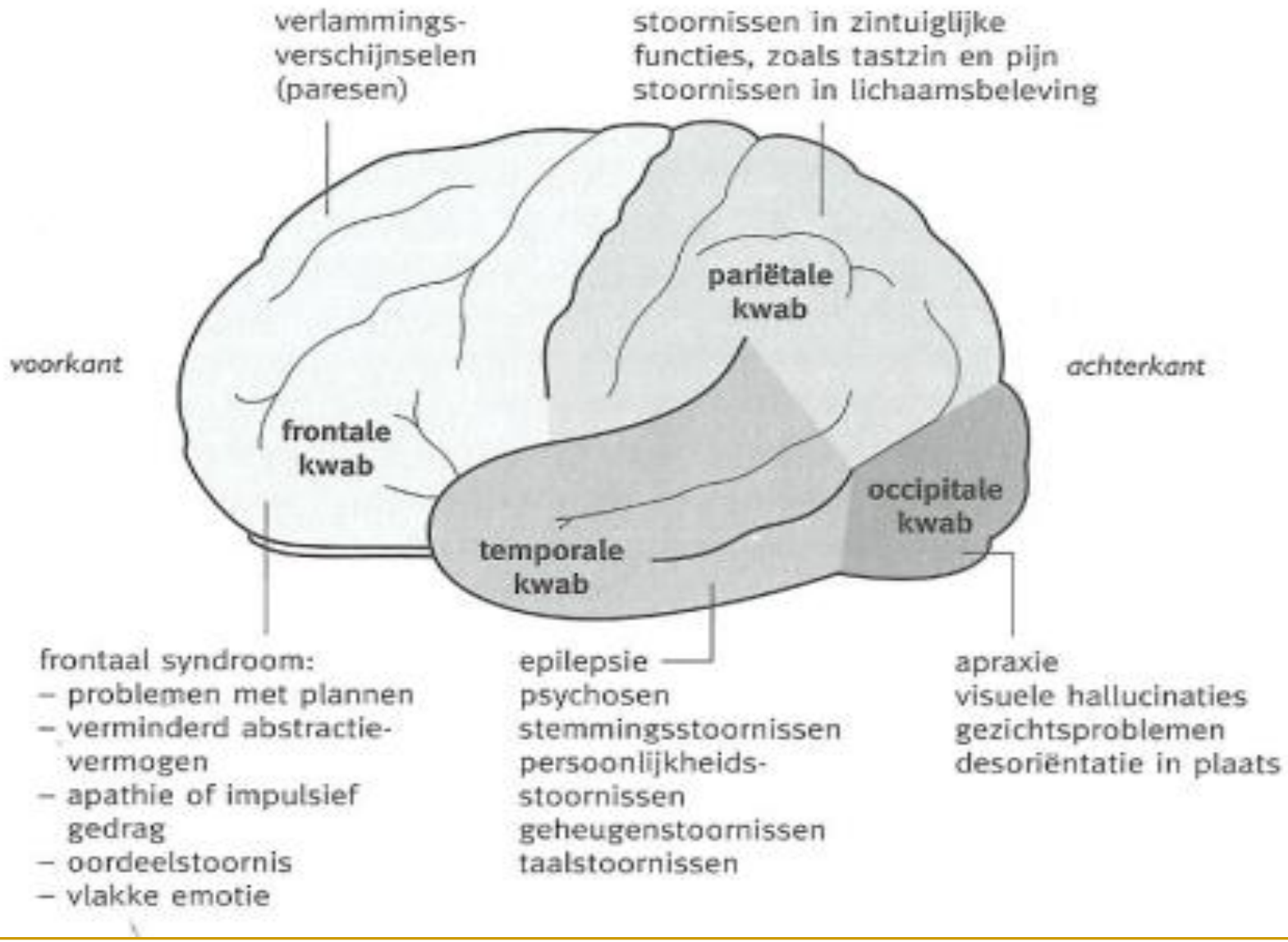
- Wat doet het brein
- Wat is een signalering instrument
- Wat betekend NAH voor de mantelzorg
- Hoe werkt de WMO
- Wat is de sociale kaart

Wat zijn de zichtbare en onzichtbare gevolgen van hersenletsel

Afhankelijk van:

- plaats in hersenen
- hoeveelheid weefsel

  - Lichamelijk
  - Denkvermogen
  - Gedrag
  - Sociaal


verlammings-
verschijnselen
(paresen)
stoornissen in zintuiglijke
functies, zoals tastzin en pijn
stoornissen in lichaamsbeleving
pariëtale
kwab
voorkant
achterkant
frontale
kwab
occipitale
kwab
temporale
kwab
frontaal syndroom:
– problemen met plannen
– verminderd abstractie-
vermogen
– apathie of impulsief
gedrag
– oordeelstoornis
– vlakke emotie
epilepsie
psychosen
stemmingsstoornissen
persoonlijkheids-
stoornissen
geheugenstoornissen
taalstoornissen
apraxie
visuele hallucinaties
gezichtsproblemen
desoriëntatie in plaats

Voorbeeld Almere

- Hoe werkt het in de praktijk
- Wat werkt er niet?

Overleg in drietallen

- Bestaat er bij jullie een CVA keten?
- Hoe ziet die er globaal uit?

WAT EEN ONGELOOFLIJK SLECHT PLAN
ACH, DIT IDEE GAAT OOK WEL WEER VOORBIJ
JA
JA
JA
JA
LATEN WE SNEL GAAN LUNCHEN
DIT MEEN JE NIET!
"GAAN JULLIE AKKOORD MET MIJN PLAN?"

Opzet scholing van kennisnetwerk

- Regionaal
- Titel: thuis na CVA/TIA
- Duur: drie dagdelen

Opzetten scholing door

- Door kaderhuisarts HVZ
- Keten coördinatoren
- Plaatselijke zorginhoudelijke medewerkers

Praktijkvoorbeeld

- Bv een casusbespreking uit eigen praktijk
- Film: herstellen na beroerte (50 min)
- Film: Herstel ondersteuning na beroerte (116 min)

Persoonlijke profilering van de casus

- Zelfredzaam
- Lichte ondersteuning
- Extra ondersteuning
- Complexe en meervoudige vraag

Nabespreking

- Knelpunten en bevorderende zaken
- Leerpunten
- Invulling rol centrale zorg verlener

Zorginhoudelijke thema's

- Cognitieproblematiek
- Psycho sociale gevolgen
- Lichamelijke gevolgen
- Betrokkenheid en (over) belasting mantelzorg

Scholing over de inhoud

- Onderkenning cognitieprobleem
  - Geheugen, concentratie, denken
- Betrokkenheid naasten
  - Belasting en overbelasting, lotgenoten contact
- Lotgenoten contact
  - Patiënten verenigingen NAH
- Psychosociale gevolgen
  - Angst, depressie, partnerproblematiek, communicatie
- Seksualiteit
  - Folder hartvaatgroep
- Lichamelijke effecten
  - Motoriek, vermoeidheid.

Hoe organiseer je regionale samenwerking?

- Doel:
  - Wat is nodig om zorg rondom Thuis na CVA goed te organiseren
  - Wie doet wat in de regio (maken of bestuderen sociale kaart)
  - Welke eerste lijn netwerken bestaan er al?
  - Hoe organiseer je regionale samenwerking

Organiseer je eigen regionale samenwerking

- Sluit aan bij al bestaande sociale kaart
- Probeer eigen sociale kaart te ontwikkelen
  - Bv via starterskit ketens etc vilans
  - Of netwerkkaarten (movisie)

Centrale zorgverlener

- Bespreek in drietallen:
  - Waar wordt al gewerkt met een centrale zorgverlener?
  - Wie vervult deze rol?
  - Hoe lopen de lijnen bv naar 1e lijn , naar 2e lijn?
  - Kun je makkelijk verwijzen?

Uitbehandeld HOE ZO?

- Afspraken binnen de keten
  - Wie wordt de centrale zorgverlener?
  - Hoeveel contactmomenten in eerste 12 mnd
  - Wie doet wat wanneer?
  - Hoe vinden de hulpverleners elkaar?
  - Verwijzing naar lotgenoten contact
  - Wie zorgt er voor de mantelzorger?

TAKE HOME

- Goede ketenafspraken
- Aanspreekpunt patiënt en mantelzorger

Bedankt voor jullie aandacht!