



Radboudumc

Zorgprogramma

Geriatrische CVA-revalidatie

werkgroep Zorgprogramma CVA-revalidatie UKON

VERSIE 2013 - OKTOBER



VOORWOORD

Het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON) is een actief samenwerkingsverband tussen de afdeling Eerstelijngeneeskunde/Ouderengeneeskunde van het UMC St Radboud en dertien organisaties voor ouderenzorg en chronisch zieken. Het UKON verbindt zorg en praktijk met wetenschap met als doel bij te dragen aan verbetering van de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven van patiënten. Eén van de doelstellingen van het UKON is: het ontwikkelen van een modelpraktijk voor zorg en behandeling waarbij UKON-organisaties hun praktijk zo inrichten dat zij zoveel mogelijk werken volgens de laatste stand der wetenschap. Gezamenlijke ontwikkeling van een zorgprogramma voor geriatrische revalidatie na een beroerte past in deze doelstelling en sluit ook aan bij de actualiteit in de UKON organisaties. Vanuit acht organisaties hebben professionals deel genomen aan een werkgroep, daarbij ondersteund door een netwerkcoördinator van het UKON, die dit `zorgprogramma geriatrische CVA revalidatie` heeft samengesteld.

Geriatrische revalidatie is een multidisciplinair proces, bestaande uit behandeling, begeleiding en advies. In het verleden ging de aandacht vooral uit naar functioneel herstel, maar tegenwoordig ziet men de behandeling meer als een integraal proces, waarbij men beseft dat psychosociaal (on)welbevinden een belangrijke rol speelt in het herstel en kans op ontslag.

In dit zorgprogramma is er daarom specifieke aandacht voor de:

- invloed van psychologische en gedragsaspecten van de oudere in het revalidatieproces;
- behandeling en begeleiding door multidisciplinair team met name psycholoog en maatschappelijk werker;
- specifieke rol van verpleegkundigen en verzorgenden (V&V).

Andere thema's die expliciet aan bod komen zijn: mantelzorg; vermoeidheid na een CVA; therapeutisch klimaat; leervermogen en motivatie. Alle onderwerpen bevatten aanbevelingen over de inhoud van de revalidatie, bijdragen van leden van het multidisciplinaire team en het gebruik van meetinstrumenten. De aanbevelingen zijn zoveel mogelijk gebaseerd op recente richtlijnen en wetenschappelijk onderzoek.

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) in het verpleeghuis heeft met ingang van 1 januari 2013 een andere financieringsstructuur gekregen, het is uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Als voorbereiding op deze overgang zijn er verschillende producten ontwikkeld zoals zorgpaden in de zogenaamde proeftuinen en in verpleeghuizen zelf. Via website www.proeftuinengeriatriescherevalidatie.nl zijn deze producten te raadplegen. De werkgroep 'Zorgprogramma CVA-revalidatie' heeft zich gericht op de inhoud van de geriatrische revalidatie van CVA-patiënten in het verpleeghuis, en niet op zorgpaden waarin ook vaak samenwerkingsafspraken zijn opgenomen.

WERKGROEP

Programmaleider:

Mevr. dr. Bianca Buijck (onderzoeker, SVRZ Zorgt in Zeeland)

Projectleider:

Mevr. dr. Els Derksen (netwerkcoördinator en onderzoeker, UKON)

Werkgroepleden:

Mevr. drs. Suzanne Arts (specialist ouderengeneeskunde, Archipel)

Mevr. Rina van der Doelen (maatschappelijk werker, De Riethorst Stromenland)

Mevr. dr. Esther Hoogenhout (psycholoog, Vitalis Behandelgroep)

Mevr. Anja Kuperus (fysiotherapeut, De Zorggroep)

Mevr. Manouk Lamers (logopedist, De Wever)

Mevr. Eefje Naber (verpleegkundige, Kalorama)

Mevr. Elsbeth Witjes (physician assistant, Liemerije)

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	I
Werkgroep(leden)	II
Inhoudsopgave	III
INLEIDING	1
1. Voor opname in verpleeghuis	5
2. Tijdens opname in het verpleeghuis	9
2.1 Domein Woon-Leefomgeving	9
2.2 Domein Participatie en sociaal welbevinden	11
2.2 Domein Mentaal welbevinden en autonomie	15
2.4 Domein Lichamelijk welbevinden en gezondheid	19
3. Na ontslag uit het verpleeghuis	31
4. Instrumenten	34
5. Aanbevelingen	36
Referenties	41
Bijlage 1. MULTIDISCIPLINAIRE OVERDRACHT CVA-KETENZORG	46
Bijlage 2. Overdracht medische gegevens Ziekenhuis - Revalidatieafdeling	58
Bijlage 3 Adviezen voor communicatie met patiënten met een dysarthrie of afasie	59
Bijlage 4 Schema Voorspellen herstel arm-handvaardigheid	60
Bijlage 5 Leefstijladviezen tbv secundaire preventie	61

INLEIDING

Een CVA is een aandoening van de vaten van de hersenen door een bloeding of infarct. In Nederland spreekt men vaak over “een beroerte”. Een kwart van de mensen die een CVA doormaken overlijdt aan de gevolgen hiervan. Volgens de World Health Organisation (WHO) waren er in 2004 15 miljoen mensen die een Cerebrovasculair Accident (CVA) doormaakten. Door de vergrijzing zal dit aantal naar verwachting stijgen. In Nederland was in 2000 de incidentie van CVA 1.8 per 1000 personen en de verwachting is dat de incidentie zal stijgen tot 2.8 per 1000 personen in 2020.¹ In 2008 werd de incidentie in Nederland geschat rond 40.000 mensen.² Behalve leeftijd leiden ook veranderingen in risicofactoren, in diagnostiek en in zorg en behandeling tot veranderingen in de incidentie en prevalentie van een beroerte, opname(duur) en sterfte na beroerte. In vergelijking met omliggende landen is het sterftecijfer na een beroerte in Nederland relatief laag.³

Als iemand een CVA overleeft, zijn de gevolgen ingrijpend. Een CVA heeft grote consequenties voor de patiënten en hun relaties. De fysieke, psychologische en sociale veranderingen kunnen leiden tot frustratie, angst en depressie, welke vervolgens kunnen leiden tot een hogere belasting van zorgverleners en mantelzorgers.⁴ Uiteindelijk kan dit resulteren in een lagere kwaliteit van leven voor patiënten en mantelzorgers. Bij de revalidatie van mensen met een CVA dient er aandacht te zijn voor alle aspecten van het functioneren die beïnvloed worden door het CVA.^{2, 5}

Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatie na een CVA betreft de revalidatie van ouderen, die in het algemeen nog onafhankelijk thuis of in een zorgappartement wonen, voordat de CVA plaatsvond. De groep oudere CVA-patiënten wordt gekenmerkt door hun kwetsbaarheid ('frailty') en multimorbiditeit,⁶ die het revalidatieproces beïnvloeden. De gemiddelde leeftijd is 81 jaar en patiënten hebben gemiddeld vier nevendagnosen en daarom is specifieke zorg nodig. In 2007 werden 6494 patiënten met een CVA gerevalideerd in verpleeghuizen.⁷ De geriatrische revalidatie heeft als doel om (functionele) onafhankelijkheid te verbeteren of te behouden. Bij revalidatie als een continu (leer)proces is het belangrijk dat het revalidatieprogramma een logische opbouw heeft, qua intensiteit gedoseerd is en voldoende variatie kent. De te leren taken en te behalen doelen moeten relevant en haalbaar zijn voor de oudere.

Nederlandse verpleeghuizen bieden aangepaste multidisciplinaire revalidatieprogramma's, gericht op ontslag naar huis of naar een lichtere zorgvorm. De intensiteit van revalidatie wordt aangepast aan wat de patiënt aankan. Meer nog dan leeftijd zijn de volgende factoren hierop van invloed: premorbide functioneren, multimorbiditeit, omvang van de schade in het brein, neuropsychiatrische symptomen, motivatie en beschikbaarheid mantelzorg.⁸ Elke patiënt krijgt een revalidatieprogramma aangeboden door een multidisciplinair team. Dit team bestaat uit de specialist ouderengeneeskunde,

Verzorgenden & Verpleegkundigen (V&V), fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, (neuro- of gz-) psycholoog, maatschappelijk werker en diëtist. Het team maakt een multidisciplinair behandelplan, waarbij de therapie passend is voor de individuele behoefte van de patiënt.

Niet alleen functioneel herstel speelt een belangrijke rol in de uitkomst van revalidatie maar ook (het al dan niet herstellen van) cognitieve functies en de aanwezigheid van neuropsychiatrische symptomen.⁹ Cognitieve beperkingen en neuropsychiatrische symptomen zoals psychose, depressie, apathie, angst en agitatie zijn belastend voor de patiënt en diens naasten, en hebben een negatieve invloed op de kwaliteit van leven. Geriatrische revalidatie is daarom ook gericht op het omgaan met psychische problematiek en ondersteuning van mantelzorgers. Partner of kinderen worden vaak mantelzorger en krijgen te maken met een rolverandering. Ook zij moeten leren leven met de consequenties van disfunctie en verminderde participatie in activiteiten van het dagelijks leven (ADL). Daarom moeten psycholoog, maatschappelijk werker en V&V tijdig in het revalidatieproces worden betrokken.

Kort- en langdurende revalidatie

Binnen de revalidatie in het verpleeghuis zijn twee groepen te onderscheiden:

- 1) Kortdurende revalidatie: patiënten met matige restverschijnselen na een CVA die naar verwachting snel revalideren;
- 2) Langdurige revalidatie: patiënten met ernstige beperkingen als gevolg van het CVA, die naar verwachting langere tijd moeten revalideren of waarbij permanente opname volgt.

Een patiënt kan bij opname nog onvoldoende medisch stabiel zijn of lichamelijk nog niet in staat om te starten met een intensief revalidatieprogramma. De revalidatie start idealiter op het moment dat de patiënt ook een 'intensiever' programma aankan. Het revalidatieproces gaat wel van start, want ook met ADL-activiteiten zoals zelfverzorging, wassen en aankleden, eten en zich verplaatsen, is de patiënt bezig met revalideren, doch dit valt nog onder herstellzorg. Als de patiënt deze herstellzorg in het verpleeghuis ontvangt, feitelijk nog binnen de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) van het ziekenhuis, bestaat er de mogelijkheid gebruik te maken van 'onderlinge dienstverlening' tussen ziekenhuis en verpleeghuis. Dat wil zeggen: Verpleeghuizen declareren de kosten van verblijf tot aanvang van de Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) nog aan het ziekenhuis. De DBC Geriatrische Revalidatie wordt dan pas later gestart. Hierover moeten verpleeghuizen en ziekenhuizen afspraken met elkaar maken. Een ander mogelijkheid is binnen de GRZ de uren voor therapie 'op te sparen', voor een later tijdstip. De duur van DBC GRZ bedraagt maximaal zes maanden.

Voor meer informatie: <http://www.cvz.nl/pakket/zvw-kompas/geriatrische+revalidatiezorg>

Patiënten die zeer ernstig zijn aangedaan door het CVA en permanent worden opgenomen in het verpleeghuis ontvangen palliatieve zorg of revalideren in een zeer laag tempo. Belangrijk is dan dat de

expertise van het revalidatieteam ook voor hen toegankelijk is, bijvoorbeeld het bieden van consultatie, advies en therapie door experts.

De therapeuten bieden de therapie individueel of in groepen en deze vindt plaats in de oefenruimte, maar ook op de revalidatieafdeling zelf. Alle activiteiten tijdens verblijf zijn er op gericht om de patiënt te revalideren. In die zin scheidt het multidisciplinaire team een therapeutisch klimaat. Een therapeutisch klimaat draagt bij aan functioneel herstel.¹⁰ Daarom moeten V&V taakgerichte oefeningen integreren bij hun ondersteuning van de ADL, waardoor het uitvoeren van ADL-activiteiten ook therapiemomenten zijn die bijdragen aan de uiteindelijke revalidatie-uitkomst.

Fases in het zorgprogramma

In de CVA zorg herkent men de acute fase (eerste paar dagen), de revalidatiefase (tot circa zes maanden) en de chronische fase. De afbakening tussen deze fasen is niet scherp en over de duur van iedere fase bestaat discussie.¹¹ In de CVA-keten verblijft de patiënt tijdens de acute fase in het ziekenhuis. Revalidatie kan plaatsvinden of in het revalidatiecentrum of op een revalidatieafdeling in het verpleeghuis.

Dit zorgprogramma voor de revalidatie van oudere patiënten na een CVA is opgezet volgens drie fasen: voor, tijdens en na opname in het verpleeghuis. In het zorgprogramma besteden we dus ook aandacht aan de periode na verblijf op de revalidatieafdeling. Dit omvat de voorbereiding van het ontslag naar huis en nazorg.

1. VOOR OPNAME IN VERPLEEGHUIS

Aan de hand van een triage-instrument, bijvoorbeeld de Beslischulp Beroerte¹² of het triage-instrument van Verenso maken professionals in het ziekenhuis een inschatting van het revalidatie (leer)vermogen van een patiënt. De Beslischulp Beroerte is gebaseerd op de Dutch Stroke Clinimetric Core Set voor de ziekenhuisfase en biedt een diagnostische meetset voor diverse disciplines. De set heeft een prognostische waarde voor het bepalen van het optimale revalidatietraject na ontslag uit het ziekenhuis.¹³ De triage is de verantwoordelijkheid van de medisch specialist maar in de praktijk wordt deze triage vaak uitgevoerd door revalidatiearts en/of specialist ouderengeneeskunde. Naast leeftijd, functionele toestand en draagkracht van de oudere spelen ook woonsituatie en beschikbaarheid en draagkracht van een mantelzorgers hierin een rol. Op basis van deze afwegingen vindt overplaatsing naar een revalidatiecentrum of verpleeghuis plaats.

Kwetsbaarheid en geriatrische revalidatie

Geriatrische Revalidatie is geïntegreerde multidisciplinaire zorg die gericht is op verwacht herstel van functioneren en participatie bij laag belastbare kwetsbare ouderen (frail elderly) na een acute aandoening of functionele achteruitgang. Er wordt gestreefd naar een herstel op een zodanig niveau van activiteiten en participatie, dat terugkeer naar de oude woonsituatie mogelijk is.⁶⁹

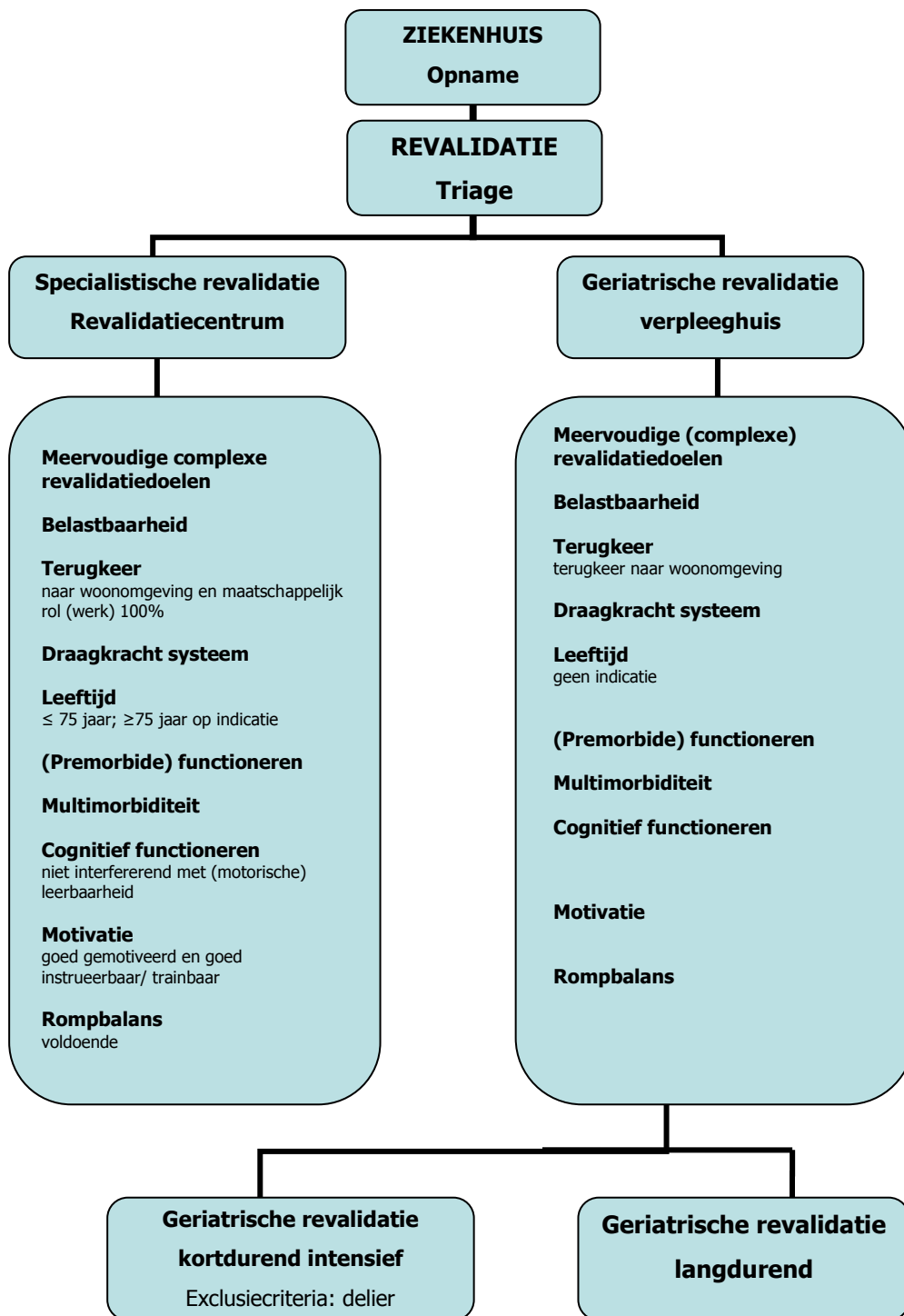
Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van een opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren, dat de kans vergroot op negatieve uitkomsten (functiebeperkingen, opname, vroegtijdig overlijden). Kwetsbaarheid is geen vast gegeven, ouderen kunnen meer of minder kwetsbaar worden. De geriatrische revalidant is iemand met een complex ziektebeeld, als gevolg van stoornissen op lichamelijk, geestelijk en/of sociaal gebied, waardoor zelfstandig functioneren en de kwaliteit van leven negatief wordt beïnvloed.⁷⁰ De geriatrische CVA-patiënt revalideert in een verpleeghuis omdat 1) er sprake is van multimorbiditeit (gemiddeld vier nevendiaagnosen), 2) vanwege de ernst van het CVA, 3) de intensiteit van behandeling in het revalidatiecentrum te hoog is, en 4) omdat de bereikbaarheid voor familie/mantelzorgers soms beter is.⁶⁹

Kort- of langdurende revalidatie

Bij revalidatie in het verpleeghuis bepaalt het multidisciplinaire revalidatieteam bij de opname of een patiënt in aanmerking komt voor kortdurende intensieve revalidatie of voor langdurende revalidatie. De criteria hiervoor zijn vaak niet zo scherp op het moment dat de triage plaatsvindt. Daarom spreekt de werkgroep over "overwegingen die meespelen in de besluitvorming" en niet over inclusiecriteria. In figuur 1 zijn deze overwegingen weergegeven.

Buiten de overwegingen voor de individuele patiënt kan opname op de revalidatieafdeling ook afhankelijk zijn van de omvang van de afdeling (aantal bedden), de expertise/specialisatie van

disciplines en de mogelijkheden om een patiënt na de revalidatie of bij het niet slagen van de revalidatie over te plaatsen naar een afdeling voor chronische zorg.



Figuur 1. Overwegingen bij opname voor plaatsing revalidant.

Om in het verpleeghuis de revalidatie goed te kunnen starten is een complete multidisciplinaire overdracht vanuit het ziekenhuis onontbeerlijk.

Een multidisciplinaire overdracht CVA-ketenzorg bevat de volgende onderdelen (zie Bijlage 1 voor de uitgebreide versie).

ALGEMEEN:

1. Persoonsgegevens
2. Sociale anamnese
3. Routing patiënt
4. Medische gegevens (zie ook bijlage 2)
5. Revalidatiedoelen en beloop tot nu toe, per discipline

SPECIFIEK:

6. Mentale functies
7. Sensorische functies en pijn
8. Stem, spraak, communicatie, voeding en slikken
9. Leerstijl en leerstrategie
10. Functies van hart, ademhaling en afweersysteem
11. Zelfverzorging (ADL)
12. Praktisch handelen
13. Mobiliteit
14. Huishouden
15. Tussenmenselijke interacties en relaties
16. Belangrijke levensgebieden
17. Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven

Indien er geen integrale multidisciplinaire overdracht plaatsvindt dan is er naast een medische overdracht ook een overdracht van de andere betrokken disciplines nodig: V&V, fysiotherapie, ergotherapie, diëtetiek, logopedie. Psycholoog en maatschappelijk werk zijn in het ziekenhuis vaak nog niet betrokken. Alle resultaten op meetinstrumenten (uit Beslshulp Beroerte¹²), afgenomen in het ziekenhuis, zijn onderdeel van de overdracht, omdat ze een uitgangspositie aangeven voor de start van de revalidatie. Het biedt het multidisciplinair team in het verpleeghuis de voortgang in de revalidatie te meten.

2. TIJDENS OPNAME IN HET VERPLEEGHUIS

Tijdens de opname in het verpleeghuis is er in de revalidatie een diagnostische fase en behandelfase te onderscheiden, maar er is ook een overlap in beide fasen. In de eerste weken ligt de nadruk meer op diagnostiek, maar al direct start de behandeling en dus de revalidatie. De zorg en behandeling in het verpleeghuis is veelal ingedeeld volgens de domeinen van het model zorgleefplan: 1. Woon- en leefomgeving, 2. Participatie, 3. Mentaal welbevinden en autonomie en 4. Lichamelijk welbevinden en gezondheid. Deze indeling hebben wij hier ook gehanteerd. Echter de domeinen zijn voor de revalidatie wel anders ingevuld. Zo staat bij Woon-Leefomgeving het therapeutisch klimaat voorop en gaat het bij Participatie erom de patiënt voor te bereiden om weer te kunnen participeren in het dagelijks leven, thuis en de maatschappij, na diens ontslag.

1.1 2.1 Domein Woon-Leefomgeving

Therapeutisch klimaat

Op revalidatieafdelingen in Nederlandse verpleeghuizen vinden slechts een klein gedeelte van de dag therapeutische activiteiten plaats. Een groot gedeelte van de dag zijn de patiënten alleen en 'doen niets'.^{13,14} Maar de revalidatie zou juist voor een groot deel op de afdeling plaats moeten vinden, en waar een therapeutisch klimaat moet heersen. Een therapeutisch klimaat karakteriseert zich door een therapeutisch programma met daarin gestructureerde activiteiten die aangepast zijn aan de behoeften van de individuele patiënt. In een therapeutisch klimaat bestaan: expliciet geformuleerde doelen, handen-op-de-rug-verpleging, een motiverende houding van het multidisciplinaire team en interactie met medepatiënten. Alle activiteiten op de afdeling en in de therapieruimte hebben de focus op ontslag terug naar de thuissituatie of naar een lichtere zorgvorm.¹⁰

Een therapeutisch klimaat is dus een 'continue revalidatieklimaat' waarin de revalidanten telkens gestimuleerd worden om dat te oefenen wat nodig is om zo zelfstandig mogelijk te kunnen (gaan) functioneren.¹⁰ V&V moeten bepalen welke activiteiten therapeutisch zijn en actief bijdragen aan een positief revalidatieproces. Zij kunnen daarvoor gebruik maken van specifiek ontwikkelde richtlijnen.⁵ Het is belangrijk om patiënten simpele oefeningen te laten doen. Bijvoorbeeld terwijl zij aan tafel zitten te laten reiken naar objecten op een tafel, een aantal keren per dag opstaan vanuit de stoel en regelmatig te wandelen met de patiënt. De verzorgende is degene die een hele dag in de omgeving van de patiënt verblijft, 24 uur per dag en 7 dagen per week en kan daardoor de veranderingen in behoeften van patiënten signaleren. Daarom is de verzorgende ontzettend belangrijk voor het creëren van een therapeutisch klimaat, daarin ondersteund door de andere disciplines met name ergotherapeut en fysiotherapeut.

Dagbesteding

Iedere oudere wil graag op een zinvolle wijze de dag doorbrengen. Een zinvolle dagbesteding geeft richting aan de dag. Dagbesteding op een revalidatieafdeling bestaat uit therapeutische en niet-therapeutische activiteiten. Vooral therapeutische activiteiten dragen bij aan een succesvolle revalidatie. Het gaat dan om activiteiten zoals de therapieën, ADL-activiteiten, communicatie met anderen, zelfstandig oefenen of de kookgroep. De meeste actieve recreatieve activiteiten zijn voor een oudere revalidant ook therapeutisch. Niet-therapeutische activiteiten zijn liggen, slapen en andere passieve activiteiten.^{13,15} Een evenwicht tussen activiteit en rust is noodzakelijk voor herstel (zie ook bij Vermoeidheid).

Veiligheid

Veilig zelfstandig functioneren is afhankelijk van vele factoren. Naast de gevolgen van de CVA kan de geriatrische patiënt premorbide al problemen hebben op het gebied van veiligheid. In de (hetero)anamnese besteedt men daarom aandacht aan: eventuele valgeschiedenis, reeds aanwezige bewegingsbeperkingen, gebruik van hulpmiddelen, medicatie, (beperkte kracht) in bovenbenen en evenwichts- en duizeligheidsproblemen.

Rensink¹⁶ vond verschillende risicofactoren en omstandigheden die een rol kunnen spelen bij valincidenten na een beroerte. Een laesie in de rechterhemisfeer, een verminderde armfunctie, lagere loopsnelheid, blijvende incontinentie, depressie, attentiestoornissen, een neglect en cognitieve stoornissen vergroten het valrisico van een patiënt met CVA. Andere factoren zijn: het dragen van een bifocale bril, een eerdere val in het ziekenhuis of vóór het CVA. Daarnaast is er een relatie tussen de functionele status van de patiënt en valrisico: een lage score op de Barthel Index (BI) en Functional Independence Measure (FIM) vergroot het valrisico.¹⁶ De ergotherapeut kan adviseren met betrekking tot het veilig uitvoeren van ADL- en HDL-(Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen) activiteiten. Een patiënt kan steeds minder gaan ondernemen hij/zij angstig is om te vallen. Het is daarom belangrijk het geloof in eigen kunnen te stimuleren. Het oefenen van staan met symmetrische belasting van beide benen en het intensiveren van oefentherapie kan het aantal valincidenten verminderen.⁵ Er is geen standaard instrument om het absolute valrisico te bepalen. Testen die als indicator kunnen dienen zijn: BI, Timed Up and Go (TUG) en Stop Walking When Talking.¹⁷

Aanbevelingen Domein Woon- en leefomgeving

1. Op revalidatieafdeling zijn de principes van het therapeutisch klimaat ingevoerd.
2. V&V oefenen met de patiënt in overleg met de fysiotherapeut.
3. Patiënt heeft een zinvolle dagbesteding met therapeutische en recreatieve activiteiten.
4. V&V en fysiotherapeut stimuleren de patiënt om veel te oefenen (met (op)staan, en lopen) buiten therapie om, bij voorkeur toepassingen in de dagelijkse praktijk (zonder oefendruk).
5. Ergotherapeut brengt met AMPS het veilig uitvoeren van taken in ADL en HDL in kaart.

1.2 2.2 Domein Participatie en sociaal welbevinden

Communicatie

Spraak

Als gevolg van een CVA kunnen er verschillende problemen met de spraak ontstaan. De twee belangrijkste zijn dysartrie en verbale apraxie.

Dysartrie is een spraakstoornis, waarbij de werking van één of meer spieren, die bij het spreken betrokken zijn, is verstoord. Ongeveer 35% van de patiënten met een CVA heeft direct na de beroerte een dysartrie, terwijl bij ongeveer 15% ook op langere termijn nog een dysartrie bestaat.^{2,18} *Verbale apraxie* is een articulatiestoornis die het gevolg is van een hersenlaesie. Het programmeren van de spieren die bij het spreken zijn betrokken is verstoord. De ernst varieert van mutisme (niet meer kunnen spreken) tot onhandige articulatie.

Beide spraakstoornissen gaan vaak samen met een afasie, waardoor diagnostiek en behandeling complexer wordt. In het verpleeghuis wordt (indien dit in het ziekenhuis nog niet is gebeurd) onderzoek gedaan naar de dysartrie. Dit kan bijvoorbeeld met het DYVA-onderzoek,¹⁹ het Nederlands Spraakverstaanbaarheidsonderzoek²⁰ of het Radboud Dysartrieonderzoek.²¹

De logopedist behandelt de patiënt aan de hand van de gevonden kenmerken van de dysartrie op het gebied van ademhaling, stem, resonantie, articulatie, spreektempo en/of prosodie (ritme, accent, klemtoon en melodie van de stem). Ook behandelt de logopedist op activiteiten- en participatieniveau en zet zo nodig een communicatiehulpmiddel in. Uitgangspunt zijn de doelen en toekomstbeeld van de patiënt, ongeacht of hij in een instelling zal verblijven of terug naar huis gaat.²²

Taal

Afasie is een taalstoornis die het gevolg is van een neurologische beschadiging zoals een CVA. Het betreft alle aspecten van taal: spreken (woordvinding, woordvorming, zinsvorming), begrijpen (van woorden en zinnen), lezen en schrijven.²³ Ongeveer 40% van de CVA patiënten heeft direct na het

ontstaan van de beroerte een afasie, terwijl bij ongeveer 25% ook op langere termijn nog een afasie bestaat.^{11,22} In het verpleeghuis kijkt de logopedist naar de mate van afasie bij een patiënt. Geschikte testen hiervoor zijn: Akense Afasie Test (AAT),²⁴ ScreeLing,²⁵ of Utrechts Communicatie onderzoek (UCN).²⁶ Voor verder onderzoek naar aard en ernst van stoornissen is het Psycholinguïstisch Testinstrument voor Onderzoek naar de Taal-verwerving van Afasiepatiënten (PALPA)²⁷ geschikt en naar taalfunctie op vaardigheidsniveau de Amsterdam Nijmegen Test voor Alledaagse Taalvaardigheden (ANTAT).²⁸ De logopedist behandelt de patiënt aan de hand van de gevonden kenmerken van de afasie op het gebied van taalproductie, taalbegrip, lezen en schrijven. Indien nodig wordt een communicatiehulpmiddel ingezet, zoals een communicatieschrift, aanwijsboek of digitaal aanwijs- of typesysteem.

Een snelle start van de therapie in het verpleeghuis is van groot belang, waarbij de hoogste therapie-intensiteit in de eerste drie maanden dient plaats te vinden.² Doordat afasie de communicatie belemmert, ontstaan er dikwijls psychische problemen, zowel bij de patiënt als bij diens partner.¹⁸ Daarom ontvangen ook de naasten van de patiënt begeleiding zodat zij de patiënt kunnen ondersteunen bij de communicatie in het dagelijks leven (bijvoorbeeld met de Partners van Afasiepatiënten Conversatietraining (PACT)).²⁹ De intensiteit van de therapie kan worden verhoogd door groepstherapie, huiswerkopdrachten en het werken aan de computer zowel zelfstandig als onder begeleiding van een vrijwilliger.^{11,22}

In de communicatie met een patiënt met dysartrie of afasie passen familie en professionals zich aan de beperkingen van patiënt aan, door in een rustige omgeving te gaan zitten, goed oogcontact te houden tijdens het gesprek, rustig en duidelijk te spreken en eventueel hulpmiddelen te gebruiken. In bijlage 3 zijn algemene adviezen opgenomen voor het verbeteren van de communicatie met patiënten met een dysartrie of afasie.

Visus en gehoor

Verlies of afname van visus en/of gehoor heeft gevolgen voor het sociaal en maatschappelijk functioneren en voor de revalidatie. Voor een optimale uitgangssituatie bij de revalidatie, onderzoekt de arts bij opname, als onderdeel van de anamnese en het lichamelijk onderzoek, ook de visus en het gehoor van de patiënt.^{30,31} Screening van een geriatrische revalidant door de opticien leidt vaak tot aanpassing van de bril of soms tot een consult bij de oogarts.

Gehoorproblemen komen vaak voor bij ouderen: >65 jaar is 25-40% slechthorend; >75 jaar nemen deze percentages nog toe.³¹ De behandeling bestaat uit aanpassen van het geluid aan het niet goed functionerende gehoor, bijvoorbeeld met een hoortoestel. Soms is een verwijzing naar een audioloog nodig. Daarnaast is het wenselijk dat de gesprekspartner zich aanpast in een gesprek, door het spreektempo te vertragen en duidelijk naar de slechthorende toe te spreken. In het geval van een

ernstige gehoorstoornis kan men denken aan het uitvoeren van ondersteunende gebaren of het volgen van een cursus communicatietraining.³²

Participatie

Maatschappelijke participatie

Re-integratie en sociaal maatschappelijke participatie van de oudere patiënt na een CVA richt zich op het vinden van een nieuwe balans in het leven, met behoud van zelfstandigheid en zelfredzaamheid, en op het omgaan met de blijvende beperkingen. Neuropsychiatrische symptomen (NPS) of emotionele problemen kunnen grote gevolgen hebben voor het sociale leven van de oudere patiënt en zijn omgeving. Bij participatie gaat het om een zinvolle dagbesteding thuis en over het vervullen van de sociale rollen als partner, ouder, vriend.

Een zinvolle dagbesteding heeft een positief effect op de gezondheid en kwaliteit van leven van CVA patiënten en vermindert de ervaren zorglast bij mantelzorgers.¹¹ Afhankelijk van de mogelijkheden van de patiënt wordt gezocht naar een passende dagbesteding. In de begeleiding hierbij is een belangrijke rol weggelegd voor maatschappelijk werker, ergotherapeut, activiteitenbegeleider en V&V.

Relaties en mantelzorg

Na revalidatie in een verpleeghuis keert 70% van de CVA patiënten terug naar huis.³³ De mate van steun die patiënten ontvangen heeft een belangrijke invloed op ervaren kwaliteit van leven. Naarmate de tijd vordert, blijkt deze steun in veel gevallen geleidelijk af te nemen en de oudere patiënt heeft vaak moeite zijn vroegere sociale activiteiten weer op te pakken. Na anderhalf jaar is bij een derde van de patiënten zelfs sprake van sociale isolatie.

Ook voor partner en naasten van de patiënt verandert het leven ingrijpend na het optreden van een CVA. Het risico op overbelasting van de naasten is groter als de patiënt lichamelijk en/of cognitief ernstiger is aangedaan. Kenmerken van de naasten zelf kunnen het risico op overbelasting ook vergroten: jongere leeftijd, gezondheidsproblemen, sombere stemming, passieve copingstijl, onvrede over sociale steun en het aantal taken dat de naaste moet uitvoeren.

Diverse meetinstrumenten zijn geschikt om de zorglast bij mantelzorgers te meten, de Caregiver Strain Index (CSI) wordt hiervan het meest gebruikt.^{34, 35} Professionele ondersteuning van naasten is belangrijk omdat zij risico lopen overbelast te raken. Ondersteuning verbetert niet alleen het welbevinden van hen maar ook die van de patiënt. Naasten rapporteren zeer gevarieerde behoeften en het is daarom van belang de naasten vanaf het begin bij het ziekteproces te betrekken en professionele ondersteuning af te stemmen op de individuele beleving en hulpvragen.³⁶

Aanbevelingen Domein Participatie en sociaal welbevinden

Communicatie:

1. Bij opname onderzoekt de arts visus en gehoor van de patiënt en overweegt verwijzing naar een opticien en een audioloog.
2. Logopedist brengt de communicatieproblemen met betrekking tot spraak en taal in kaart en gebruikt hiervoor gevalideerde meetinstrumenten, zoals AAT of PALPA*.
3. Logopedist behandelt spraak- en taalstoornissen bij de patiënt in therapie sessies en evalueert de resultaten van behandeling.
4. Logopedist betreft de naasten van de patiënt bij deze behandeling en geeft hen adviezen over de communicatie met hun familielid.
5. Logopedist adviseert de andere leden van het multidisciplinair team over communicatie.

Participatie:

6. Maatschappelijk werker, ergotherapeut en activiteitenbegeleider zoeken samen met de patiënt naar een zinvolle dagbesteding voor thuis na ontslag en bereiden de patiënt en diens naasten hierop voor.
7. Maatschappelijk werker kan ondersteunen bij terugkeer naar (vrijwilligers)werk en hobby's.
8. Maatschappelijk werker, in samenwerking met V&V, ondersteunt patiënt en diens naaste bij het in stand houden van sociale relaties, tijdens de revalidatie en daarna.
9. Maatschappelijk werker, in samenwerking met V&V, brengt de draagkracht en draaglast van de mantelzorger (s) in beeld en stemt ondersteuning af op hun behoeften.
10. Maatschappelijk werker brengt zo nodig ook de sociale activiteiten en het sociale netwerk in kaart. De USER-P (Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie –participatie) kan hierbij gebruikt worden.
11. Psycholoog kan geraadpleegd worden en ondersteunen bij patiënten met (ernstige) sociale problemen.

* Naast instrumenten op gebied van dysarthrie en afasie zijn er ook materialen voor behandeling en communicatie met patiënten te vinden op: www.neurocom.be

1.3 2.2 Domein Mentaal welbevinden en autonomie

Neuropsychiatrische symptomen: gedrag

De laatste jaren is er meer aandacht voor de behandeling van Neuropsychiatrische Symptomen (NPS). NPS zijn belastend voor geriatrische patiënten en hebben een negatieve impact op de kwaliteit van leven van patiënten en hun naasten. Verder verstoren ze functioneel herstel, beïnvloeden de onafhankelijkheid en belemmeren zo het revalidatieproces.^{37,38} Doordat NPS ook de belasting voor de mantelzorg verhoogt, is de kans op succesvol ontslag naar de thuissituatie ook lager dan bij patiënten zonder NPS.

De meest bekende NPS zijn agitatie, agressie, angst, irritatie, depressie, nachtelijke onrust en eetlustveranderingen.⁹ Na een beroerte worden NPS frequent gerapporteerd, voornamelijk emotionele en stemmingsproblemen, depressie (31-61%) en angst (tot 28% in de acute fase) komen het meest voor.^{39,40,41} Na 1 jaar lijdt nog 31% aan angst en na 3 jaar is slechts 9% daarvan niet meer angstig. Geagiteerd gedrag wordt gezien in 28 tot 43% van de patiënten.⁴⁰ Hallucinaties en wanen worden vrijwel niet waargenomen na een CVA.

De oorzaken van NPS na een beroerte is voor een groot deel nog onbekend. NPS kunnen het directe gevolg zijn van de beroerte, maar vaak ontstaan NPS tijdens de revalidatie in het verpleeghuis en spelen ineffectieve copingmechanismen een rol. Verder geeft een linker hemisfeer beroerte een groter risico op depressie, jongere leeftijd geeft een grotere kans op geïrriteerd gedrag en depressie, en er is een relatie tussen agitatie en depressie in oudere patiënten.⁴² Kennis van het vóórkomen en beloop van NPS is nodig voor het plannen en organiseren van de revalidatie in het verpleeghuis. Het is daarom belangrijk om NPS in een vroeg stadium van de revalidatie te herkennen. Structureel screenen van NPS kan door het afnemen van de Neuropsychiatric Inventory Nursing Home version (NPI-NH).⁴³ Hierin is een taak weggelegd voor de V&V van de revalidatieafdeling. Zij werken dagelijks met de patiënt en kunnen nauwkeurig veranderingen observeren. Alleen door vroege herkenning kunnen NPS tijdig en adequaat worden behandeld door psycholoog, specialist ouderengeneeskunde en V&V.

Kwaliteit van leven

Ook na de revalidatie in het verpleeghuis zijn ouderen vaak nog afhankelijk van zorg en ondersteuning van professionele zorgverleners of mantelzorgers. Door (lichamelijke) afhankelijkheid en NPS kan de belasting van de mantelzorg ernstig toenemen. Dit kan de kwaliteit van leven van patiënt en mantelzorg beïnvloeden.^{44,45} Een lage kwaliteit van leven wordt in verband gebracht met oudere leeftijd, depressieve klachten, lage functionele status en kwetsbaarheid van mantelzorg.⁴⁶⁻⁵¹ Uit het Geriatric Rehabilitation in AMPutation and Stroke (GRAMPS) onderzoek blijkt dat hoge kwaliteit van leven vooral samen hing met hoge functionele onafhankelijkheid, minder NPS en minder depressieve klachten. De belasting van de mantelzorg was niet van invloed op de kwaliteit van leven van de

patiënt, maar NPS van de patiënt waren wel van invloed op een hogere mantelzorgbelasting. Verder bleek dat oudere mensen na een beroerte een redelijk goede kwaliteit van leven kunnen ervaren.⁵² Dit is een fenomeen dat bekend staat onder de naam "disability paradox" en werd beschreven door Albrecht en De Vlieger in 1999.⁵³ Zij suggereren dat een goede kwaliteit van leven ook bereikt kan worden als mensen op belangrijke levensdomeinen ernstig beperkt zijn. Het gaat er om een goede balans te vinden.

Motivatie

De mate waarin de patiënt gemotiveerd is voor de revalidatie speelt een belangrijke rol. Professionals in het verpleeghuis beschouwen motivatie over het algemeen als een zeer belangrijke determinant van het revalidatiesucces.⁵⁴ Professionals werken bovendien minder graag met ongemotiveerde patiënten en zij doen minder moeite om deze groep te motiveren in vergelijking tot goed gemotiveerde patiënten.⁵⁵ Vermoedelijk wordt de motivatie van de oudere patiënt door diverse factoren bepaald. Stoornissen in stemming of begrip zullen de motivatie niet ten goede komen. Uit een recent onderzoek bleek dat CVA revalidanten in 31% van de gevallen slecht-matig, 32% goed en 37% zeer goed gemotiveerd waren. De motivatie werd negatief beïnvloed door ziektefactoren: ADL-afhankelijkheid, multimorbiditeit en cognitieve en stemmingsproblemen. In een ander onderzoek noemden ziekenhuismedewerkers daarnaast ook een verband tussen hoge leeftijd en slechte motivatie. Helaas wordt onderzoek naar motivatie voor revalidatie vooralsnog belemmerd door het ontbreken van consensus over de definitie van motivatie en hoe deze vervolgens te meten.⁵⁴ Het is van belang dat iedereen de patiënt stimuleert en motiveert, door met de patiënt haalbare doelen te stellen, complimenten te geven en aandacht te hebben voor psychologische en emotionele problemen van de patiënt.

Cognitie

Slechts een klein aantal mensen is na een beroerte in staat om (deels) cognitief te herstellen. In het onderzoek van Hochstenbach et al. (2003)⁵⁶ betrof het dan vooral patiënten met een rechter hemisfeer laesie. De meeste verbetering werd gevonden in attentie en het minste in geheugen. Hierin toonden de meeste patiënten geen verbetering of gingen zelfs verder achteruit. Dit betekent dat oudere patiënten dus vooral moeten leren leven met een verminderde cognitie na een beroerte.

Het cognitief functioneren bestaat uit zaken zoals geheugen, leervermogen, oriëntatie, aandacht, waarneming, denken, taal, informatieverwerking, planning, organiseren en uitvoeren van handelingen.^{22,57} Na een CVA treedt bij meer dan de helft van de patiënten veranderingen in de cognitie op.⁵⁸ Voor ouderen is dit aantal wellicht nog hoger. Problemen met cognitie leveren voor de patiënt vaak grote problemen op bij het functioneren in het dagelijks leven.

Het cognitief functioneren van de patiënt wordt na opname in het verpleeghuis in kaart gebracht. De MOCA-vragenlijst (Montreal Cognitive Assessment scale) is hiervoor een geschikt instrument. Het cognitief functioneren wordt gestimuleerd tijdens de therapeutische activiteiten. Agendatraining wordt

aan ieder patiënt geboden, eventueel krijgt de patiënt en diens naasten ook andere compensatietechnieken aangeboden.

Het cognitieve functioneren speelt mogelijk een rol bij het bepalen van de ontslagbestemming na opname in het verpleeghuis. Uit het GRAMPS onderzoek^{59,60} bleek dat patiënten die na revalidatie met ontslag gingen naar huis of naar een lichtere zorgvorm hetzelfde niveau van cognitie hadden als patiënten die niet met ontslag konden en naar een long-stay afdeling werden geplaatst.

Verwerking

Na een CVA ervaart ongeveer 50% van de oudere patiënten psychische problemen met vaak een negatief effect op het psychosociaal en emotioneel functioneren van de patiënt. Dit kan ook een effect hebben op het herstel van het lichamelijke functioneren. Psychische problemen kunnen ontstaan omdat gebieden in de hersenen, verantwoordelijk voor emotie, door het CVA zijn aangedaan en/of als een reactie op achteruitgang van het lichamelijke en cognitief functioneren. Patiënten zijn vaak bang voor herhaling van een CVA, voor verder of blijvend verlies van hun zelfstandigheid en hun kwaliteit van leven. Patiënten kunnen verlies ervaren op meerdere levensgebieden. Ieder individu rouwt op zijn eigen manier, maar de verschillende rouwfasen (ontkenning, boosheid, onderhandelen, depressie, aanvaarding) komen niet bij elke oudere voor en ook de duur van een rouwproces is voor iedereen verschillend.

De patiënt krijgt de gelegenheid vrij en in vertrouwen te spreken over datgene wat hem innerlijk bezig houdt en kan hij zich uiten over de verlieservaringen en de betekenis hiervan. Er is aandacht voor de breuk in het levensverhaal: erkennen van verlies en het toelaten van de pijn die daarbij hoort. Bij het accepteren van dit verlies, hoort ook het verkennen van het nieuwe leven na CVA waarin de gevolgen van het CVA een plaats krijgen en men een nieuwe levensinvulling kan vinden. Het is belangrijk om tijdig ondersteuning te bieden bij het natuurlijk rouwproces en eventuele psychische problemen. Deze ondersteuning kan geboden worden door V&V, psycholoog, geestelijke verzorging en maatschappelijk werk (MW).

Aanbevelingen Domein Mentaal welbevinden en autonomie

verpleegkundige en verzorgende

1. V&V besteden tijdens hun werkzaamheden voortdurend aandacht aan het mentaal welbevinden van de CVA-patiënten.
2. V&V observeren en signaleren of er problemen ontstaan en rapporteren hierover in het MDO, zo nodig worden andere disciplines ingeschakeld.
3. V&V trainen de cognitie van de patiënt door strategietraining, omgaan met cognitieve problemen en compensatietraining. Hierbij maken zij gebruik van planners, agenda's, briefjes en aanleren van routines.

psycholoog

1. Kennismaking met patiënt en uitleg over de gevolgen van CVA op het gebied van cognitief en emotioneel functioneren en de rol van de psycholoog in de revalidatie.
2. Brengt cognitief functioneren van patiënt in kaart met MOCA-instrument en CLCE-24 (Checklist voor Cognitieve en Emotionele problemen) en rapporteert in MDO.
3. Neemt NPI af bij EVV van de patiënt en bepaalt mede op basis van de uitkomsten welke ondersteuning en begeleiding nodig is en adviseert hierover in MDO.
4. Voert zo nodig een neuropsychologisch onderzoek uit en maakt een inschatting van het verloop van het rouwproces en overlegt met maatschappelijk werk over begeleiding hierin.
5. Als in het revalidatieproces blijkt dat de revalidant beïnvloed wordt door psychische problematiek schakelt men (opnieuw) de psycholoog in.

geestelijke verzorging

1. De geestelijk verzorger biedt hulp bij het zoeken naar antwoorden bij problematiek rond levens- en zinragen van patiënten, aansluitend bij de beleving van de patiënten en uitgaande van de behoefte van de patiënt.

maatschappelijk werk

1. MW inventariseert in gesprek met patiënt en naaste of er vragen liggen op het gebied van welzijn, ondersteuning, toekomstig wonen en/of dagbesteding. Deze vragen legt ze vast in een begeleidingsplan, uitvoering van het plan kan ook door V&V plaatsvinden.
2. MW geeft vervolgens begeleiding/advisering bij complexe vragen en kan desgewenst onderzoek verrichten naar de sociale situatie in voorbereiding op ontslag.
3. MW kan direct betrokken familieleden met hulpvragen gericht doorverwijzen.
4. MW kan betrokken zijn bij problematiek op het vlak van acceptatie, communicatie en vertegenwoordiging tussen patiënt/patiëntensysteem of zijn sociale omgeving.

1.4 2.4 Domein Lichamelijk welbevinden en gezondheid

Mobiliteit

Mobiliteit en therapie-intensiteit

De intensiteit van oefentherapie heeft invloed op de mate van herstel na een beroerte. Intensievere therapie leidt tot betere uitkomsten, ook voor ouderen.² Niet alleen fysio- en ergotherapeuten, maar ook V&V spelen hierbij een belangrijke rol. Het oefenen van vaardigheden in functionele taken en activiteiten, bijvoorbeeld tijdens de ADL, moet gezien worden als therapie. Professionals stimuleren patiënten zelfstandig te oefenen en dit in te passen in hun dagelijkse structuur om zo onnodige achteruitgang ook op de langere termijn te voorkomen. Dit is onderdeel van het therapeutisch klimaat.¹⁰

Patiënten die zijn opgenomen op een revalidatieafdeling van een verpleeghuis, moeten de gelegenheid krijgen om minimaal twee keer per dag, minimaal 20 tot 30 minuten per behandelsessie, te oefenen onder begeleiding van een fysio- en/of ergotherapeut.² Continueren van oefentherapie in de weekenden heeft een positieve invloed op het verminderen van de verblijfsduur in het verpleeghuis.² Het effect van therapie-intensiteit op de ontslagkans blijkt vaak afhankelijk van de ontslagprognose.⁶¹ Professionals schatten in dat de ontslagkans groter is bij mensen met een partner en zetten daardoor intensievere therapie in. Verder blijkt dat patiënten op een revalidatieafdeling in het verpleeghuis vaak alleen zijn en ze ondernemen of krijgen soms weinig therapeutische activiteiten aangeboden. Uit onderzoek blijkt zelfs dat patiënten die ernstiger aangedaan zijn, minder therapeutisch actief zijn.^{13,14} Toch hebben zij een hogere ontslagkans bij intensievere therapie.⁶²

Hier liggen dus kansen voor het verbeteren van de kwaliteit en intensiteit van revalidatie, bijvoorbeeld door een combinatie van individuele- en groepstherapieën, door toepassing van technologische ontwikkelingen en door nieuwe manieren om het werk slimmer te organiseren. De inzet van verpleegkundigen en verzorgenden als behandelaar in de revalidatie is daar ook een voorbeeld van. Revalidatie moet een combinatie zijn van specifieke programma's en individueel op maat gesneden activiteiten. Patiënten in een ongunstige conditie bij opname zijn gebaat bij een hogere therapie-intensiteit, met een opbouw gedurende een langere tijd. Zij moeten die tijd echter wel krijgen van behandelaren en niet voortijdig worden overgeplaatst naar een afdeling voor langdurige zorg waar minder een therapeutisch (revalidatie)klimaat heerst.^{63,64}

Bedhouding en zithouding

Volgens de verpleegkundige revalidatierichtlijn Beroerte⁵ is er in de acute fase geen voorkeur voor een bepaalde lighouding. Omdat elke patiënt anders is, is het onwaarschijnlijk dat er één juiste positie is.⁶⁵ Uitgangspunt is dat de patiënt de houding in bed als comfortabel ervaart, waarbij men rekening houdt

met de richtlijnen voor decubituspreventie en longventilatie.⁶⁵ De oudere patiënt verandert zoveel mogelijk zelf van lig- en zithouding, waarbij de V&V erop let dat de paretische arm en het paretische been zo actief en functioneel mogelijk worden gebruikt. In overleg met de fysiotherapeut oefent de V&V met de patiënt en controleert regelmatig of hij comfortabel zit of ligt. Daarbij let men op afhanginge armen, ondersteuning van de aangedane arm en rechtop zitten.^{66,67} Patiënten met waarnemings- of sensibiliteitsproblemen mogen niet op de schouder liggen, wel op het schouderblad. Als de patiënt dit zelf niet kan corrigeren, moet de V&V dit doen. Als de rompbalans nog onvoldoende is of als de patiënt door vermoeidheid niet meer rechtop kan zitten, is het te overwegen om de patiënt te kantelen in een daarvoor geschikte stoel.⁶⁸

Transfers, houdingen in combinatie met activiteit en staan

De mate van rompfunctie is voor een groot deel bepalend voor de mogelijkheden die de oudere patiënt heeft in de verschillende houdingen en bij verschillende transfers. Op basis van de leerniveaus die samenhangen met de rompfunctie kan men de patiënt multidisciplinair behandelen. Deze indeling is geschikt om kort en snel te communiceren en duidelijke afspraken te maken over de ADL en hoe paramedici moeten behandelen.

Schema Leerniveaus

Leerniveau	Wat kan de patiënt?	Transfers
1	Liggen, maar niet actief niet of nauwelijks hoofdbalans	volgens til- en transferafspraken veel input, veel facilitatie
2	Liggen, wel actief maar niet zitten	veel input, veel facilitatie <i>fysio</i> : oefenen zitten bedrand
3	Zitten, maar niet actief in zit	veel facilitatie/lage transfer zit→zit
4	Zitten, binnen het steunvlak actief zijn	gemiddelde facilitatie/lage transfer zit→zit <i>fysio</i> : oefenen staan/lopen
5	Zitten, actief in zit, maar nog niet staan	gemiddelde facilitatie/ halfhoge of hoge transfer
6	Staan, maar nog niet actief in stand	weinig facilitatie/ hoge transfer
7	Staan en actief zijn in stand	

Lopen

Lopen is een complexe vaardigheid voor ouderen waarbij diverse factoren de uiteindelijke loopvaardigheid en veilige toepassing daarvan bepalen. Als er premorbide al problemen waren, zoekt de fysiotherapeut naar de eventuele oorzaken hiervan. Bij de keuze van de interventies en eventuele hulpmiddelen neemt de fysiotherapeut deze inzichten mee. Bij geriatrische patiënten zijn

zelfstandigheid en veiligheid belangrijke doelen, daarom moet er duidelijkheid zijn over het cognitief functioneren. Ook het gebruik van medicatie, die balans, tonus of alertheid beïnvloedt, moet bekend zijn bij de fysiotherapeut. Uit het REPOS-onderzoek⁶⁹ blijkt dat er al vroeg na het CVA uitspraken mogelijk zijn over het herstel van zelfstandig lopen.

Het trainen van zitbalans, spierkracht- en uithoudingsvermogen en loopbandtraining met/zonder gewichtsondersteuning zijn interventies met aangetoonde effectiviteit.⁷⁰ Verder is aangetoond dat spierkrachttraining in een minimale frequentie van 2-3 keer per week, een positief effect heeft op de spierkracht van het paretische been en op een comfortabele loopsnelheid in de postacute en chronische fase.⁷⁰ Welke invloed het gebruik van loophulpmiddelen heeft op de loopvaardigheid is niet duidelijk. Bij uitval van de voetheffers is in overleg met een revalidatiearts een voorziening te overwegen om deze uitval te compenseren. Er is geen sluitend bewijs op welk moment welke voorziening het beste is. Een enkel-voet orthese lijkt de loopsnelheid, mate van balans en loopvaardigheid positief te beïnvloeden.⁷¹⁻⁷⁵ Verder heeft taakgericht oefenen een positieve invloed op de loopvaardigheid.^{5, 76-78}

Rolstoel rijden en CVA

De ergotherapeut adviseert over zithouding, zitmogelijkheden en de daarbij passende rolstoel en houdt rekening met eventuele houdings- en zitproblemen. In samenspraak met de fysiotherapeut bekijkt de ergotherapeut wat de hulpvraag is van de patiënt ten aanzien van:

- transfer zelfstandig lopen en loopafstand
- hoe actief de zithouding kan zijn
- hoe lang de patiënt het zitten moet en kan volhouden
- risico's van overbelasting
- haalbaarheid van rolstoel rijden, qua conditie, cognitie en vaardigheid

Sporten na CVA

Na de revalidatie is het belangrijk dat de oudere CVA-patiënt fit blijft of zelfs nog fitter wordt. Afhankelijk van de mogelijkheden kiest de patiënt in samenspraak met de fysiotherapeut voor de meest geschikte beweeg- of sportactiviteit. De CVA keten in de omgeving heeft vaak informatie over CVA-sport- en bewegingsgroepen (www.restore4stroke.nl). Stichting "Samen Verder" organiseert CVA-bewegingsgroepen en sportactiviteiten (www.CVA-samenverder.nl) en er is informatie te vinden op www.beroerte.startpagina.nl.

Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL)

Armhandfunctie

Voor de geriatrische CVA-patiënt kan enige arm(steen)functie het verschil maken tussen zelfstandig en niet zelfstandig functioneren. Zelfs met beperkte steunfunctie kan een rollator worden gebruikt. Daarom stimuleren behandelaars de armfunctie maximaal ten behoeve van de steunfunctie, ook als de prognose op herstel niet gunstig lijkt. Meten van arm-handvaardigheid kan met Frenchay Arm Test (FAT)⁷⁹ en de Action Research Arm Test (ARAT).⁸⁰ Het herstel van arm-handvaardigheid is in veel gevallen vroeg na een CVA te voorspellen. Uit het REPOS-onderzoek⁸¹ blijken een minimale willekeurige vingerextensie en een minimale willekeurige activiteit van de schouderabductoren van de paretische arm de beste voorspellers te zijn (zie bijlage 4).

Er is geen consensus over de beste interventie en frequentie van oefentherapie ter verbetering van de arm-handfunctie.⁵ Mogelijk heeft krachttraining effect, maar een taakgerichte oefentherapie (taakspecifieke oefeningen, met beide handen oefenen, verbeteren handfunctie in alledaagse taken) is waarschijnlijk effectiever. Als enige arm-handfunctie aanwezig is, worden positieve resultaten gezien met (modified) constraint induced movement therapy (CIMT). Bij CIMT wordt de niet aangedane arm geïmmobiliseerd waardoor de patiënt gedwongen wordt om de aangedane arm te gebruiken. Voorwaarde is dat de patiënt enige arm-handfunctie heeft. Zonder enig natuurlijk herstel van de arm-handfunctie kan weinig effect worden verwacht van welke interventie dan ook. Ook de niet-aangedane hand kan functioneel beperkt zijn na het CVA, dit valt in eerste instantie niet altijd op. Het kan een vorm van apraxie of onhandigheid zijn. De handfunctie kan getest worden door de patiënt met normale snelheid met de vingers op een tafel te laten tikken.

ADL taken

De Barthel-index (BI) is een veel gebruikt instrument om de mate van zelfstandigheid in ADL taken te meten.⁵ De BI bestaat uit 10 vragen op het gebied van incontinentie, uiterlijke verzorging, toiletgebruik, eten, aan- en uitkleden en traplopen. Met de BI kan het effect van een behandeling worden gemeten. Ook op de revalidatieafdeling van het verpleeghuis worden de BI regelmatig ingevuld door V&V. Met de Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) kan de ergotherapeut beoordelen hoe de patiënt functioneert in zelfzorgtaken en huishoudelijke taken.⁸² Het geeft inzicht in motorische en procesvaardigheden en biedt aanknopingspunten voor een therapieprogramma. Bovendien geeft het een indicatie of de ergotherapeut zich moet richten op het herstel van functie en vaardigheden of op het leren compenseren en aanpassen van de omgeving. De ADL-focussed Occupation-based Neurobehavioral Evaluation (A-ONE) is een observatie-instrument waarmee door de ergotherapeut de zelfstandigheid in de uitvoering van activiteiten (persoonlijke hygiëne, kleden, transfers, eten) en de onderliggende gedragsneurologische stoornissen worden vastgelegd.⁸²

Complexere ADL taken

In de fase waarin een handeling weer opnieuw moet worden geleerd is alle aandacht nodig voor die uit te voeren handeling. Pas wanneer bijvoorbeeld het lopen weer een automatisme is geworden is het mogelijk om tijdens het lopen ook een andere taak uit te laten voeren, zoals reageren op aanspreken.⁵ Dat is ook het moment waarop de patiënt de overstap kan maken van enkelvoudige handelingen naar complexere ADL-taken waarbij meerdere taken na elkaar of gelijktijdig worden uitgevoerd. Voor patiënten die al zelfstandig functioneren in de uit te voeren taken kent de A-ONE een plafondeffect. Andere instrumenten als de Canadien Occupational Performance Measure (COPM) en de Perceive, Recall, Plan and Perform System of task analyses (PRPP) zijn dan wel geschikt.⁸²

Somatisch

Conditie en vermoeidheid

Voor geriatrische patiënten is vermoeidheid een symptoom dat alle problematiek nog eens versterkt. Ongeveer 70% van de CVA-patiënten heeft last van vermoeidheid en blijft daar last van houden.^{12,68} Het behandelteam moet zich realiseren dat ADL-activiteiten als zelfverzorging, zitten, eten en drinken, ook inspannend zijn en vermoeidheid veroorzaken. Een dagprogramma moet dus voldoende (korte) rustmomenten hebben, ook na het opstaan en de maaltijden. Als de patiënt gerust heeft, kan hij oefeningen actiever uitvoeren en is de therapie effectiever. Arousalproblemen (toestand waarin de zintuigen van iemand openstaan voor invloeden van buitenaf/alertheid) kunnen ten onrechte worden opgevat als vermoeidheid. Het is belangrijk om de patiënt te observeren en de invloed van prikkels te zien in relatie tot de alertheid/mate van arousal van de patiënt.

Vermoeidheid is een thema dat altijd in het behandelteam besproken moet worden. De Zorgwijzer Vermoeidheid⁶⁸ beschrijft vijf indelingen: 1. normale en pathologische vermoeidheid; 2. acute en chronische vermoeidheid; 3. lichamelijke en mentale vermoeidheid; 4. centrale en perifere vermoeidheid; en 5. primaire en secundaire vermoeidheid. Een interview, vragenlijst en een dagboek zijn hulpmiddelen om inzicht te krijgen in de vermoeidheid van de patiënt.

Er zijn verschillende behandelingen mogelijk, programma's met een combinatie van cognitieve gedragstherapie (veranderen copingstijl)⁸³ en bewegen (gericht op kracht en uithoudingsvermogen) leren de patiënt omgaan met zijn vermoeidheid.⁶⁸ Het is zinvol om samen met de patiënt te kijken om welke vermoeidheid het gaat. Vervolgens een dag- of weeschema te maken met voldoende rust, en er rekening wordt gehouden met bijzondere activiteiten. Zo krijgt de patiënt inzicht in de problematiek en leert zijn activiteiten afstemmen op persoonlijke mogelijkheden. Ook zal de patiënt ervaren dat actiever zijn niet betekent dat vermoeidheid daardoor toeneemt. Sommige medicatie beïnvloedt of versterkt vermoeidheidsklachten. Slaaptherapie⁶⁸ kan ondersteuning en verbetering geven bij vermoeidheidsklachten. Tijdens de revalidatie lichten de fysiotherapeut en V&V de patiënt goed voor over vermoeidheid en begeleiden de patiënt in het omgaan met deze problematiek.

Spasme en tonusproblemen

Na een CVA kunnen spasme en tonusproblemen ontstaan ten gevolge van centrale tonusdisregulatie. Spasme kenmerkt zich door een snelheidsafhankelijke weerstandstoename van de spier bij passief bewegen. Er is een interventie nodig als de patiënt door het spasme pijn heeft, het spasme het functioneren beperkt en/of als de verzorgbaarheid in het gedrang komt. Beleid en behandeling van spasme is een complex geheel waarin veel mogelijkheden zijn en waarbij vele disciplines betrokken kunnen zijn. Een goed overzicht hiervan is te vinden in het Spasticiteitsprotocol bij volwassen CVA-patiënten.⁸⁴

Contracturen en preventie

Door pijn en spasme kan bewegen onmogelijk zijn of worden vermeden door de patiënt. Als er geen preventief beleid of geen interventies worden toegepast kunnen contracturen ontstaan. De multidisciplinaire behandeling hangt af van het betreffende lichaamsdeel. Wanneer het gaat om pijn in de niet functionele arm, dan is de behandeling voornamelijk gericht op pijnbestrijding. Wanneer mobiliteit belemmerd wordt door spasmen in een been, kan een lokale behandeling worden overwogen waarin Botox in combinatie met een spalk, één van de behandelingen is.⁸⁴ Is er voornamelijk hinder aan de hemiplegische zijde, dan kan de arts overwegen om met medicatie die hinder te behandelen. Behandeling en beïnvloeding van pijn en spasme zijn van groot belang.⁸⁴ In de behandeling wordt altijd een stappenplan gehanteerd. De aard van contracturen die, ondanks preventieve maatregelen, toch ontstaan en de mate van beïnvloedbaarheid worden in onderstaande figuur weergegeven:⁸⁵

Mobiliteitsbeperkingen (contracturen) en mate van beïnvloedbaarheid

Structuur	Eindgevoel	Beleid
Myogene contracturen (spieren)	door de "catch" heen een verend eindgevoel	aantal malen per dag op lengte brengen
Collagene contracturen (bindweefsel)	volledige lengte niet haalbaar en stug eindgevoel	6 uur achter elkaar op rek, 200 dagen per jaar(spalk)
Neurogene contracturen (zenuwen)	herkenbaar aan mobiliteitsverlies i.c.m. prikkelingen elders	aantal malen per dag zenuw op lengte brengen
Ossale contracturen (botweefsel)	Forse contracturen en hard eindgevoel	Operatieve ingrepen indien noodzakelijk

Schouder-handsyndroom

Door oedeemvorming in de hand, kan bij 5-25% van de oudere patiënten met een CVA een schouder-handsyndroom ontstaan. Oorzaken zijn houdingsafwijkingen bij het liggen, flexie van de hand en trauma's. Het schouder-handsyndroom hoort bij de Complex Regionale Pijn Syndromen (CRPS). CRPS

ontstaat door schade in de hersenen (cortex) waardoor het hele pijnsysteem ontregelt. Het ontstaat meestal weken of maanden na het CVA en kenmerkt zich door vreemde sensaties en zenuwpijn. Het wordt geprovoceerd door kou, beweging en emoties en er zijn meestal sensibiliteitsstoornissen. De preventie bestaat uit het geven van voorlichting aan de patiënt en zijn naasten, het voorkomen van afhangen van de arm, voorkomen van een houding met palmar flexie (beweging naar handpalm toe) van de pols en voorkomen van verwonding. De fysiotherapeut heeft verschillende behandelopties maar de bewijskracht van deze behandelingen is beperkt.⁷⁰ In de praktijk passen fysiotherapeuten lymfetaping en manuele lymfedrainage toe. Daarnaast wordt de patiënt gestimuleerd om zo veel mogelijk zelf te oefenen en de arm zo mogelijk in te schakelen.

Schouderpijn

Schouderpijn hangt samen met minder mobiliteit en beïnvloedt de revalidatie van CVA-patiënten in negatieve zin. Het is onduidelijk hoe vaak schouderpijn voorkomt.⁵ Hoe beperkter de armfunctie, hoe meer kans er is om schouderpijn te ontwikkelen. Mogelijke oorzaken zijn: peesscheurtjes, subluxatie, spasticiteit, ontsteking van het kapsel, pijn en disfunctie van het autonome zenuwstelsel.⁸⁶ Andere oorzaken zijn een verkeerde houding of verkeerd omgaan met de arm waardoor peesscheurtjes ontstaan die pijn veroorzaken. In de acute fase is het uiterst belangrijk dat de aangedane arm 24 uur per dag ondersteund wordt. Een specifieke positie kan niet worden aanbevolen. Voorzichtig passief bewegen voorkomt mogelijk schouderpijn. De patiënt mag nooit worden opgetrokken aan de aangedane arm of zichzelf optrekken aan een papegaai of ander hulpmiddel.^{5,85} Voor elke activiteit vindt schoudercontrole plaats door alle betrokkenen. Indien mogelijk wordt de musculatuur rond de schouder gestimuleerd. Verder is het belangrijk mobiliteit en functie te onderhouden tijdens de behandeling, maar ook door zelfstandig oefenen, bijvoorbeeld met behulp van de Oefengids.⁸⁷

Slikken

Een slikstoornis of dysfagie is een bekende complicatie bij patiënten na een CVA. Medische complicaties, bestaande medische problemen (veelal voorkomend bij ouderen) en medicatie kunnen de ernst van de slikstoornis beïnvloeden. Meer dan 95% van de patiënten herstelt binnen 9 weken van een slikstoornis.² Slikstoornissen kunnen leiden tot aspiratiepneumonie en voedingsproblemen en hebben sociale en emotionele gevolgen voor de patiënt. Het is belangrijk dat de diëtist ingeschakeld wordt om de volwaardigheid van voeding zo veel mogelijk te waarborgen. Patiënten kunnen niet genieten van het eten, hebben angst voor slikken of schamen zich voor de slikproblemen. Bij ernstige slikproblemen kan een neus- of Percutane endoscopische gastrostomie (PEG) sonde worden ingebracht om vocht en voeding toe te dienen. Slikproblemen beïnvloeden daarom de kwaliteit van leven ernstig.

Als een patiënt in het verpleeghuis komt, zijn aanwezige slikstoornissen al in het ziekenhuis vastgesteld. De logopedist behandelt de slikstoornis en hoeft in principe geen slikscreening meer uit te

voeren. De logopedist gebruikt een combinatie van compensatietechnieken, revalidatietechnieken en aangepaste voedingsconsistenties om het risico op aspiratie te verminderen en het slikken makkelijker te laten verlopen. Daarnaast zorgt de logopedist voor scholing en voorlichting aan medewerkers en familie. Bij onduidelijkheid over de slikproblemen zorgt zij dat er in het ziekenhuis een Flexible Endoscopische Evaluatie Slikbeweging (FEES) of slikfoto gemaakt wordt. Bij een FEES wordt een klein cameraatje aan een kabeltje (flexibele scoop) door de neus naar binnen gebracht. Door middel van radiologische straling en contrastvloeistof wordt de slikbeweging geobserveerd en kan men zien waar het misgaat. Met dit onderzoek wordt de gehele slikbeweging inzichtelijk, van inname in de mond tot verwerking in de slokdarm. Bij de behandeling van een slikstoornis is het belangrijk de wensen en mogelijkheden van de oudere patiënt als leidraad te nemen. De beste resultaten worden bereikt als de patiënt cognitief nog redelijk goed functioneert en gemotiveerd is.^{11,88,89}

Gewicht/voeding

Na een CVA ontstaan er vaak slikproblemen. Indien de patiënt niet in staat is oraal op een veilige manier voldoende voeding en vocht tot zich te nemen ten opzichte van de behoefte en de voedingstoestand is hiervoor extra aandacht nodig van V&V, logopedist en diëtist. Het doel is dat de patiënt voldoende voeding en vocht binnenkrijgt en weer een goede voedingstoestand krijgt of deze behoudt. Binnen het behandelteam zijn heldere afspraken nodig over het beleid ten aanzien van eten en drinken. Dit kan betekenen dat de patiënt eerst sondevoeding krijgt maar zo snel als mogelijk zal starten met het aanleren van slikvaardigheden (door logopedist). De diëtist maakt een plan voor een volwaardige intake met behoud van voedingstoestand en gewicht van de patiënt.

Secundaire preventie

De risicofactoren voor een CVA zijn hart en vaatziekten, hypertensie, Diabetes Mellitus, roken en stoornissen in de vetstofwisseling. Bij twee of meer risicofactoren stijgt de kans op een CVA.⁹⁰ Het is daarom belangrijk om in de anamnese de risicofactoren te inventariseren. De arts licht de patiënt in over de risicofactoren en de behandelmogelijkheden. De maatschappelijk werker of V&V wijst de patiënt op het bestaan van patiëntenverenigingen^{91,92} en bespreekt leefstijladviezen, zoals stoppen met roken en voldoende bewegen (zie bijlage 5).

Medicatie en polyfarmacie

Ouderen en vooral (hoog)bejaarden reageren vaak anders op medicijnen dan jongere mensen en lopen daardoor meer risico op gezondheidsklachten door polyfarmacie. Polyfarmacie duidt op het gelijktijdig gebruik van vijf of meer verschillende voorgeschreven medicijnen en zelfmedicatie.⁹³ Bij ouderen die meerdere (chronische) ziekten hebben komt dit vaak voor, zeker bij behandeling door verschillende artsen. Bij ouderen verandert de lichaamssamenstelling en orgaanfunctie, waardoor opname, afbraak en uitscheiding van medicijnen anders verlopen. Ook de (bij)werking van medicijnen verandert. Daarnaast kan er sprake zijn van een minder goed gebruik van medicijnen als gevolg van

slechtziendheid, vergeetachtigheid en moeite met het gebruik (o.a. inhalaties) en openen van de verpakking. Daarom vereist medicatietherapie bij ouderen specifieke kennis en aandacht.

Polyfarmacie is te voorkomen als de arts regelmatig beoordeelt of bepaalde medicijnen nog wel nodig zijn. Bij opname op een revalidatieafdeling beoordeelt de specialist ouderengeneeskunde het medicatiegebruik en let dan onder andere op het volgende:

- Welk(e) middel(en) gebruikt de patiënt?
- Heeft de patiënt bijwerkingen?
- Welk(e) middel(en) zijn overbodig?
- Welk(e) middel(en) zijn echt nodig en in welke dosering en toepassingsvorm kan de patiënt dit het best gebruiken?

V&V zien er op toe dat de patiënt de medicatie op de juiste manier inneemt. Ruim voor het ontslag bereiden V&V de patiënt voor op het zelfstandig gebruik door instructie en uitleg bij gebruik van hulpmiddelen, zoals een week- of dagdoos. Indien de patiënt deze niet zelf kan vullen kan dit ook wekelijks door de thuiszorg of de apotheek gedaan worden.

Continentie

Verlies van de controle over blaas en ontlasting is een veel voorkomend probleem bij oudere patiënten met een CVA. Vlak na het doormaken van een CVA hebben veel patiënten last van incontinentie. Als de patiënt voorheen niet incontinent was, keert vaak de controle binnen enkele weken terug. Veel patiënten hebben ook last van constipatie en urineretentie als gevolg van inactiviteit, gewijzigde voeding of angst.^{11,22,57} Met de Barthel-Index⁹⁴ kunnen V&V nagaan of de patiënt voorafgaande aan het CVA al incontinentieproblemen had. De begeleiding en behandeling bestaat vooral uit goede voorlichting, educatie, het gebruik van incontinentiemiddelen, een tijdelijke katheter of intermitterende katheterisatie en laxantia, en aangepaste voeding.

Decubitus

Decubitus is weefselversterf van huid en weefsel onder de huid veroorzaakt door druk, schuif- en wrijfkraften of van een combinatie hiervan. Risicoplakten zijn de stuit, zitknobbels, hielen, ellebogen, schouders, heupen of het achterhoofd. Risicofactoren voor decubitus zijn een verminderde mobiliteit, het onvermogen om van houding te veranderen, een verminderde voedingstoestand, onvoldoende inname van vocht, stoornissen in het gevoel, stoornissen in de doorbloeding. Een vochtige huid door transpireren of incontinentie kan vochtletsel veroorzaken, die vraagt om een andere behandeling dan decubitus.⁹⁵ Als gevolg van een CVA zijn verschillende risicofactoren aanwezig.

Decubitus wordt ingedeeld in vier gradaties.

Graad 1. Niet-wegdrukbaar roodheid van de intacte huid.

- Graad 2. Oppervlakkig huiddefect van de opperhuid, al dan niet met aantasting van de huidlaag daaronder (blaar of oppervlakkige ontvelling).
- Graad 3. Huiddefect met schade of necrose van huid en onderhuids weefsel.
- Graad 4. Uitgebreide weefselschade of weefselversterf (necrose) aan spieren, botweefsel of ondersteunende weefsels, met of zonder schade aan opperhuid en lederhuid.

De belangrijkste preventieve behandeling van decubitus is wisselen van houding en het vrijleggen van lichaamsdelen. Immers waar geen druk of schuifkrachten ontstaan, ontstaat ook geen decubitus. Voor verdere behandeling en preventie van decubitus wordt verwezen naar landelijke en regionale protocollen die in de zorgorganisatie gebruikelijk zijn.

Multimorbiditeit

Ruim een kwart van de mensen heeft een of meer chronische ziekten. Van de 75-plussers heeft 30% meer dan één chronische ziekte en 40% twee chronische ziektes of meer. Veel voorkomende combinaties van chronische ziekten zijn bijvoorbeeld astma en eczeem, depressie en angststoornissen, en diabetes en coronaire hartziekten.⁹⁶

Omdat multimorbiditeit bij ouderen veel voorkomt is de kans groot dat een geriatrische revalidant naast de CVA één of meerdere aandoeningen heeft. Patiënten met multimorbiditeit gebruiken vaak veel verschillende geneesmiddelen voor de behandeling daarvan (polyfarmacie). Door multimorbiditeit is de zorgvraag groter en de kans op complicaties hoger en het beïnvloedt de kwaliteit van leven negatief. Daarom vereist multimorbiditeit extra aandacht in de revalidatie, zowel qua mogelijkheden als intensiviteit.⁹⁷

Pusher-syndroom

Ongeveer 10% van de patiënten met een CVA heeft een Pusher-syndroom. Patiënten met het Pusher-syndroom duwen zich naar hun aangedane zijde, zowel in zit als in stand, wat kan leiden tot balansproblemen en valgevaar.⁹⁸ Als een hulpverlener probeert deze houding te corrigeren, neemt het wegduwen toe. De positie van het lichaam in relatie tot de zwaartekracht is verstoord. De patiënt ervaart het lichaam als "rechttop" terwijl het in feite naar de aangedane zijde beweegt. Er is een onvermogen om het gewicht naar de niet-aangedane zijde te verplaatsen en de patiënt is angstig om naar voren te buigen. De behandeling van het Pusher-syndroom bestaat uit het stimuleren van de tonus van spieren en het aanleren van juiste houdings- en bewegingspatronen. De Broetz-methode⁹⁹ laat de patiënt in een aantal stappen realiseren dat hij niet rechttop zit. Daarnaast moet de patiënt dubbeltaken uitvoeren zoals gesprek voeren en coördinatioefeningen met de armen.

Seksualiteit

Seksuele gevoelens en verlangens zijn een natuurlijk onderdeel van de menselijke persoonlijkheid. Ook als men ouder is en in een verpleeghuis verblijft als gevolg van een beroerte verdwijnen seksuele gevoelens niet zomaar.¹⁰⁰ Voor sommigen is het een opluchting dat ze over seksualiteitsbeleving

kunnen spreken, voor anderen rust daar nog altijd een taboe op. Praten over seksualiteit kan ongemakkelijk aanvoelen, echter wanneer er niet over wordt gesproken kunnen lastige en ongewenste situaties ontstaan.¹⁰¹ Indien er sprake is van een seksuele behoefte die door de patiënt niet zelfstandig en/of naar wens te vervullen is, dient samen met de patiënt gezocht worden naar een passende vorm van zorg- of dienstverlening.¹⁰² Patiënten geven aan het belangrijk te vinden dat de zorgverlener het initiatief neemt om het onderwerp seksualiteit bespreekbaar te maken. De aanwezigheid van de partner bij het eerste gesprek is afhankelijk van behoefte van de patiënt.^{103,104}

Aanbevelingen Domein Lichamelijk Welbevinden en Gezondheid

Mobiliteit:

1. Op de revalidatieafdeling zijn principes van het therapeutisch klimaat ingevoerd.
2. Patiënt ontvangt minimaal 2x per dag therapie van minimaal 20 – 30 minuten per sessie, bij voorkeur ook in het weekend.
3. V&V oefenen met de patiënt in overleg met de fysiotherapeut.
4. V&V zorgen voor een comfortabele houding in bed, waarbij men rekening houdt met de richtlijnen voor decubituspreventie en longventilatie.
5. V&V controleren regelmatig of de patiënt comfortabel zit of ligt en daarbij let men op afhanginge armen, ondersteuning van de aangedane arm en rechtop zitten.

ADL:

6. Fysio- en ergotherapeut testen armhandfunctie en stellen een therapieprogramma op.
7. Fysio- en ergotherapeut geven adviezen voor een oefenprogramma die V&V op de afdeling kunnen uitvoeren.
8. V&V laten patiënt tijdens uitvoering van ADL gericht oefenen met specifieke taken.
9. Ergotherapeut en V&V instrueren patiënt en naaste hoe patiënt tijdens verblijf op afdeling en later thuis kan oefenen met armhandfunctie.

Somatisch:

10. Het oefenprogramma heeft naast therapieafspraken voldoende (korte) rustmomenten, rekeninghoudend met inspanning voor patiënt van ADL-activiteiten.
11. V&V en fysiotherapeut bespreken het thema vermoeidheid met patiënt en naasten zodat zij inzicht krijgen in 'ervaren' vermoeidheid en planning van activiteiten en rustmomenten.
12. Fysiotherapeut heeft voorlichting aan V&V over schouder/hand syndroom

Voedings- en slikproblemen:

10. V&V bespreken voedings- en slikproblemen in het MDO.
11. V&V wegen de patiënt elke 3 maanden of vaker indien nodig.
12. Logopedist geeft voorlichting over slikproblemen aan patiënt en naasten.

13. V&V, logopedist en diëtist maken plan om patiënt in een goede voedingstoestand te brengen en te houden.

Secundaire preventie:

14. Arts licht de patiënt bij de anamnese in over risicofactoren en behandelmogelijkheden na een CVA.

15. V&V begeleiden en ondersteunen de patiënt bij het kiezen voor een gezonde levensstijl.

16. MW bespreekt met de patiënt bij welke patiëntenvereniging deze zich aan kan sluiten.

Medicatie en polyfarmacie

17. SO beoordeelt medicatie bij iedere visite en overlegt bij twijfels z.n. met andere behandelaren en V&V.

18. V&V zien toe op goed medicatiegebruik en observeren op bijwerkingen en klachten.

19. V&V bereiden patiënt voor op zelfstandig medicatiegebruik bij ontslag.

Zorgproblemen:

20. V&V voert preventief beleid ter voorkoming van decubitus.

21. Fysiotherapeut geeft patiënt en medewerkers voorlichting over pusher-syndroom en behandeling.

22. Maatschappelijk werker en/of V&V maken seksualiteit bespreekbaar in het team en met de patiënt en naaste.

23. Patiënt krijgt een individuele activiteitenagenda.

24. De therapie-intensiteit is aangepast aan het vermogen van de patiënt.

25. Patiënten die ernstiger aangedaan zijn verdienen minstens zoveel of meer aandacht als patiënten die minder ernstig zijn aangedaan.

3. NA ONTSLAG UIT HET VERPLEEGHUIS

Het multidisciplinaire team bereidt de patiënt en diens naasten voor op het ontslag naar huis. In het verpleeghuis kan men bij problemen of vragen nog direct terugvallen op de professionals, thuis is dit anders. De fysieke, mentale en sociale gevolgen van de beroerte worden hier vaak extra zichtbaar. Het blijkt dan ineens moeilijker om de dingen te doen die men voorheen gewend was. De rol van de partner is veranderd, die is naast partner nu ook mantelzorgger geworden. Deze veranderde rollen kunnen een druk leggen op de patiënt, diens naasten en hun relatie. Al in het verpleeghuis kunnen de professionals patiënt en naasten handvatten geven om te gaan met deze veranderde rollen

Thuis wonen

Vorbereiding op ontslag

Ruim voor het ontslag vindt een huisbezoek door de ergotherapeut plaats. Er is dan voldoende tijd om aanpassingen in de woning van de patiënt te inventariseren en realiseren. Daarnaast is het mogelijk om ook overige hulpmiddelen en voorzieningen, zoals vervoersmiddelen voor buitenshuis, aan te vragen.

De maatschappelijk werker voert ruim voor ontslag een gesprek met de patiënt en diens naaste, dit gesprek kan eventueel ook bij de patiënt thuis plaatsvinden. Zij kan adviseren bij de volgende onderwerpen:

- financiële hulpvragen en zo nodig doorverwijzen naar gemeentelijke instanties
- aanvraag passende extramurale zorgindicatie via CIZ (zorg in natura of PGB)
- aanvraag passende indicatie huishoudelijke zorg via WMO gemeente
- vertegenwoordiging; mentorschap, bewindvoering
- mantelzorgondersteuning: optimale inzet sociaal netwerk, inzet vrijwilliger, MEE
- passende dagbesteding in samenspraak met ergotherapie
- voorlichting- en ondersteuningsmogelijkheden: patiënten vereniging, lotgenotencontact, NAH café, café Brein

Na het laatste MDO volgt het nazorggesprek door V&V waarin met de patiënt en diens naasten onzekerheden en vragen besproken worden. Om frustraties te voorkomen zijn de nodige aanpassingen in de woning gerealiseerd voordat de patiënt met ontslag naar huis gaat. Een proefontslag kan aangewezen zijn, de patiënt gaat dan al eens een weekend naar huis om proef te draaien. Dan kunnen eventuele problemen voortijdig opgelost worden.

Overdracht

Vervolgens is een goede overdracht vanuit het verpleeghuis naar de eerste lijn onontbeerlijk (huisarts, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie). Het verdient aanbeveling ook hier de multidisciplinaire overdracht CVA-ketenzorg (pagina 7) te gebruiken.

De Archipel heeft in haar zorgprogramma 'Geriatrische revalidatie na een beroerte' drie zorgproducten ontwikkeld die bij de patiënt thuis worden aangeboden:

Mobiel Stroke Team in CVA-Ketenzorg Eindhoven

In Eindhoven kunnen CVA-patiënten soms al veel eerder naar huis. Zij ontvangen de revalidatiezorg thuis door het Mobiel Stroke Team, een multidisciplinair team van behandelaars en zorgprofessionals. De patiënt die hiervoor in aanmerking komt is voldoende belastbaar en leerbaar en diens woonsituatie, draagkracht en inzicht van patiënt en diens systeem maken thuisrevalidatie mogelijk. In de praktijk betekent dit dat de patiënt veelal samenwoont met een partner. Zo nodig kan een gedeelte van de therapie wel intramuraal plaatsvinden (bijvoorbeeld het gebruik van de oefenzaal). (www.cva-eindhoven.nl)

Poliklinische behandeling

Indien slechts één behandelaar betrokken is spreekt met van een poliklinische behandeling. Die behandeling wordt of thuis of in het verpleeghuis geboden. Deze behandeling kan ingezet worden na verwijzing door de (huis)arts. Poliklinische behandeling wordt ook gegeven als nabehandeling.

Nazorgprogramma Beroerte

Na ontslag uit het verpleeghuis kan de patiënt met een beroerte (en diens partner) instromen in het multidisciplinair nazorgprogramma, dat uit verschillende onderdelen kan bestaan. Coördinatie en monitoring zijn in handen van een centraal contactpersoon: de neuroconsulent, een praktijkverpleegkundige met extra scholing gericht op neurorevalidatie en chronische zorg voor patiënten met Niet-Aangeboren Hersenletsel.

(uit: Archipel, Eindhoven 'Geriatrische revalidatie na een beroerte', maart 2010)

Nazorg

De huisarts is het eerste aanspreekpunt bij gezondheidsproblematiek na ontslag uit de zorginstelling. Deze neemt met de patiënt de gezondheidsrisico's en eventuele behandelmogelijkheden of leefstijladviezen door. In sommige gevallen ontvangt de patiënt nog zorg en begeleiding op de dagbehandeling van het verpleeghuis of zij keren wekelijks terug voor een behandeling van hun therapeut in het verpleeghuis.

De maatschappelijk werker geeft de patiënt en diens naasten informatie over patiënten-verenigingen, specifieke sportverenigingen en activiteitenverenigingen in de buurt van het woonadres van de patiënt.

Voor een goede voortzetting van zorg in de thuissituatie is het van belang dat professionals (thuiszorgmedewerkers, WMO-loket, vrijwilligers) en mantelzorgers, geschoold zijn in de omgang met het specifieke ziektebeeld van de patiënt. Dit kan geboden worden door professionals van de zorginstelling tijdens opname en ter voorbereiding op ontslag, of door externe instanties. Ook een speciaal ingericht extramuraal CVA- team met professionals uit het verpleeghuis kan nazorg leveren aan patiënten in de thuissituatie (zie kader Archipel). Hierdoor kan een patiënt mogelijk eerder met ontslag naar huis, want niet voor alle patiënten is 24-uurs zorg noodzakelijk. Indien er behoefte is aan verdere begeleiding van de patiënt en diens naasten na ontslag, is het wenselijk dit in hoofdzaak uit te laten uitvoeren door de maatschappelijk werkende of gespecialiseerd V&V die al betrokken was bij het intramurale traject. In het kader van ketenzorg zijn hiervoor in verschillende modellen ontwikkeld (CVA-ketenzorg Eindhoven;

Aanbevelingen

1. Professionals uit het verpleeghuis bereiden de patiënt en diens naasten aan de hand van de USER-Participatie zorgvuldig voor op de veranderde rollen en bieden in een nazorggesprek handvatten hoe hier mee om te gaan.
2. Huisaanpassingen zijn altijd gedaan voordat de patiënt met ontslag naar huis gaat.
3. Een professioneel extramuraal CVA team kan vanuit het verpleeghuis nazorg bieden.
4. De patiënt krijgt de mogelijkheid om met proefontslag te gaan.

4. INSTRUMENTEN

Functionele testen

Action Research Arm Test (ARAT)

http://www.meetinstrumentenzorg.nl/portals/0/bestanden/137_3.pdf

ADL Focused Occupational Based Neurobehavioral Evaluation (A-one)

http://strokengine.ca/assess/module_a_2d_one_psycho-en.html

Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)

<http://www.ergo-amps.nl/?PID=amps>

Amsterdam-Nijmegen Test voor Alledaagse Vaardigheden (ANTAT)

<http://www.hogrefe.nl/producten/producten-single/antat-amsterdam-nijmegen-test-voor-alledaagse-taalvaardigheden.html>

Barthel Index (BI)

Canadien Occupational Performance Measure (COPM)

<http://www.caot.ca/copm/>

Frenchay Arm Test (FAT)

<http://www.fysionet.nl/kennisplein/vakinhoud/meetinstrumenten/frenchay-arm-test.pdf>

<http://www.fysiovrageenlijst.nl/docs/pdf/Barthel%20Index.pdf>

Functional Independence Measure (FIM)

http://www.dementia-assessment.com.au/symptoms/FIM_manual.pdf

Perceive, Recall, Plan and Perform System of task analyses (PRPP)

<http://www.prpp.nl/>

Timed Up and Go (TUG)

http://www.fysiovrageenlijst.nl/docs/pdf/Timed%20Get-Up-and-Go-Test%20_TGUGT_.pdf

Mantelzorg testen

Caregiver Strain Index (CSI)

<http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/smartsite.dws?ch=&id=135868>

Cognitieve-neuropsychiatrische testen

Neuropsychiatric Inventory Nursing Home version (NPI-NH)

http://www.psychiatrienet.nl/oudesite/files/NPI_vragenlijst.pdf

Communicatie testen

Stop Walking when Talking

<http://goo.gl/9CrTfm>.

Dyva Onderzoek (dysartie)

<http://www.bol.com/nl/p/dysartrie-en-verbale-apraxie-dyva-onderzoek/1001004002532919/>

Nederlands Verstaanbaarheid Onderzoek

<http://www.bookido.be/nl/books/290533/nederlandstalig-spraak-verstaanbaarheids-onderzoek>

Radboud Dysartie Onderzoek

http://www.umcn.nl/Informatievoorverwijzers/Verwijzersinformatie/Documents/Logopedie_Radboud%20Dysartrieonderzoek.pdfzoek

Akense Afasie Test (AAT)

<http://www.hogrefe.nl/producten/producten-single/aat-akense-afasie-test.html>

Utrechts Communicatie Onderzoek (UCO)

<http://pragmaprojects.com/index.php/pragma/nl-projecten/item/utrechts-communicatie-onderzoek-uco>

Psycho linguïstisch testinstrument voor onderzoek naar taalverwerking afasiepatiënten (PALPA)

<http://www.psypress.com/books/details/9780863773662/>

5. AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk zijn de aanbevelingen zoals die gemaakt zijn bij de verschillende domeinen nogmaals weergegeven.

1. Aanbevelingen Domein Woon- en leefomgeving

1. Op revalidatieafdeling zijn de principes van het therapeutisch klimaat ingevoerd.
2. V&V oefenen met de patiënt in overleg met de fysiotherapeut.
3. Patiënt heeft een zinvolle dagbesteding met therapeutische en recreatieve activiteiten.
4. V&V en fysiotherapeut stimuleren de patiënt om veel te oefenen (met (op)staan, en lopen) buiten therapie om, bij voorkeur toepassingen in de dagelijkse praktijk (zonder oefendruk).
5. Ergotherapeut brengt met Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) het veilig uitvoeren van taken in ADL en HDL in kaart.

2. Aanbevelingen Domein Participatie en sociaal welbevinden

Communicatie:

1. Bij opname onderzoekt de arts visus en gehoor van de patiënt en overweegt verwijzing naar een opticien en een audioloog.
2. Logopedist brengt de communicatieproblemen met betrekking tot spraak en taal in kaart en gebruikt hiervoor gevalideerde meetinstrumenten, zoals AAT of PALPA*.
3. Logopedist behandelt spraak- en taalstoornissen bij de patiënt in therapiesessies en evalueert de resultaten van behandeling.
4. Logopedist betreft de naasten van de patiënt bij deze behandeling en geeft hen adviezen over de communicatie met hun familielid.
5. Logopedist adviseert de andere leden van het multidisciplinair team over communicatie.

Participatie:

6. Maatschappelijk werker, ergotherapeut en activiteitenbegeleider zoeken samen met de patiënt naar een zinvolle dagbesteding voor thuis na ontslag en bereiden de patiënt en diens naasten hierop voor.
7. Maatschappelijk werker kan ondersteunen bij terugkeer naar (vrijwilligers)werk en hobby's.
8. Maatschappelijk werker, in samenwerking met V&V, ondersteunt patiënt en diens naaste bij het in stand houden van sociale relaties, tijdens de revalidatie en daarna.
9. Maatschappelijk werker, in samenwerking met V&V, brengt de draagkracht en draaglast

van de mantelzorg(er) in beeld en stemt ondersteuning af op hun behoeften.

10. Maatschappelijk werker brengt zo nodig ook de sociale activiteiten en het sociale netwerk in kaart. De USER-P (Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie –participatie) kan hierbij gebruikt worden.
11. Psycholoog kan geraadpleegd worden en ondersteunen bij patiënten met (ernstige) sociale problemen.

3. Aanbevelingen Domein Mentaal welbevinden en autonomie

verpleegkundige en verzorgende

1. V&V besteden tijdens hun werkzaamheden voortdurend aandacht aan het mentaal welbevinden van de CVA-patiënten.
2. V&V observeren en signaleren of er problemen ontstaan en rapporteren hierover in het MDO, zo nodig worden andere disciplines ingeschakeld.
3. V&V trainen de cognitie van de patiënt door strategietraining, omgaan met cognitieve problemen en compensatietraining. Hierbij maken zij gebruik van planners, agenda's, briefjes en aanleren van routines.

psycholoog

6. Kennismaking met patiënt en uitleg over de gevolgen van CVA op het gebied van cognitief en emotioneel functioneren en de rol van de psycholoog in de revalidatie.
7. Brengt cognitief functioneren van patiënt in kaart met MOCA-instrument en CLCE-24 (Checklist voor Cognitieve en Emotionele problemen) en rapporteert in MDO.
8. Neemt NPI af bij EVV van de patiënt en bepaalt mede op basis van de uitkomsten welke ondersteuning en begeleiding nodig is en adviseert hierover in MDO.
9. Voert zo nodig een neuropsychologisch onderzoek uit en maakt een inschatting van het verloop van het rouwproces en overlegt met maatschappelijk werk over begeleiding hierin.
10. Als in het revalidatieproces blijkt dat de revalidant beïnvloed wordt door psychische problematiek schakelt men (opnieuw) de psycholoog in.

geestelijke verzorging

11. De geestelijk verzorger biedt hulp bij het zoeken naar antwoorden bij problematiek rond levens- en zinragen van patiënten, aansluitend bij de beleving van de patiënten en uitgaande van de behoefte van de patiënt.

maatschappelijk werk

12. MW inventariseert in gesprek met patiënt en naaste of er vragen liggen op het gebied van welzijn, ondersteuning, toekomstig wonen en/of dagbesteding. Deze vragen legt ze vast in een begeleidingsplan, uitvoering van het plan kan ook door V&V plaatsvinden.
13. MW geeft vervolgens begeleiding/advisering bij complexe vragen en kan desgewenst onderzoek verrichten naar de sociale situatie in voorbereiding op ontslag.
14. MW kan direct betrokken familieleden met hulpvragen gericht doorverwijzen.
15. MW kan betrokken zijn bij problematiek op het vlak van acceptatie, communicatie en vertegenwoordiging tussen patiënt/patiëntensysteem of zijn sociale omgeving.

4. Aanbevelingen Domein Lichamelijk Welbevinden en Gezondheid**Mobiliteit:**

1. Op de revalidatieafdeling zijn principes van het therapeutisch klimaat ingevoerd.
2. Patiënt ontvangt minimaal 2x per dag therapie van minimaal 20 – 30 minuten per sessie, bij voorkeur ook in het weekend.
3. V&V oefenen met de patiënt in overleg met de fysiotherapeut.
4. V&V zorgen voor een comfortabele houding in bed, waarbij men rekening houdt met de richtlijnen voor decubituspreventie en longventilatie.
5. V&V controleren regelmatig of de patiënt comfortabel zit of ligt en daarbij let men op afhangende armen, ondersteuning van de aangedane arm en rechtop zitten.

ADL:

6. Fysio- en ergotherapeut testen armhandfunctie en stellen in overleg een therapieprogramma op.
7. Fysio- en ergotherapeut geven adviezen voor een oefenprogramma die V&V op de afdeling kunnen uitvoeren.
8. V&V laten patiënt tijdens uitvoering van ADL gericht oefenen met specifieke taken.
9. Ergotherapeut en V&V instrueren patiënt en naaste hoe patiënt tijdens verblijf op afdeling en later thuis kan oefenen met armhandfunctie.

Somatisch:

10. Het oefenprogramma heeft naast therapieafspraken voldoende (korte) rustmomenten, rekeninghoudend met inspanning voor patiënt van ADL-activiteiten.
11. V&V en fysiotherapeut bespreken het thema vermoeidheid met patiënt en naasten zodat zij inzicht krijgen in 'ervaren' vermoeidheid en planning van activiteiten en rustmomenten.
12. Fysiotherapeut heeft voorlichting aan V&V over schouder/hand syndroom

Voedings- en slikproblemen:

13. V&V bespreken voedings- en slikproblemen in het MDO.
14. V&V wegen de patiënt elke 3 maanden of vaker indien nodig.
15. Logopedist geeft voorlichting over slikproblemen aan patiënt en naasten en geeft sliktraining.
16. V&V, logopedist en diëtist maken plan om patiënt in een goede voedingstoestand te brengen en te houden.

Medicatie en polyfarmacie

17. SO beoordeelt medicatie bij iedere visite en overlegt bij twijfels z.n. met andere behandelaren en V&V.
18. V&V zien toe op goed medicatiegebruik en observeren op bijwerkingen en klachten.
19. V&V bereiden patiënt voor op zelfstandig medicatiegebruik bij ontslag.

Zorgproblemen:

26. V&V voert preventief beleid ter voorkoming van decubitus.
27. Fysiotherapeut geeft patiënt en medewerkers voorlichting over pusher-syndroom en behandeling daarvan.
28. Maatschappelijk werker en/of V&V maken seksualiteit bespreekbaar in het team en met de patiënt en naaste.
29. Patiënt krijgt een individuele activiteitenagenda en ontvangt agendatraining door V&V.
30. De therapie-intensiteit is aangepast aan het vermogen van de patiënt.
31. Patiënten die ernstiger aangedaan zijn, verdienen minstens zoveel of meer aandacht als patiënten die minder ernstig zijn aangedaan.

REFERENTIES

- [1] Struijs JN, van Genugten ML, Evers SM, Ament AJ, Baan CA, van den Bos GA. Modeling the future burden of stroke in The Netherlands: impact of aging, smoking, and hypertension. *Stroke*. 2005;**36**: 1648-1655.
- [2] CBO richtlijn: diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte, http://www.cbo.nl/Downloads/218/rl_beroerte_09.pdf, 2009, gevonden op 16 november 2011.
- [3] Franke CL, Vaartjes I, Bots ML. Beroerte samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\ Hartvaatstelsel\Beroerte, 13 december 2011. Versie 4.11 28 maart 2013.
- [4] De Weerd W, Selz B, Nuyens G, *et al.* Time use of stroke patients in an intensive rehabilitation unit: a comparison between a Belgian and a Swiss setting. *Disabil Rehabil*. 2000;**22**: 181-186.
- [5] Hafsteinsdóttir TS, M. *Clinical Nursing Rehabilitation Guideline Stroke (Verpleegkundige Revalidatie Richtlijn Beroerte)*: Maarsse Elsevier, 2009.
- [6] First MB. Mutually exclusive versus co-occurring diagnostic categories: the challenge of diagnostic comorbidity. *Psychopathology*. 2005;**38**: 206-210.
- [7] Tangram. Rehabilitation in AWBZ. Size, Nature and Intensity. http://www.vumc.nl/afdelingen-themas/69713/27797/tangram_RapportRevalidatieD1.pdf. Accessed December 15th 2011. 2007.
- [8] Van Heugten CBS. Cooperation in the stroke service: a unique couple. . *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*. 2005 **30**: 103-105.
- [9] Buijck BI, Zuidema SU, Spruit-van Eijk M, Geurts A, Koopmans RT. Neuropsychiatric symptoms in geriatric patients admitted to skilled nursing facilities in nursing homes for rehabilitation after stroke: a longitudinal multicenter study. *Int J Geriatr Psychiatry*.**27**: 734-741.
- [10] Terwel JM. *Alles is revalidatie: revalidatie na een beroerte in het Laurens Therapeutisch Klimaat*. Delft: Eburon, 2011.
- [11] Kennisnetwerk CVA Nederland Concept zorgstandaard CVA/TIA. 2011.
- [12] Visser-Meily A & Meijer R, Werkgroep CVA Nederland. Beslissing Beroerte. Utrecht. maart 2010.
- [13] Huijben-Schoenmakers M, Gamel C, Hafsteinsdóttir TB. Filling up the hours: how do stroke patients on a rehabilitation nursing home spend the day? *Clin Rehabil*. 2009;**23**: 1145-1150.
- [14] Vermeulen CJ, Buijck BI, van der Stegen JC, van Eijk MS, Koopmans RT, Hafsteinsdóttir TB. Time Use of Stroke Patients with Stroke Admitted for Rehabilitation in Skilled Nursing Facilities. *Rehabil Nurs*.
- [15] Vermeulen CJ, Buijck BI, Van der Stegen JCGH, Spruit-van Eijk M, Koopmans TCM, Hafsteinsdóttir TB. Time use of patients with stroke admitted for rehabilitation in Skilled Nursing Facilities. *Rehabilitation Nursing*. 2012.
- [16] Rensink M., Schuurmans M., Lindeman E., Hafsteinsdóttir T.B. Vallen: incidentie en risicofactoren bij patiënten met een beroerte. Een systematisch literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*. 2009;**4**: 156-168.
- [17] Weerdesteyn V, van Swigchem R, van Duijnhoven HJ, Geurts AC. Why stroke patients stop walking when talking. *J Am Geriatr Soc*. 2007;**55**: 1691.
- [18] Dharmaperwira-Prins R. *Dysartrie en verbale apraxie. Beschrijving, onderzoek en behandeling.*: Lisse: Swets & Zeitlinger, 1996.
- [19] Dharmaperwira-Prins R. *Dysartrie en verbale apraxie: beschrijving, onderzoek en behandeling. II. DYVA-onderzoek.*: Amsterdam: Harcourt Book Publishers, 2005.
- [20] Martens H, Van Nuffelen G, De Bodt M. *Het Nederlands Spraakverstaanbaarheidsonderzoek.* . Universitair Ziekenhuis Antwerpen, 2010.
- [21] Knuijt, S. & de Swart, B.J.M. Handleiding 'Radboud Dysartrieonderzoek'. Nijmegen: UMC St Radboud. www.neurocom.be. 2007.
- [22] De Nederlandse Hartstichting. Revalidatie na een beroerte. Richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners. Den Haag. 2001.
- [23] www.afasietherapie.info 2012.
- [24] Graetz P, de Bleser R, Wilmes K. Akense Afasie Test (AAT) Lisse: Swets & Zeitlinger. 1992.

- [25] Visch-Brink EG, van de Sandt-Koenderman WME, El Hachioui H. ScreeLing. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 2010.
- [26] Pijfers EM, de Vries IA, messing-Petersen H. Het Utrechts communicatie onderzoek. <http://pragmaprojects.com/index.php/pragma/nl-projecten/item/utrechts-communicatie-onderzoek-uco> Stichting Afasie Utrecht. juni 2013.
- [27] Bastiaanse R, Bosje M, Visch-Brink E. PALPA, Psycholinguïstisch testinstrument voor onderzoek naar de taalverwerving van afasiepatiënten. Amsterdam: Pearson Testpublisher. 1992.
- [28] Blomert L, Koster C, van Mier H & Kean ML. Verbal communication abilities of aphasic patients, the everyday language test. *Aphasiology*. 1987;**1**: 463-474.
- [29] Wielaert S. Partners van Afasiepatiënten Conversatietraining. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 2011.
- [30] Eulderink F, Heeren TJ, Knook DL. Inleiding gerontologie en geriatrie. 4e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 2004.
- [31] Rietveld T, Arts W en Leenders A. Oog en oor voor kwaliteit van leven : training. [http://www.hetpon.nl/files/Oog en oor - onderzoeksverslag.pdf](http://www.hetpon.nl/files/Oog_en_oor_-_onderzoeksverslag.pdf) 2010.
- [32] Kapteyn TSeL, P.J. . *Nederlands leerboek audiologie*, 2012.
- [33] Spruit-van Eijk M, Zuidema SU, Buijck BI, Koopmans RT, Geurts AC. Determinants of rehabilitation outcome in geriatric patients admitted to skilled nursing facilities after stroke: a Dutch multi-centre cohort study. *Age Ageing*.**41**: 746-752.
- [34] Ilse IB, Feys H, de Wit L, Putman K, de Weerd W. Stroke caregivers' strain: prevalence and determinants in the first six months after stroke. *Disabil Rehabil*. 2008;**30**: 523-530.
- [35] Robinson BC. Validation of a Caregiver Strain Index. *J Gerontol*. 1983;**38**: 344-348.
- [36] Kruithof WJ, Visser-Meily JMA, Post MWM: positive experiences are also important to life satisfaction in spouses of stroke survivors *J Stroke and Cerebrovasc Diseases*. 2011.
- [37] Hama S, Yamashita H, Shigenobu M, *et al*. Depression or apathy and functional recovery after stroke. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;**22**: 1046-1051.
- [38] Hama S, Yamashita H, Shigenobu M, *et al*. Sitting balance as an early predictor of functional improvement in association with depressive symptoms in stroke patients. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;**61**: 543-551.
- [39] Astrom M, Adolfsson R, Asplund K. Major depression in stroke patients. A 3-year longitudinal study. *Stroke*. 1993;**24**: 976-982.
- [40] Angelelli P, Paolucci S, Bivona U, *et al*. Development of neuropsychiatric symptoms in poststroke patients: a cross-sectional study. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;**110**: 55-63.
- [41] Spalletta G, Ripa A, Caltagirone C. Symptom profile of DSM-IV major and minor depressive disorders in first-ever stroke patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;**13**: 108-115.
- [42] Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kakuma T, Silbersweig D, Charlson M. Clinically defined vascular depression. *Am J Psychiatry*. 1997;**154**: 562-565.
- [43] Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;**44**: 2308-2314.
- [44] Buijck BI, Zuidema SU, Spruit-van Eijk M, Geurts AC, Koopmans RT. Neuropsychiatric symptoms in geriatric patients admitted to skilled nursing facilities in nursing homes for rehabilitation after stroke: a longitudinal multicenter study. *Int J Geriatr Psychiatry*.**27**: 734-741.
- [45] Vincent C, Desrosiers J, Landreville P, Demers L. Burden of caregivers of people with stroke: evolution and predictors. *Cerebrovasc Dis*. 2009;**27**: 456-464.
- [46] Almborg AH, Ulander K, Thulin A, Berg S. Discharged after stroke - important factors for health-related quality of life. *J Clin Nurs*.**19**: 2196-2206.
- [47] Carod-Artal FJ, Ferreira Coral L, Trizotto DS, Menezes Moreira C. Burden and perceived health status among caregivers of stroke patients. *Cerebrovasc Dis*. 2009;**28**: 472-480.
- [48] Gargano JW, Reeves MJ. Sex differences in stroke recovery and stroke-specific quality of life: results from a statewide stroke registry. *Stroke*. 2007;**38**: 2541-2548.
- [49] Gray LJ, Sprigg N, Bath PM, *et al*. Sex differences in quality of life in stroke survivors: data from the Tinzaparin in Acute Ischaemic Stroke Trial (TAIST). *Stroke*. 2007;**38**: 2960-2964.

- [50] Klinedinst NJ, Gebhardt MC, Aycock DM, *et al.* Caregiver characteristics predict stroke survivor quality of life at 4 months and 1 year. *Res Nurs Health.* 2009;**32**: 592-605.
- [51] Shinohara Y. Factors affecting health-related quality of life assessed with the SF-36v2 health survey in outpatients with chronic-stage ischemic stroke in Japan--cross-sectional analysis of the OASIS study. *Cerebrovasc Dis.***29**: 361-371.
- [52] Buijck BI. Proefschrift: Multidimensional Challenges in Geriatric Rehabilitation: the GRAMPS study. 2013.
- [53] Albrecht GL, Devlieger PJ. The disability paradox: high quality of life against all odds. *Soc Sci Med.* 1999;**48**: 977-988.
- [54] Maclean N, Pound P. A critical review of the concept of patient motivation in the literature on physical rehabilitation. *Soc Sci Med.* 2000;**50**: 495-506.
- [55] Maclean N, Pound P, Wolfe C, Rudd A. The concept of patient motivation: a qualitative analysis of stroke professionals' attitudes. *Stroke.* 2002;**33**: 444-448.
- [56] Hochstenbach JB, den Otter R, Mulder TW. Cognitive recovery after stroke: a 2-year follow-up. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003;**84**: 1499-1504.
- [57] Consortium Cognitieve Revalidatie. Richtlijn Cognitieve Revalidatie Niet-aangeboren Hersenletsel. 2007.
- [58] Van der Zwaluw CS, Valentijn SA, Nieuwenhuis-Mark R, Rasquin SM, van Heugten CM. Cognitive functioning in the acute phase poststroke: a predictor of discharge destination? *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2011 Nov;**20**(6):549-55. Epub 2010 Sep 15.
- [59] Spruit-van Eijk M, Buijck BI, Zuidema SU, Voncken FL, Geurts AC, Koopmans RT. Geriatric rehabilitation of stroke patients in nursing homes: a study protocol. *BMC Geriatr.***10**: 15.
- [60] Buijck BI, Zuidema SU, Spruit-van Eijk M, Geurts AC, Koopmans RT. Neuropsychiatric symptoms in geriatric patients admitted to skilled nursing facilities in nursing homes for rehabilitation after stroke: a longitudinal multicenter study. *Int J Geriatr Psychiatry.*
- [61] Tourangeau AE, Squires ME, Wodchis W, McGilton K, Teare G, Widger KA. Post-acute stroke patient outcomes in Ontario, Canada complex continuing care settings. *Disabil Rehabil.***33**: 98-104.
- [62] Buijck BI, Zuidema SU, Spruit-van Eijk M, Bor H, Gerritsen DL, Koopmans RT. Is patient-grouping on basis of condition on admission indicative for discharge destination in geriatric stroke patients after rehabilitation in skilled nursing facilities? The results of a cluster analysis. *BMC Health Serv Res.***12**: 443.
- [63] Bernhardt J, Chitravas N, Meslo IL, Thrift AG, Indredavik B. Not all stroke units are the same: a comparison of physical activity patterns in Melbourne, Australia, and Trondheim, Norway. *Stroke.* 2008;**39**: 2059-2065.
- [64] Wodchis WP, Teare GF, Naglie G, *et al.* Skilled nursing facility rehabilitation and discharge to home after stroke. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;**86**: 442-448.
- [65] Bhalla A, Tallis RC, Pomeroy VM. The effects of positioning after stroke on physiological homeostasis: a review. *Age Ageing.* 2005;**34**: 401-406.
- [66] Dowswell G, Dowswell T, Young J. Adjusting stroke patients' poor position: an observational study. *J Adv Nurs.* 2000;**32**: 286-291.
- [67] Chatterton HJ, Pomeroy VM, Gratton J. Positioning for stroke patients: a survey of physiotherapists' aims and practices. *Disabil Rehabil.* 2001;**23**: 413-421.
- [68] Zorgwijzer vermoeidheid, Hersenstichting, 2010.
- [69] Harmeling-van der Wel B.C., Veerbeek J.M., Nijland R.H.M., van der Beek M.A., Cornelissen W.A.M., Goos A.A.G., Tichelaar R., Timmermans J.M. en Kwakkel G. Vroegtijdig prognosticeren van herstel van loopvaardigheid en arm/handvaardigheid na een CVA., Ned Tijdschr voor Fysioth 121, nr. 3, oktober 2011.
- [70] KNGF-richtlijn Beroerte, 2004.
- [71] Van Peppen R.P.S., Harmeling-van der Wel B.C., Kollen B.J., Hobbelen J.S.M., Buurke J.H., 2004. Effecten van fysiotherapeutische interventies bij patiënten met een beroerte; een systematisch literatuuronderzoek, Ned. Tijdschr Fysioth 2004, 114(5): 126-153.
- [72] Tyson SF, Kent RM. Orthotic devices after stroke and other non-progressive brain lesions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009: CD003694.

- [73] Guerra P, Molina, RF, Alguacil, DIM. Effect of ankle-foot orthosis in postural control after stroke: systematic review. *Neurologia*. 2011.
- [74] Abe H, Michimata, A, Sugawara, K, Sugaya, N, Izumi, S. Improving Gait Stability in Stroke Hemiplegic Patients with a plastic Ankle-Foot Orthosis. *Tohoku J.Exp.Med.*: 218, 193-199. 2009.
- [75] Cakar E, Durmus, O, Tekin, L, Dincer, U, Kiralp, Z. The ankle-foot orthosis improves balance and reduces fall risk of chronic spastic hemiparetic patients. *EUR J PHYS REHABIL MED* 2010, 46: 363-368.
- [76] Nilsson L, Carlsson J, Danielsson A, *et al*. Walking training of patients with hemiparesis at an early stage after stroke: a comparison of walking training on a treadmill with body weight support and walking training on the ground. *Clin Rehabil*. 2001;**15**: 515-527.
- [77] Peurala SH, Tarkka IM, Pitkanen K, Sivenius J. The effectiveness of body weight-supported gait training and floor walking in patients with chronic stroke. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005;**86**: 1557-1564.
- [78] Peurala SH, Titianova EB, Mateev P, Pitkanen K, Sivenius J, Tarkka IM. Gait characteristics after gait-oriented rehabilitation in chronic stroke. *Restor Neurol Neurosci*. 2005;**23**: 57-65.
- [79] Heller A, Wade DT, Wood VA, Sunderland A, Hewer RL, Ward E. Arm function after stroke: measurement and recovery over the first three months. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1987;**50**: 714-719.
- [80] Lyle RC. A performance test for assessment of upper limb function in physical rehabilitation treatment and research. *Int J Rehabil Res*. 1981;**4**: 483-492.
- [81] Harmeling-van der Wel BC, Veerbeek JM, Nijland RHM, van der Beek MA, Cornelissen WAM, Goos AAG, Tichelaar R, Timmermans JM en Kwakkel G. Vroegtijdig prognosticeren van herstel van loopvaardigheid en arm/handvaardigheid na een CVA. *Ned Tijdschr voor Fysioth* 121, 3. 2011.
- [82] Steultjens, E.M.J., Cup, E.H.C., Zajec, J., Van Hees, S. Ergotherapie richtlijn CVA. Nijmegen/Utrecht. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland. 2013.
- [83] Ponds R, Van Heugten C, Fasotti L, Wekking E, Neuropsychologische behandeling. Hoofdstuk 12: 270-292, Uitgeverij Boom, Amsterdam, ISBN 9789085064343. 2010.
- [84] Spasticiteitsprotocol bij volwassen CVA-patiënten. Ontwikkeld door Revalidatie Medisch Centrum Groot Klimmendaal Arnhem en Revalidatiecentrum Sint Maartenskliniek Nijmegen. 2010.
- [85] Van der Brugge, F. Neurorevalidatie bij Centraal Neurologische aandoeningen. 2008.
- [86] Dromerick AW, Edwards DF, Kumar A. Hemiplegic shoulder pain syndrome: frequency and characteristics during inpatient stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008;**89**: 1589-1593.
- [87] Oefengids: Zelf oefenen na een beroerte(CVA), www.snelinbeweging.nl
- [88] Kalf H. Slikstoornissen bij volwassenen, een interdisciplinaire benadering. *Houten: Bohn Stafleu van Loghum* 2008.
- [89] Logemann J. Slikstoornissen. Onderzoek en behandeling. *Lisse: Swets & Zeitlinger*. 2000.
- [90] NHG standaard: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden.htm.
- [91] Nederlandse CVA-vereniging Samen Verder, p/a Stichting Hoofd Hart en Vaten, Postbus 132, 3720 AC Bilthoven, tel (030) 659 46 50, info.samenverder@shhv.nl, www.cva-samenverder.nl.
- [92] Stichting Afasie Nederland/Afasie Vereniging Nederland, Postbus 221, 6939 AE Westervoort, tel (026) 351 25 12.
- [93] Multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen. http://www.kwaliteitskoepel.nl/nieuws_en_agenda/nieuws/multidisciplinaire-richtlijn-polyfarmacie-bij-ouderen-2012.html. 2012.
- [94] Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud*. 1988;**10**: 61-63.
- [95] CBO richtlijn decubitus, 2002: <http://www.cbo.nl/Downloads/377/decubituskaart.pdf>.
- [96] Hoeymans N, Schellevis FC. Chronische ziekten en multimorbiditeit samengevat. www.nationaalkompas.nl versie 4.7. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid* 2012.
- [97] Nationaal Kompas: multimorbiditeit. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/>. 2013.
- [98] Davies PM. Hemiplegie. Bohn Stafleu Van Loghum; Houten/Diegem; 2001; 2e herz. Druk.

- [99] Karnath H, Broetz, D Understanding and treating pusher syndrome. *Phys Ther.* 2003;**83**:1119-1125.
- [100] Bos, M. (2012). <http://www.mathildebos.schrijft.nl/intimiteit-seksualiteit-verpleegkundigen.html>.
- [101] Nederlandse Hartstichting. Bespreken van seksualiteit: aanbevelingen om seksualiteit te bespreken met cliënt & partner na hartinfarct, hartfalen of CVA. 2011.
- [102] De Hart & Vaatgroep. Intimiteit en seksualiteit na een beroerte. www.hartenvaatgroep.nl. 2012.
- [103] Jaarsma T, Steinke EE, Gianotten WL. Sexual problems in cardiac patients: how to assess, when to refer. *J Cardiovasc Nurs.***25**: 159-164.
- [104] Jaarsma T, Stromberg A, Fridlund B, *et al.* Sexual counselling of cardiac patients: nurses' perception of practice, responsibility and confidence. *Eur J Cardiovasc Nurs.***9**: 24-29.

Bijlage 1

MULTIDISCIPLINAIRE OVERDRACHT CVA-KETENZORG

ALGEMEEN:

1. **PERSOONSGEGEVENS** Standaard gegevens zoals gebruikelijk in de organisatie

2. **SOCIALE ANAMNESE**

2.1 **Algemene schets van leven, leefsituatie en voorgeschiedenis**

- | | |
|-----------------------------|------------------------------------|
| • Opleidingsniveau: | • Life-events: |
| • Beroep: | • Financieel: |
| • Religie: | • Zorgverlening: |
| • Zorgvraag: | • Dagbesteding: |
| • Woonsituatie: | • Persoonlijke kenmerken: |
| • Kinderen (aantal): | • Voorgeschiedenis-verloop: |
| • Gezinssituatie: | |

2.2. **Inventariserende vragen over premorbide functioneren: stemming en cognitie**

Stemming: *ZTB in ziekenhuis: dag 1/2.*

Was uw partner/familie lid/naaste de afgelopen 3 maanden voor de beroerte depressief, lusteloos, of had hij/zij geen plezier meer? **ja/nee**

Let op: Bij 'ja', HAC(Heteroanamneselijst Cognitie) afnemen. De HAC staat onder: 5. Mentale functies.

Cognitie: *ZTB in ziekenhuis: dag 1/2.*

Heeft uw partner/familie lid/naaste de afgelopen 3 maanden voor de beroerte problemen gehad met één of meer van de volgende zaken: oriëntatie, aandacht ergens bijhouden, eenvoudige rekensommen maken, begrijpen of uitvoeren van eenvoudige opdrachten? **ja/nee**

Let op: Als deze vraag met ja wordt beantwoord, wordt de HADSd(Hospital Anxiety and Depression Scale) afgenomen. DE HADSd staat onder: 5. Mentale functies.

2.3. **Geschiktheid woning. draagkracht en belasting naaste/partner/mantelzorger**

Geschiktheid woning: *ZTB in ziekenhuis: dag 2 tot 5*

Is de woning geschikt voor de patiënt om thuis te verblijven, al dan niet met improvisaties? **Ja/nee**

Let op: Als de woning niet geschikt is, heeft dat mogelijk invloed op de ontslagbestemming.

Draagkracht naaste(n): ZTB in ziekenhuis: dag 2 tot 5

Is de partner/familielid/naaste fysiek en mentaal voldoende belastbaar om ondersteuning te kunnen leveren? **Ja/nee**

Let op: Bij 'nee' begeleiding van de partner en extra steun bij thuisplaatsing overwegen.

Bereidheid en beschikbaarheid Partner: ZTB in ziekenhuis: dag 2 tot 5

Indien het ten tijde van ontslag nodig is, is de partner/familielid/naaste dan bereid om bij de verzorging, huishoudelijke taken of emotionele problemen ondersteuning te leveren, en is hij/zij hier ook in voldoende mate voor aanwezig? **Ja/nee**

Let op: Een antwoord 'nee' heeft mogelijk invloed op de ontslagdatum of de ontslagbestemming.

Score Caregiver Strain Index door *zorgtrajectbegeleider of verpleging bij ontslag naar huis.*

Deze vragenlijst meet hoe de mantelzorger de belasting ervaart.

Let op: Een score van 7 of meer duidt op een overbelasting van de mantelzorger.

Datum				
Score				

3. ROUTING PATIËNT

Data	opname	ontslag
<ul style="list-style-type: none"> • Ambulance • EHBO • Ziekenhuisopname • Stroke-unit ziekenhuis • (Revalidatie) verpleeghuis • Revalidatie Kliniek • Revalidatie Dagbehandeling • Dagbehandeling • Thuis-/Verzorgingshuis 		

4. MEDISCHE GEGEVENS

4.1. CVA

Medische diagnose	
Bloeding Ja/nee	Recidief CVA Ja/nee
Ja: mogelijk vertraagd herstel	Ja, mogelijk slechter herstel

Linker/rechter hemisfeer	LI/RE	Relevante comorbiditeit:
Effect op mate van beperking bij dominante lichaamshelft		Locatie CVA:
Frontale lezie	Ja/nee	Trombolysie
Ja, mogelijk gedragsproblematiek		Ja/nee

4.2. Comorbiditeit

Revalidatie beperkende comorbiditeit Ja/nee

Ja, toelichting geven

5. REVALIDATIEDOELSTELLINGEN EN BELOOP TOT NU TOE PER DISCIPLINE

Behandeldoelstellingen per discipline en samenvatting van behandelverloop met eventuele bijzonderheden. Elke volgende schakel voegt verslag toe:

Psychologie

Ergotherapie

Verpleging: gezondheidspatronen Gordon

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1. PATROON VAN GEZONDHEIDSBELEVING EN –
INSTANDHOUDING | 6. COGNITIEPATROON |
| 2. VOEDING/STOFWISSELINGSPATROON
(zuigen, afhappen, kauwen, slikken) | 7. ZELFBELEVINGSPATROON |
| 3. UITSCHIEDINGSPATROON | 8. ROLLEN/RELATIESPATROON |
| 4. ACTIVITEITENPATROON | 9. SEKSUALITEIT/VOORTPLANTINGSPATROON |
| 5. SLAAP/RUSTPATROON | 10. STRESSVERWERKINGSPATROON |
| | 11. WAARDEN/OVERTUIGINGENPATROON |

Fysiotherapie

Logopedie

Diëtetiek

Maatschappelijk werk

Zorgtrajectbegeleider

SPECIFIEK:

6. MENTALE FUNCTIES

6.1. Werkgroep CVA Netwerk-lijst met toelichting

Doen zich problemen voor met: Aandacht <ul style="list-style-type: none"> • Volgehouden aandacht • Gerichte aandacht, afleidbaarheid • Volgehouden aandacht, vermoeibaarheid • Verdeelde aandacht • Tempo van reageren 	Handelen <ul style="list-style-type: none"> • Initiatief • Planning • Uitvoering, volgorde, van deelhandelingen • Hantering gebruiksvoorwerpen • Tempo van handelen • Flexibiliteit • Zelfcontrole en correctie
Waarneming <ul style="list-style-type: none"> • Herkenning • Overzicht • Neglect • Inzicht mogelijkheden/beperkingen 	Emotie en gedrag <ul style="list-style-type: none"> • Stemming • Coöperatie • Gedragscontrole • Angsten/obsessies • Sociaal gedrag
Geheugen <ul style="list-style-type: none"> • Werkgeheugen • Lange termijn geheugen • Oriëntatie in tijd, plaats en persoon 	

6.2. Glasgow Coma Scale *Verpleging: dag 2 (binnen 48 uur na het CVA)*

De Glasgow Coma Scale geeft de mate van bewustzijnsverlies aan. Bij score ≤ 8 is prognose ongunstig.

Datum				
Score				

6.3. HADSd

Stemming (HADSd) *Verpleging: dag 1/2*

Het onderdeel d(depression) van de HADSd (Hospital Anxiety and Depression Scale) meet depressie. Een uitkomst van 8 of meer geeft een ongunstige prognose.

Datum				
Score				

6.4. HAC

Cognitie (HAC)

Verpleging: dag 1/2

score:

De Heteroanamneselijst Cognitie meet de aanwezigheid van premorbide cognitieve problemen. Een uitkomst van meer dan 1 betekent een ongunstige prognose.

6.5. MMSE/sleutelzoektaak/kloktekentest

MMSE

Ergotherapie: dag 2 tot 5

score:

De Mini-Mental Status Examination geeft een indruk van cognitieve problemen. Een score van 13 of minder betekent dat er veel cognitieve problemen zijn.

Let op: Bij een score van meer dan 23 wordt de sleutelzoektaak en de kloktekentest afgenomen.

Sleutelzoektaak afwijkend/niet afwijkend

Een afwijkende sleutelzoektaak geeft een aanwijzing voor problemen met de executieve functies. De veiligheid moet dan worden beoordeeld en bij thuisplaatsing moet op korte termijn een controleafspraak worden gemaakt.

Kloktekentest afwijkend/niet afwijkend

Een afwijkende kloktekentest kan duiden op een neglect. De veiligheid moet dan worden beoordeeld en bij thuisplaatsing moet op korte termijn een controleafspraak worden gemaakt.

7. SENSORISCHE FUNCTIES EN PIJN

7.1. Inventarisatie problemen

Problemen met:

- Zien
- Horen
- Sensorische stoornissen
- Hemianopsie
- Pijn locatie

7.2. VAS

VAS *Verpleging/Fysiotherapeut*

De Visual Analogue Scale geeft een punt tussen 0 en 10 voor de pijn die wordt ervaren.

Locatie:

Datum						
Maximaal						
Minimaal						
Huidig						

7.3. Nottingham Sensory Assessment (NSA) *Ergotherapeut/Fysiotherapeut*

NSA geeft een beeld van eventuele problemen met voelen en het gevoel van bewegen en positie van een lichaamsdeel.) Score 0: afwezigheid gevoel, score 1: gestoord, score 2: intact

Datum:

Tastzin							Proprioceptie		
	lichte aanraking		Druk		speldenprik				
	rechts	links	rechts	Links	rechts	links		rechts	Links
Vingers							Vingers		
Hand							Pols		
Onderarm							Elleboog		
Bovenarm							Schouder		
Tenen							Tenen		
Voet							Enkel		
Onderbeen							Knie		
Bovenbeen							Heup		

8. STEM, SPRAAK EN COMMUNICATIE logopedie

8.1. Inventarisatie problemen

Diagnose -

Toelichting diagnose -

Gehoor -

Visus -

Hulpmiddelen -

Afasie	Non-verbale communicatie gestoord
Functioneel -	Gebaren begrip - -
Niveau auditief: Taalbegrip - -	Gebaren gebruik - -
Niveau auditief: Begrijpend lezen - -	Intonatie begrip - -
Niveau auditief: Technisch lezen - -	Intonatie gebruik - -
Niveau auditief: Spreken -	Mimiek begrip - -
Niveau auditief schrijven - kopiëren - -	Mimiek gebruik - -
Niveau auditief: Schrijven - dictee - -	
Niveau auditief: Schrijven - spontaan - -	
Niveau auditief: Testen -	

<p>Dysartrie</p> <p>Mondfuncties -</p> <p>Sensibiliteit -</p> <p>Verstaanbaarheid -</p> <p>Ademhaling -</p> <p>Stem -</p> <p>Articulatie -</p> <p>Spreektempo -</p>	<p>Dyfagie</p> <p>Gradatie -</p> <p>Consistentie voeding: Dranken - -</p> <p>Consistentie voeding: Broodmaaltijd - -</p> <p>Consistentie voeding: Warme maaltijd - -</p> <p>Houdingscontrole -</p> <p>Hulpmiddelen/technieken</p>
<p>Conclusie</p> <p>Voortzetting behandeling / Doelen</p> <p>Bijzonderheden</p>	

8.2. Toelichting problemen

9. LEERSTIJL EN LEERSTRATEGIE

9.1. Leerstijl *Ergotherapeut/psycholoog*

De leerstijl geeft richting aan de manier van leren of herleren. Vaak overheerst één stijl en dit kan de revalidatie beïnvloeden. Een bekende leerstijl is soms makkelijk op te pakken, maar als beperkingen dit onmogelijk maken, moet op een andere manier geleerd worden.

- Doener (praktisch, trial and error)
- Dromer (eerst denken, dan doen)
- Besliser (resultaatgericht, snelle oplossing, experimenteren)
- Denker (theoretische analyse, zekerheid)

9.2. Leerstrategie

<ul style="list-style-type: none"> • Impliciet/expliciet 	<p>Impliciet leren: doel aangeven en patiënt zoekt zelf de oplossing</p> <p>Expliciet leren: je vertelt stap voor stap wat iemand moet doen</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Agenda/kalender 	<p>Kan toegepast worden bij geheugenproblemen</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Scannen 	<p>Bij een neglect leert de patiënt de omgeving te scannen door middel van heen en weer bewegen van het hoofd en te kijken</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Visueel leren 	<p>Leren door iets te zien: plaatjes, voordoen</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cues 	<p>Visuele, auditieve of tactiele prikkels geven die activiteiten stimuleren of ritme aangeven</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Verbaliseren, zelfinstructie 	<p>De patiënt zegt hardop wat hij moet doen</p>

• Visualisatie	De patiënt stelt zich een beweging of handeling voor in zijn hoofd
• Lichamelijke input	Informatie geven via het lichaam
• Perceptueel leren (hands-on)	Als instructies, voordoen en visualiseren niet helpen, kun je de patiënt met je handen laten ervaren wat de bedoeling is
• Time pressure management	Als patiënten last hebben van traagheid, kunnen ze strategisch of tactisch met bepaalde situaties leren omgaan
• Foutloos leren	Als iemand beperkte mogelijkheden heeft tot leren en/of van fouten niet leert, moeten vaardigheden foutloos aangeleerd worden
• Trial and error	Bij intacte feedbacksystemen kan iemand leren door simpelweg uitproberen en doen
• Forward/backward chaining	Bij expliciet leren kunnen deelhandelingen worden aangeleerd waarbij patiënt de eerste stap zelf doet en de behandelaar het afmaakt: forward chaining. Bij backward chaining maakt de patiënt de laatste (dan de laatste en de een-na-laatste, etc) stap af en start de behandelaar met de deelhandelingen.

Door de beschadiging in het brein kan het zijn dat er geen beroep kan worden gedaan op sommige cognitieve functies of feedbacksystemen. Na onderzoek kan de ergotherapeut aangeven welke strategieën gebruikt kunnen worden met de functies en feedbacksystemen die wel werken.

10. FUNCTIES VAN HART, ADEMHALING EN AFWEERSYSTEEM

Beschrijving van problemen

11. ZELFVERZORGING(ADL)

11.1. Barthel Index: *Verpleging*

BI geeft mate van ADL-zelfstandigheid aan en wordt op dag 2, 5 en 7 na CVA ingevuld.

0-4 : volledig hulpbehoevend

5-9 : ernstig hulpbehoevend

10-14 : heeft wel hulp nodig, maar doet ook veel zelf

15-19 : redelijk tot goed zelfstandig

20 : volledig zelfstandig in basale ADL en mobiliteit

Datum(dag 2)(dag 5)(dag 7)
Score			

11.2. Rompbalans

Verstoorde rompbalans: *Fysiotherapeut/verpleging: dag 2 en 5*

patiënt kan niet met de benen los van de grond, al dan niet steunend met de handen, 30 seconden op de rand van het bed blijven zitten **ja/nee**

Let op 'nee' geeft een ongunstige prognose

11.3. Leerniveau *Verpleging:*

Het leerniveau geeft aan in welke houding en op welke manier de patiënt zich kan wassen en kleden

- Leerniveau 1 : liggen, beperkt actief TCT: 0-48
- Leerniveau 2 : liggen, actief maar niet in zit TCT: 36-48
- Leerniveau 3 : zitten, niet actief TCT: 48-61
- Leerniveau 4 : zitten, beperkt actief TCT: 61-73
- Leerniveau 5 : zitten, actief maar niet staan TCT: 73-100
- Leerniveau 6 : staan, beperkt actief
- Leerniveau 7 : staan, actief

Datum									
Leerniveau									

11.4. Trunk Control Test *Fysiotherapeut*

Deze test bepaalt de rompstabiliteit van CVA-patiënten. De maximale score is 100 punten. TCT:

Datum									
Score									

12. PRAKTISCH HANDELEN

12.1. Samenvatting COPM Samenvatting COPM

Met behulp van deze interviewmethode kan worden geïnventariseerd welke problemen, zorgen en aandachtspunten in het handelen van de patiënt er zijn. Tevens kan achterhaald worden welke activiteiten voor de patiënt belangrijk zijn en hoe deze op verschillende momenten gedurende de revalidatie verlopen wat betreft uitvoering en tevredenheid.

12.2. Samenvatting AMPS

Met behulp van deze observatiemethode kan een uitspraak gedaan worden over het handelen van een patiënt wat betreft mat van inspanning, efficiëntie, veiligheid en zelfstandigheid

12.3. Samenvatting PRPP

13. MOBILITEIT

13.1. Individuele hulpmiddelen

- EVO
- Handspalk
- Peroneusbeugel
- Elastische kousen
- Corset

13.2. Verplaatsingshulpmiddelen

Bijzonderheden

13.3. Motricity Index (MI) bepaalt mate van arm/hand- en beenfunctie. De maximale score voor de arm is 100 en voor het been ook. Een score ≤ 27 op dag 2 en 5 betekent een ongunstige prognose.

13.4. Trunk Impairment Scale (TIS) test de zitbalans. Voor de statische zitbalans kunnen maximaal 7 punten worden behaald, voor de dynamische zitbalans maximaal 10 punten.

13.5. Berg Balance Scale (BBS) is een balanstest. Maximale score is 56 punten.

0-20 : rolstoelgebonden

21-41 : lopen onder begeleiding/toezicht

41-56 : zelfstandig lopen

Een score onder 45 punten is een indicatie voor balanstraining

13.6. Functional Ambulation Categories (FAC) stelt de mate van zelfstandigheid van het lopen vast.

FAC 0 : niet functioneel, niet in staat

FAC 1 : afhankelijk, stevige steun

FAC 2 : afhankelijk, hulp

FAC 3 : afhankelijk, onder supervisie

FAC 4 : onafhankelijk, vlakke ondergrond

FAC 5 : onafhankelijk

Een FAC van 2 of minder op dag 2 en 5 betekent dat de loopvaardigheid invloed kan hebben op de ontslagbestemming, de opnameduur en de duur van het herstel.

13.7. Tien Meter Looptest(TML) geeft de loopsnelheid weer.

- 0,58 m/sec : zelfstandig lopen binnenshuis is waarschijnlijk
- 0,77 m/sec : nodig om een straat over te steken

13.8. 6 Minuten Wandel Test (6MLT) is een maat voor het uithoudingsvermogen. Er zijn normwaarden voor gezonde ouderen.

13.9. Rivermead Mobility Index meet loopvaardigheid en mobiliteitsgerelateerde vaardigheden. Maximaal 15 punten.

13.10. Fatigue Severity Scale meet de mate van vermoeidheid zoals de patiënt die ervaart. De score ligt tussen 1 en 7 punten.

13.11. Modified Ashworth Scale (MAS) is een maat om spiertonus vast te leggen.

- Score 0 : geen verhoogde spiertonus
- Score 1 : geen verhoogde spiertonus, minimale weerstand aan eind van bewegingsuitslag
- Score 1+ : gering verhoogde spiertonus
- Score 2 : meer uitgesproken spiertonus
- Score 3 : aanzienlijk verhoogde spiertonus
- Score 4 : niet te bewegen

Datum							
Lichaamshelft	L / R	L / R	L / R	L / R	L / R	L / R	L / R
Schouder							
Elleboog							
Pols							
Heup							
Knie							
Voet							

13.12. Utrecht Arm Test

13.13. Frenchay Arm Test (FAT) evalueert handvaardigheid. Maximaal 5 punten.

13.14. Action Research Arm test (ARA) evalueert handvaardigheid meer specifiek. Max. 57 punten.

13.15. Eventueel aanvullende testen

14. HUISHOUDEN

- Boodschappen doen
- Bereiden van maaltijden
- Huishouden doen
- Zorgen voor gezinsleden

15. TUSSENMENSELIJKE INTERACTIES EN RELATIES

- Omgaan, aangaan en beëindigen van relaties

16. BELANGRIJKE LEVENSGEBIEDEN

- Taken van betaald of onbetaald werk
- Uitvoeren en beheren van financiën

17. MAATSCHAPPELIJK, SOCIAAL EN BURGERLIJK LEVEN

- Deelnemen aan verenigingen
- Recreatie en vrije tijd
- Religie en spiritualiteit
- Autonomie en zelfbeschikking

18. BETROKKEN DISCIPLINES, naam en telefoonnummer

- Arts
- Verpleging/verzorging
- Logopedie
- Diëtetiek
- Fysiotherapie
- Ergotherapie
- Psychologie
- Maatschappelijk werk
- Activiteitenbegeleiding
- Transfercoördinatie

Bijlage 2

OVERDRACHT MEDISCHE GEGEVENS ZIEKENHUIS – REVALIDATIEAFDELING

In de *medische ontslagbrief* is het volgende opgenomen:

- Voorgeschiedenis;
- Medicatiegebruik: ook gestopte medicatie en redenen van stoppen;
- Aanvullend onderzoek;
- Consult en advies (prognose) van de revalidatiearts;
- Beloop van de opname;
- Multimorbiditeit;
- Motivatie van de patiënt.

Deze ontslagbrief moet met de patiënt mee komen naar de revalidatieafdeling zodat de informatie direct en volledig beschikbaar is voor het multidisciplinair team.

Verder bevat de overdracht de volgende *kopieën uit de medische status* of Elektronisch Patiënten Dossier (EPD):

- Kopie verslag Spoedeisende Hulp afdeling.
- Overzicht actuele medicatie.
- Overzicht dosering vitamine K antagonist indien van toepassing.
- Overzicht insuline gebruik indien van toepassing.
- Overzicht recente bloedsuikers indien van toepassing.
- Verslaglegging consulten (internist, cardioloog etc.) indien niet beschreven in de brief.
- Kopie calamiteitenbeleid formulier (NTBR)
- Kopie ECG
- Kopie recente labuitslagen
- Uitslagen CT scan, duplex etc.
- Relevante correspondentie uit het recente verleden van andere specialisten in verband met multimorbiditeit (ook van huisarts).

Bijlage 3

ADVIEZEN VOOR COMMUNICATIE MET PATIËNTEN MET EEN DYSARTHRIE OF AFASIE

Voor patiënten met een dysarthrie (spraakstoornis) of met een afasie (taalstoornis)

Vorbereiding:

- Ga in een rustige ruimte zitten
- Zet radio of tv uit
- Zorg voor een goede verlichting
- Ga zo dicht mogelijk bij elkaar zitten
- Vergeet niet om bril of hoorapparaat te gebruiken
- Zorg voor een goed oogcontact

Tijdens het gesprek bij patiënt met dysarthrie:

- Zeg het als luisteraar eerlijk als u iets niet goed heeft begrepen
- Vraag als luisteraar bevestiging van wat u heeft begrepen
- Zorg voor pen en papier als het spreken van de patiënt erg onduidelijk is
- Zorg ervoor dat een gesprek plaatsvindt als de patiënt niet moe is (bv. na rusttijd)
- Het spreken is meestal krachtiger en duidelijker als de spreker goed rechtop zit
- Het spreken is meestal beter te verstaan als de spreker langzamer spreekt
- Stimuleer het spreken zolang dit niet te frustrerend is
- Stimuleer het maken van gebaren of aanwijzen
- Geef de patiënt voldoende tijd om iets te zeggen

Tijdens het gesprek bij patiënt met afasie

- Neem de tijd
- Praat langzaam en gebruik korte en eenvoudige zinnen
- Benadruk trefwoorden (bv door met nadruk uitspreken, opschrijven, of tekenen)
- Stel gesloten vragen
- Gebruik ook non-verbale communicatie
- Spreek alleen voor de patiënt als dit strikt noodzakelijk is
- Let op gezichtsuitdrukkingen en intonatie van de patiënt
- Stimuleer de patiënt hulpmiddelen te gebruiken bij de communicatie

Bijlage 4

SCHEMA VOORSPELLEN HERSTEL ARM-HANDVAARDIGHEID

	BFM-vingerextensie ≥ 1	MI-schouderabductie ≥ 9	Kans op ARAT ≥ 10 na 6 maanden
Dag 2	+	+	0.98
	+	-	0.89
	-	+	0.71
	-	-	0.25
Dag 5	+	-	0.98
	+	-	0.78
	-	+	0.78
	-	-	0.14
Dag 9	+	+	0.98
	+	-	0.80
	-	+	0.65
	-	-	0.14

Bijlage 5

LEEFSTIJLADVIEZEN TBV SECUNDAIRE PREVENTIE

In een gesprek bespreekt de verzorgende en/of arts de volgende leefstijladviezen met de patiënt en diens naasten:

- Stoppen met roken: bespreek het rookgedrag en de methoden om te stoppen
- Voldoende bewegen: minimaal 30 minuten per dag wandelen, fietsen
- Eten van gezonde voeding
- Beperken van alcoholgebruik
- Zorgen voor een optimaal gewicht
- Nagaan van aanwezigheid van stressfactoren
- Verwijzen naar gespecialiseerde hulpverleners ter begeleiding van leefstijl veranderingen.