

Behandelkader CVA

Inhoudsopgave

1. Algemene inleiding behandelkader	3
2. Patiëntendoelgroep	4
3. Behandelaanbod	10
4. Indicatoren	12
5. Kwaliteitscriteria	13
6. Referenties	21

1. Algemene inleiding behandelkader

1.1 Doel en functie behandelkader

Een behandelkader is een landelijke set van minimale eisen met betrekking tot de behandeling van een vooraf gedefinieerde patiëntendoelgroep.

Behandelkaders kunnen gebruikt worden voor verschillende doeleinden, zoals:

- het ontwikkelen en toetsen van behandelprogramma's;
- transparantie bieden dan wel verantwoording afleggen aan derden over welke zorg met betrekking tot een specifieke patiëntendoelgroep al dan niet onder revalidatiegeneeskunde valt dan wel kan worden verwacht;
- het harmoniseren/uniformeren van het aanbod van verschillende revalidatiepraktijken teneinde praktijkvariatie inzichtelijk te maken;
- het beschrijven van de regionale samenhang in een revalidatienetwerk (wie doet wat, waar en op welk niveau).

1.2 Werkwijze ontwikkeling van het behandelkader

Voor het ontwikkelen van het behandelkader CVA is in 2014 een commissie vanuit Werkgroep CVA Nederland (WCN) ingesteld. De commissie bestond uit de volgende personen:

- Drs. A.W.L. de Jong, revalidatiearts, ViaReva locatie Deventer
- Dr. P.E.C.A. Passier, revalidatiearts, De Hoogstraat, St Antonius ziekenhuis

De commissie werkte van 02-01-2014 tot 18-06-2015 aan de totstandkoming van het concept behandelkader. Het concept behandelkader werd in 2014 meerdere malen besproken in de WCN en door WCN goedgekeurd d.d. 17-09-2015. Het concept behandelkader is voor commentaar voorgelegd aan het bestuur. Het bestuur heeft de commissie kwaliteit om advies gevraagd. Het concept behandelkader is voor autorisatie voorgelegd aan de leden tijdens een ALV. Na autorisatie is het behandelkader gepubliceerd op de website van de VRA.

1.3 Datering en geldigheidsduur van het behandelkader

Het behandelkader is op 15 april 2016 geautoriseerd door de leden van de VRA. De VRA is als houder van dit behandelkader verantwoordelijk voor de actualiteit van dit behandelkader.

Uiterlijk 2020 bepaalt het bestuur van de WCN of het behandelkader nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe commissie geïnstalleerd om het behandelkader te herzien. De geldigheid van het behandelkader komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

2. Patiëntendoelgroep

2.1 Omschrijving doelgroep

Doelgroep Beroerte / Cerebrovasculair Accident (CVA)

De doelgroep CVA betreft alle patiënten (en hun systeem) met functie stoornissen en/of beperkingen op activiteiten niveau en/of op participatie niveau ten gevolge van een CVA waarbij Medische Specialistische Revalidatie (MSR) is geïndiceerd.

De indicatie voor MSR en het daarvoor noodzakelijke niveau zoals geregeld binnen het behandelkader wordt bepaald aan de hand van drie categorieën;

1. De door de revalidatiearts vastgestelde participatie ambitie.
2. De benodigde intensiteit van behandeling om het beoogd niveau van participatie te halen
3. De benodigde specifieke deskundigheid en mogelijkheden van een Medisch Specialistisch Revalidatieteam om het beoogd niveau van participatie ambitie te halen.

ad.1 De participatie ambitie

De participatie ambitie is de resultante van de hulpvraag, het functioneren van de patiënt voorafgaand aan het CVA en de functionele prognose die op basis van de beperkingen door het CVA en co-morbiditeit nog aanwezig is. Ook persoonlijke factoren (zoals motivatie en belastbaarheid), de omgevingsfactoren en de maatschappelijke context van de patiënt zijn hierin belangrijke factoren.

Een indeling kan gemaakt worden in vier klassen, met verschillen in mate van behandelintensiteit en de kosten die met het bereiken van de participatie ambitie gemoeid zijn, deels afhankelijk van het uitgangsniveau van functioneren:

- Persoonlijke verzorging (met of zonder hulp)
- Zelfstandig wonend (met of zonder hulp)
- Zelfstandig wonend met externe maatschappelijke participatie
- Deelnemend aan het arbeidsproces

ad.2 Intensiteit van behandeling

Hieronder wordt verstaan 'het aantal gewogen behandeluren gedurende een bepaalde periode'. Intensiteit van behandelen is een bepalende factor voor het behalen van behandel doelstellingen. Het is aangetoond dat intensivering van motorische oefentherapie positief samenhangt met de snelheid en de mate van functioneel herstel, kwaliteit van leven en de mate van depressie en angstige gevoelens. Voor zover nu bekend is er geen maximum wat betreft de dosering van motorische oefentherapie. Geadviseerd wordt patiënten na een CVA, zoveel mogelijk, afhankelijk van de belastbaarheid en leerbaarheid van de patiënt, bij voorkeur meerdere malen per dag te behandelen en bij voorkeur ook in het weekend. Ook wordt geadviseerd om hen in de gelegenheid te stellen ook buiten de therapie tijden te oefenen (Richtlijn Beroerte, 2008 (momenteel in herziening)).

Cognitieve behandeling bestaat vooral uit aanleren van compensatie strategieën en vraagt dus om gedragsverandering. Dit kost veelal tijd los van de intensiteit van de behandeling. Er zal ervaring moeten worden opgedaan met het op een andere manier uitvoeren van vaardigheden. Hierbij is de intensiteit van behandeling niet de doorslag gevende factor, wel de tijd die patiënt krijgt op uit te proberen.

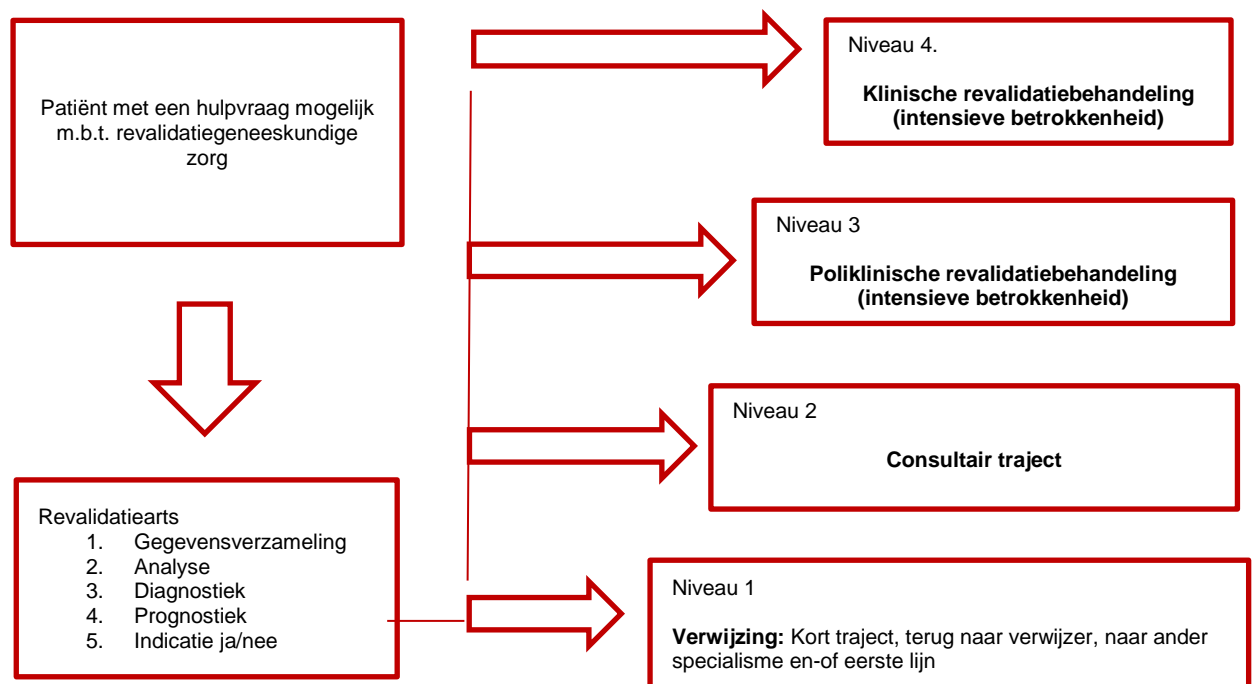
ad.3 Behandeldoelstellingen en specifieke deskundigheid revalidatieteam

Op basis van de participatie ambitie worden behandeldoelstellingen in relatie tot de ICF-domeinen, geformuleerd. Per behandeldomein is er mogelijk een gespecialiseerde en interdisciplinaire inzet nodig van disciplines die via behandelmodules wordt aangeboden.

Voorbeelden van behandeldomeinen en doelstellingen

- Doelstellingen in het domein 'Communicatie'
- Doelstellingen in het domein 'Mobiliteit'
- Doelstellingen in het domein 'Zelfverzorging en/of Huishouden'
- Doelstellingen m.b.t. vermogen tot adequaat handelen in het domein 'Tussenmenselijke interacties en sociale relaties'
- Doelstellingen in het domein 'Belangrijke levensgebieden' bv opleiding en werk
- Doelstellingen in het domein 'Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven' bv eigen huishouden kunnen voeren, deel kunnen nemen aan openbaar vervoer.

Door kennis van en inzicht in alle mogelijkheden na een CVA kan de revalidatiearts een centrale rol spelen bij triage, indicering, verwijzing en/of behandeling volgens de principes van *stepped care* (figuur 1). Dat wil zeggen dat de revalidatiearts patiënten primair de meest effectieve en doelmatige vorm van behandeling kan bieden (of adviseren), die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek. (Position Paper Revalidatiegeneeskunde, 2015). Medisch specialistische revalidatie (MSR) wordt op verschillende locaties aangeboden, anno 2015 veelal in ziekenhuizen en revalidatiecentra.



Figuur 1 Revalidatietraject, indicatiestelling volgens stepped care

Omvang doelgroep CVA (2015 Volksgezondheidszorg.info, 2011 Zorgstandaard CVA)

Een CVA kan worden onderverdeeld in herseninfarcten en hersenbloedingen. Herseninfarcten komen meer voor dan hersenbloedingen, namelijk 85 procent tegen 15 procent. De incidentie van CVA ligt rond de 40.000 per jaar. Op 1 januari 2011 waren er naar schatting 174.400 mensen met een beroerte (puntprevalentie, exclusief TIA); 90.900 mannen (11,0 per 1.000 mannen) en 83.500 vrouwen (9,9

per 1.000 vrouwen). Per leeftijdsklasse krijgen relatief meer mannen dan vrouwen een beroerte. De prevalentie neemt sterk toe met de leeftijd. In de periode 2001-2011 is de prevalentie van beroerte significant gestegen: bij mannen met bijna 70% en bij vrouwen met ruim 55%. Een deel van deze stijging is te verklaren door demografische ontwikkelingen (groei en vergrijzing van de bevolking). Hierdoor is de prevalentie van beroerte tussen 2001 en 2011 voor mannen met 27% en voor vrouwen met 16% gestegen. Het grootste deel van de stijging van beroerte is echter te verklaren door epidemiologische ontwikkelingen (bijvoorbeeld stijging van overgewicht).

In 2012 stierven 8.524 personen door een beroerte: 3.302 mannen en 5.222 vrouwen. Daarmee is beroerte de tweede doodsoorzaak bij vrouwen en komt het op de vierde plaats bij de mannen. Tussen 1980 en 2012 daalde de sterfte aan beroerte sterk, hetgeen waarschijnlijk te verklaren is door de komst van stroke units en uitbreiding van medicamenteuze behandelingsmogelijkheden zoals trombolysen en trombectomie.

De kosten van zorg voor beroerte werden in 2011 geschat op 970 miljoen euro voor mannen en 1,3 miljard euro voor vrouwen. In totaal bedroegen de kosten voor zorg voor mensen met beroerte dus bijna 2,3 miljard euro. Hiermee komt beroerte in de top tien van duurste ziekten. De kosten van zorg voor beroerte staan gelijk aan 2,5% van de totale kosten voor gezondheidszorg in Nederland. Van de zorgkosten voor patiënten met beroerte wordt 66% uitgegeven aan ouderenzorg en 26% aan ziekenhuis- en medisch-specialistische zorg. Onder ouderenzorg vallen verpleging, verzorging en thuiszorg.

Epidemiologische en maatschappelijke ontwikkelingen

Op basis van alleen demografische ontwikkelingen is de verwachting dat het absoluut aantal personen met beroerte tussen 2011 en 2030 bij mannen met 56% zal stijgen en bij vrouwen met 37%. Het totaal aantal mensen met een beroerte stijgt tot 2030 met ongeveer 50% naar circa 300.000.

Veranderingen op bevolkingsniveau in rookgedrag, overgewicht (diabetes mellitus type 2) en zoutgebruik (en hun effecten op de bloeddruk) zullen de trends in incidentie van en sterfte aan beroerte beïnvloeden, en dus ook de prevalentie. Waarschijnlijk zal het percentage mensen dat rookt dalen, neemt de bloeddrukbehandeling toe, nemen overgewicht en diabetes toe en neemt de sterfte aan coronaire hartziekten af. Dit betekent dat er meer mensen zijn met een coronaire hartziekte en de mensen blijven langer leven. Daarnaast verbetert de behandeling van beroerte in de acute fase, met naast intraveneuze trombolysen mogelijkheid van intra arteriële trombectomie en verbetert de secundaire preventie. Wat het netto-effect van trends in risicofactoren en behandeling zal zijn op het aantal patiënten met beroerte, is echter moeilijk aan te geven.

Beroerte is in Nederland de belangrijkste oorzaak van invaliditeit. Het krijgen van een herseninfarct of intracerebrale bloeding heeft doorgaans verstrekende gevolgen voor de betrokkene en diens naasten. Naast 'zichtbare' restverschijnselen zoals bijvoorbeeld een parese komen ook (neuro)psychologische functiestoornissen (cognitie, gedrag én stemming), die minder direct in het oog springen, veelvuldig voor. Meer dan de 'zichtbare' gevolgen hebben de neuropsychologische functiestoornissen een negatieve invloed op het herstel, de persoonlijke verzorging, het weer oppakken van de dagelijkse handelingen, de tijdsbesteding en de eventuele arbeidsre-integratie en de motivatie om te revalideren. Daarnaast kunnen cognitieve stoornissen, emotionele en gedragsmatige veranderingen aanleiding geven tot verstoring van de verhouding en verandering van de relatie met de naasten. Deze (neuro)psychologische functiestoornissen komen soms pas weken tot maanden na de beroerte duidelijk tot uiting.

De grootste vooruitgang in functionaliteit vindt plaats in de eerste weken na het optreden van de beroerte. Herstel kan ook de eerste maanden na een beroerte nog plaatsvinden.

Bereiken van doelgroep

In 2012 waren er 44.397 klinische opnamen in algemene of academische ziekenhuizen (exclusief dagopnamen) voor beroerte (voor mannen 23.122 en voor vrouwen 21.275). De gemiddelde opnameduur was 7 dagen voor mannen en 8 dagen voor vrouwen.

Uit diverse onderzoeken blijkt dat 50-70% van alle patiënten die een beroerte krijgen hiervoor wordt opgenomen in het ziekenhuis. Bijna de helft van de patiënten die een herseninfarct of intracerebrale bloeding hebben doorgemaakt wordt uit het ziekenhuis ontslagen en gaat naar huis. Ongeveer 30% gaat naar een verpleeghuis en ongeveer 10% naar een revalidatiecentrum.

In het ziekenhuis worden CVA patiënten over het algemeen opgenomen op de neurologie afdeling, en is een revalidatiearts, al dan niet in samenwerking met een specialist ouderengeneeskunde, betrokken bij deze patiënten. Het is tijdens opname in het ziekenhuis van belang de multidisciplinaire revalidatie zo snel mogelijk te starten en na te gaan welke revalidatiebehandeling na ontslag uit het ziekenhuis geïndiceerd is. Veelal wordt daarbij gebruik gemaakt van een Multidisciplinair Overleg (MDO), waarbij alle betrokken disciplines aanwezig zijn. Het kan bij de revalidatiebehandeling na ontslag uit het ziekenhuis gaan om behandeling in de eerste lijn, een consultair traject, poliklinische MSR, klinische MSR of klinische revalidatie binnen de Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ). MSR vindt plaats volgens de eerder genoemde principes van *stepped care*. Bij een grote groep CVA patiënten is behandeling na ontslag niet nodig. Wel is het in dat geval van belang om te monitoren hoe het met patiënt na ontslag gaat m.n. op gebied van participatie o.a. terugkeer naar werk. De revalidatiearts heeft daarin een belangrijke rol. Voor de groep CVA patiënten welke niet wordt opgenomen in het ziekenhuis geldt dat deze veelal wel worden gezien door de neuroloog.

Betrokkenheid van de revalidatiearts in de acute fase na CVA en goede afstemming in deze met de neurologen is van groot belang om er zorg voor te kunnen dragen dat alle CVA patiënten de benodigde revalidatiezorg krijgen.

Binnen de revalidatiefase is het van belang om te monitoren of de CVA patiënt de meest adequate zorg krijgt, en of MSR volgens de *stepped care* principes geïndiceerd is. Speciale aandacht is gewenst voor de eerder genoemde onzichtbare (neuro) psychologische problemen, die veelal een grote rol spelen bij mogelijke participatie problemen, bv terugkeer naar werk. De CVA patiënt op tijd begeleiden / behandelen kan veel verdere problemen voorkomen. Neurologen en huisartsen moeten er dan ook van op de hoogte zijn dat ze de CVA patiënt kunnen (terug) verwijzen naar de revalidatie voor beoordeling, educatie en al dan niet inzetten van MSR. Voorts is een consultfunctie van een revalidatiearts binnen de GRZ van belang om te kunnen (her)beoordelen of MSR geïndiceerd is.

Hoewel er verbeteringen optreden na de beroerte, is er een significante groep, ongeveer 25 %, die beperkingen in het cognitief functioneren blijft ervaren. Hiernaast is energieverlies een veel voorkomende en vaak blijvende klacht bij CVA patiënten. De veranderingen in cognitief en fysiek functioneren, kunnen leiden tot beperkingen in sociaal functioneren. Na 6 maanden is nog één derde van de patiënten beperkt in het dagelijks functioneren (CVA Kennisnetwerk 2012, Uitbehandeld hoezo?). Ook in deze chronische fase na CVA kan (terug)verwijzing naar de revalidatiearts en/of revalidatiebehandeling zinvol zijn.

Bij de behandeling van CVA patiënten geldt als uitgangspunt dat aan iedere patiënt, binnen de ketenzorg (het samenwerkingsverband tussen de diverse instellingen en vakgroepen in de regio), de meest passende zorg moet kunnen worden geboden. Het is dan ook belangrijk om de verschillende vormen van behandeling binnen de CVA keten goed op elkaar af te stemmen, en daarbij gebruik te maken van elkaars kennis en kunde. Ook goede afstemming met ondersteunende organisaties zoals Professionals in NAH of Hersenz is in het belang van de CVA patiënt.

De komende jaren zal de CVA zorg worden georganiseerd van ketenzorg naar regio zorg. De eerste lijn (POH) zal met de neurologische wijkverpleegkundige de monitor functie krijgen. Het is van belang om duidelijk aan te geven binnen de keten en in de regio wat de revalidatiegeneeskunde een patiënt

kan bieden.

2.2 Omschrijving subgroepen

Niveaus van Medisch Specialistische Revalidatiebehandeling voor CVA patiënten

Het behandelaanbod op gebied van kennis, kunde, voorzieningen en organisatie voor de doelgroep wordt geordend en onderverdeeld in vier subgroepen ofwel 'WCN - niveaus'.

De revalidatiearts bepaalt bij de indicatiestelling het benodigd WCN - niveau voor de individuele patiënt. *Binnen de Medisch Specialistische Revalidatie (MSR) kunnen er verschillende WCN-niveaus bestaan voor verschillende domeinen, bijv. cognitieve revalidatie WCN-2 en motorisch WCN-3. Het WCN niveau geeft niet aan waar iemand behandeld wordt. Behandelingen op WCN niveau 1 tot en met 4 kunnen plaatsvinden in ziekenhuis of revalidatiecentrum. Niveau 4 wordt toegekend aan specialistische superregionale behandelmodules die veelal in een academische setting, met wetenschappelijk onderzoek, plaats vinden.* Er is geen noodzakelijke koppeling tussen het benodigde WCN niveau en de complexiteit van stoornissen en beperkingen van de patiënt. De Participatie ambitie, en de inschatting van de revalidatiearts welke interventie op welk niveau noodzakelijk is, bepaalt de keuze voor verwijzing naar het WCN niveau. Dit betreft stepped care en vraagt om duidelijke regionale afstemming over waar welke behandeling plaatsvindt.

WCN - 1 niveau

Dit betreft niveau 1 en 2 van de stepped care.

De revalidatiediagnostiek en psycho-educatie en de behandeling danwel begeleiding van de patiënt vindt plaats door de revalidatiearts, waarbij een eventuele monodisciplinaire paramedische behandeling in samenspraak en op advies van de revalidatiearts plaatsvindt.

De paramedische behandeling vindt plaats in de eerste (bv fysio- of ergotherapie 1^e lijn) of in de tweede lijn (ziekenhuis).

WCN - 2 niveau

Dit betreft niveau 3 en 4 van de stepped care.

De behandeling vindt plaats door een interdisciplinair werkend revalidatieteam onder leiding van een revalidatiearts waarbij gespecialiseerde kennis en kunde op gebied van CVA binnen het behandelteam aanwezig is. Er wordt gewerkt volgens de landelijk vastgestelde multi- en monodisciplinaire richtlijnen Beroerte.

Deze behandeling zal meestal poliklinisch plaatsvinden binnen een Medisch Specialistische Revalidatie-instelling (revalidatiecentrum of ziekenhuis).

Indien kennis, kunde en faciliteiten aanwezig zijn en een behandeling conform de richtlijn Beroerte wordt geboden kan bij voldoende behandelaanbod ook in de eerste lijn onder leiding van een revalidatiearts een behandeling op WCN niveau 2 worden geboden.

WCN - 3 niveau

Dit betreft niveau 3 en 4 van de stepped care.

De behandeling vindt plaats door een interdisciplinair werkend revalidatieteam onder leiding van een revalidatiearts waarbij gespecialiseerde kennis en kunde binnen het behandelteam aanwezig is. Er wordt gewerkt volgens de landelijk vastgestelde richtlijn Beroerte. Kennis en extra specialisatie op het gebied van cognitieve revalidatie (inclusief communicatie), gangbeeldanalyse, spasticiteitsbehandeling en/of arbeidsrevalidatie is aanwezig. Participatie bij wetenschappelijk onderzoek vindt geregeld plaats.

De behandeling vindt poliklinisch en/of klinisch plaats, vanuit een Medisch Specialistische Revalidatie-instelling, dat als kennis en behandelinstituut binnen de CVA Zorgketen behandelmodules aanbiedt met een regionale uitstraling.

WCN - 4 niveau

Dit betreft niveau 3 en 4 van de stepped care.

De behandeling vindt plaats door een interdisciplinair werkend (poliklinische of klinisch) revalidatieteam onder leiding van een revalidatiearts waarbij gespecialiseerde kennis en kunde binnen het behandelteam aanwezig is. Er wordt gewerkt volgens de landelijk vastgestelde richtlijn Beroerte. Binnen deze Medisch Specialistische Revalidatie instelling worden topreferente behandelmodules aangeboden waarnaar supraregionaal c.q. landelijk patiënten worden verwezen. Er vindt initiatie en/of participatie aan wetenschappelijk plaats.

2.3 Patiëntenperspectief en behandeldoelen

Hersenletsel.nl is een vereniging van en voor mensen die door hersenletsel zijn getroffen en hun naasten. De vereniging helpt met het zo veel mogelijk terug krijgen van de regie op het leven na het oplopen van hersenletsel.

In de Zorgstandaard CVA/TIA (2012) van CVA kennisnetwerk wordt uitgebreid beschreven wat de CVA patiënt kan en mag verwachten binnen het zorgproces na het doormaken van een CVA.

3. Behandelaanbod

3.1 Opbouw van het behandelaanbod binnen MSR

Bij de behandeling van patiënten na een CVA geldt het uitgangspunt dat aan iedere patiënt, binnen de ketenzorg (het samenwerkingsverband tussen de diverse instellingen en vakgroepen in de regio), de meest passende zorg moet kunnen worden geboden. Binnen de CVA keten is het van belang om af te stemmen welke CVA patiënten door wie en op welk moment worden teruggezien.

In de **(sub)acute fase** beoordeelt de revalidatiearts, in samenspraak met behandelend neurologen en specialist ouderengeneeskunde, veelal binnen het eerder beschreven MDO, of er een indicatie bestaat voor **revalidatie** binnen de MSR (op grond van genoemde criteria). MSR kan plaatsvinden op verschillende niveaus van *stepped care*. Dat wil zeggen dat de revalidatiearts patiënten primair de meest effectieve en doelmatige vorm van behandeling kan bieden (of adviseren), die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek.

Niveau 1 Verwijzing: Kort traject, terug naar verwijzer, naar ander specialisme en-of eerste lijn

Niveau 2 Consultair traject

Indien patiënt met ontslag naar huis gaat, al dan niet met eerstelijns therapie, wordt nagegaan of een bezoek op de polikliniek revalidatie gewenst is.

Patiënt komt dan voor eenmalige beoordeling en (psycho) educatie (niveau 1). Indien geïndiceerd wordt dit eerste bezoek gevolgd door langdurige begeleiding (niveau 2) en al dan niet inzetten van MSR niveau 3.

Bij het eerste polikliniek bezoek is aandacht voor de door het CVA ervaren beperkingen en de mogelijke cognitieve, emotionele en gedragsmatige veranderingen, die van invloed zijn op de participatie. Ook is er aandacht voor spasticiteit.

Niveau 3 Poliklinische revalidatiebehandeling

Indien patiënt naar huis kan en monodisciplinaire behandeling (van bv fysiotherapeut of logopedist), ontoereikend is, wordt nagegaan of er een indicatie is voor poliklinische revalidatie behandeling (PRB), direct na ontslag uit het ziekenhuis, of bijv. na 2 maanden.

Niveau 4. Klinische revalidatiebehandeling

Indien terugkeer naar huis op korte termijn niet mogelijk is, is het van belang om te beoordelen of er een indicatie is voor klinische revalidatie behandeling in het revalidatiecentrum.

Ook in de **chronische fase** is MSR behandeling volgens deze stepped care principes mogelijk. MSR behandeling in deze fase kan bestaan uit het leren van compensatiestrategieën in het omgaan met cognitieve klachten en/of vermoeidheid, psychosociale begeleiding en/of het verrichten van gangbeeldanalyse en/of spasticiteitsbehandeling.

MSR Behandelmodules

Binnen de MSR worden op dit moment de MSR behandelmodules ontwikkeld. Voor de CVA doelgroep zijn de Generieke en NAH diagnose specifieke modules van toepassing. De kaders hiervoor zijn landelijk vastgesteld en de diverse modules worden per locatie verder ontwikkeld.

Betrokken behandel disciplines binnen MSR

- Fysiotherapie
- Ergotherapie
- Logopedie / neurolinguïst

- Maatschappelijk werk
- (neuro-) Psycholoog
- Revalidatieverpleegkundige
- Seksuoloog
- Psychiater
- Diëtist
- Bewegingsagoog, activiteitentherapeut of psychomotore therapeut kunnen ook deel uitmaken van het behandelteam (over hen volgt geen deskundigheidsbeschrijving)
- Cognitief (Revalidatie) therapeut. Binnen een aantal revalidatie-instellingen wordt de cognitieve Revalidatie uitgevoerd door een Cognitief (Revalidatie) therapeut. Deze functie is in ontwikkeling en maakt bij een aantal revalidatie-instellingen deel uit van de betrokken behandeldisciplines

Voor beschrijving van de gewenste deskundigheid van de andere genoemde disciplines verwijzen wij naar het betreffende hoofdstuk.

3.2 Plaats van de revalidatiegeneeskundige behandeling in de ketenzorg

De revalidatiearts heeft verschillende rollen binnen de verschillende fasen van de CVA keten, te weten

- 1) Triagering
- 2) Behandeling / advies

Behandeling vindt plaats volgens de eerder genoemde principes van stepped care, zoals beschreven in Position Paper Revalidatiegeneeskunde van de VRA (2015).

3.3 De informatieverstrekking aan de patiënt

Patiënt wordt geïnformeerd over de mogelijkheden binnen de revalidatie en waar mogelijk betrokken bij de besluitvorming rond ontslag naar huis of een revalidatiesetting. Samen met patiënt wordt de revalidatie-hulpvraag vastgesteld, behandeldoelen geformuleerd en een behandelplan opgesteld.

4. Indicatoren

Vanuit het project Inzicht in Revalidatie is de USER als uitkomstindicator vastgesteld voor de klinische MSR. De USER (Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Klinische Revalidatie) wordt gebruikt als een meetinstrument (op basisactiviteiten niveau, ADL functies) om het resultaat van de klinische revalidatie te meten. Als de USER tijdens revalidatie regelmatig afgenomen wordt, zal deze in de toekomst mogelijk informatie kunnen bieden die de patiënt en het behandelteam informeert over de voortgang. Daarnaast kan de USER, wanneer de resultaten bekeken worden op groepsniveau, de uitkomst van klinische revalidatie voor bijvoorbeeld diagnosegroepen of behandelteams in beeld brengen (Post et al, 2009). Onderzoek naar de bruikbaarheid hiervoor is nog gaande.

De indicator is van toepassing bij klinische MSR behandeltrajecten binnen WCN niveau 2 t/m 4.

5. Kwaliteitscriteria

5.1 Deskundigheid

Algemene competenties voor het multidisciplinaire MSR team:

Behandelaars in een MSR team zijn experts in de neurorevalidatie en worden geacht om hun kennis en vaardigheden op peil te houden volgens de laatste inzichten.

De 6 kerncompetenties zoals de expert die toont zijn;

1. Het begrijpen en onder woorden brengen van de hulpvraag van de revalidant
2. Factoren benoemen die bepalend zijn voor het niveau en de wijze waarop de revalidant handelt en zich gedraagt
3. Op basis van onderzoek en analyse hoofddoel en subdoelen voor behandeling formuleren
4. Interventies selecteren en toepassen om hoofddoel en subdoelen te bereiken
5. Behandelplan uitvoeren
6. Bewust en systematisch evalueren van de behandeling

Vereiste minimum deskundigheid discipline per WCN niveau:

Discipline	WCN niveau 1	WCN niveau 2	WCN niveau 3	WCN niveau 4
teamniveau			Periodieke intervisie	
		Deelname disciplines aan regionaal NAH/CVA-overleg Deelname disciplines aan landelijk NAH/CVA-overleg Deelname aan knowledgebrokersproject Gestructureerde afname klinimetrie		
	Werken volgens meest recente richtlijnen van beroepsgroep, waarbij multidisciplinaire richtlijnen prevaleren boven monodisciplinaire richtlijnen.			

Discipline	WCN niveau 1	WCN niveau 2	WCN niveau 3	WCN niveau 4
Revalidatiearts	<i>Competenties en opleiding:</i> - Deskundigheid onderhouden via cursussen/ congressen, relevante na- en bijscholing - Actieve deelname aan stroke service en afspraken met neurologen in ketentraject - Deskundigheid op het gebied van spasticiteit behandeling - Deskundigheid op het gebied van de cognitieve revalidatie			
	Inbedding in ketenafspraken met aanbieders WCN 3 en 4		<i>Intercollegiaal overleg, overlegstructuur, netwerk (landelijk, regionaal):</i> - Minimaal 1 revalidatiearts per netwerk is lid van werkgroep CVA Nederland (WCN)	

Discipline	WCN niveau 1	WCN niveau 2	WCN niveau 3	WCN niveau 4
Fysiotherapie	<i>Competenties en opleiding</i>			
	<ul style="list-style-type: none"> - Ervaring met patiënten met beroerte. - Werken volgens de meest recente KNGF richtlijn Beroerte 			
		<p>Binnen het behandelteam is specifieke kennis, vaardigheid en deskundigheid aanwezig:</p> <ul style="list-style-type: none"> - op het gebied van verbetering van spierkracht, spierlengte, de beweeglijkheid van de gewrichten en het uithoudingsvermogen. (Inspanningsfysiologie en trainingsregels) is aanwezig. - op het gebied van het trainen van traplopen, helling lopen, het buiten lopen over diverse ondergronden en met obstakels, val- en opsta technieken bij CVA. - in het adviseren van teamleden over de transfers en de te gebruiken loophulpmiddelen bij CVA. - van energiemangement specifiek bij CVA. - van de principes arm/handfunctietraining - neurorevalidatie - Deskundigheid op het gebied van de Cognitieve Revalidatie 		
			<p>Binnen het behandelteam is specifieke kennis, vaardigheid en deskundigheid aanwezig op gebied van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - spasticiteit 	
Ergotherapie	<i>Competenties en opleiding</i>			
	<ul style="list-style-type: none"> - Ervaring met patiënten met beroerte. - Werken volgens de meest recente Ergotherapie richtlijn CVA - Kennis over spalken en spalken kunnen maken - Kennis van voorzieningen en juiste vergoedingswijze voor voorzieningen 			
		<p>Binnen het behandelteam is specifieke kennis, vaardigheid en deskundigheid aanwezig op gebied van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - energiemangement specifiek bij CVA - neurorevalidatie - armhandfunctietraining - zitten, houding zitverdeling, zitgedrag (t.b.v. rolstoel afhankelijke patiënten) - observatie-instrumenten zoals AMPS/PRPP/A-one. - Deskundigheid op het gebied van de Cognitieve Revalidatie 		

Discipline	WCN niveau 1	WCN niveau 2	WCN niveau 3	WCN niveau 4
Ergotherapie			Binnen het behandelteam is specifieke kennis, vaardigheid en deskundigheid aanwezig op gebied van de neurorevalidatie: <ul style="list-style-type: none"> - specifieke gebieden, zoals spasticiteit , zitproblematiek, armhandfunctie of werkhervatting (afhankelijk van de werksetting) - Kennis en vaardigheden in specifieke behandelmodules die binnen de Cognitieve Revalidatie zijn ontwikkeld - apraxietraining 	
Logopedie	Competenties en opleiding			
	<ul style="list-style-type: none"> - Ervaring met afasie patiënten. - Ervaring met slikstoornissen. 			
		Binnen het behandelteam is specifieke kennis, vaardigheid en deskundigheid aanwezig op gebied van: <ul style="list-style-type: none"> - Deskundigheid op het gebied van de Cognitieve Revalidatie - afasie 		
			<ul style="list-style-type: none"> - deelname aan Afasie NET en netwerkdag afasie. Binnen het behandelteam is specifieke kennis, vaardigheid en deskundigheid aanwezig op gebied van: <ul style="list-style-type: none"> - specifieke therapieprogramma's o.a. CIAT, MIT, PACT - cognitief-linguïstische afasiediagnostiek en behandeling (PALPA cursus) - communicatie-hulpmiddelen 	

Discipline	WCN niveau 1	WCN niveau 2	WCN niveau 3	WCN niveau 4
Maatschappelijk werk		<p><i>Competenties en opleiding</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ervaring met revalidanten met een beroerte. <p>Binnen het behandelteam is specifieke kennis, vaardigheid en deskundigheid aanwezig op gebied van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - begeleiding en behandeling van psychosociale problemen van revalidanten en hun systeem, welke samenhangen met de beperking(en), de eventuele opname en behandeling. - begeleiding en behandeling (rouw)verwerking. - seksualiteit, lichaamsbeleving en de gevolgen van het CVA voor de partnerrelatie. - sociale kaart, - WIA-regelgeving, WMO, PGB. 		
Psycholoog	<p>Kennis is aanwezig van</p> <ul style="list-style-type: none"> - verlies- en rouwverwerking. - EMDR, en is behandeling binnen de keten mogelijk - de diagnostiek en revalidatie van neuropsychologische functiestoornissen die kunnen ontstaan door het hersenletsel - Deskundigheid op het gebied van de Cognitieve Revalidatie 			
		<p><i>Competenties en opleiding</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - minimaal 1 psycholoog per behandelteam is geregistreerd als GZ-psycholoog of klinisch neuropsycholoog - deelname aan studiedagen/cursussen m.b.t. beroerte en cognitieve revalidatie <p>Binnen het behandelteam is specifieke kennis, vaardigheid en deskundigheid aanwezig op gebied van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnostiek en behandeling van psychische problematiek en psychopathologie, gerelateerd aan het hersenletsel en de gevolgen hiervan; - psycho-educatie en cognitieve revalidatie. - seksualiteit, lichaamsbeleving en de gevolgen van het CVA voor de partnerrelatie. - invloed persoonlijkheidsproblematiek en bijkomende psychiatrische comorbiditeit op gedrag, coping en leerstrategieën - omgaan met afasie, toepassen van ondersteunde communicatie in diagnostiek en behandeling - begeleiding in groepsdynamische processen en begeleiding van een groepsgesprek. - Kennis en vaardigheden in specifieke behandelmodules die binnen de Cognitieve Revalidatie zijn ontwikkeld - Het ontwikkelen van een behandelplan op het gebied van de Cognitieve Revalidatie en paramedici die deze specifieke behandelmodules uitvoeren hierin kunnen coachen 		

<i>Discipline</i>	<i>WCN niveau 1</i>	<i>WCN niveau 2</i>	<i>WCN niveau 3</i>	<i>WCN niveau 4</i>
Verpleging		<i>Competenties en opleiding</i> - deskundigheid onderhouden via cursussen/congressen/symposia, relevante na- en bijscholing. (bv. WCN / V&VN N&R) Binnen het behandelteam is specifieke kennis, vaardigheid en deskundigheid aanwezig op gebied van: - neurorevalidatie - Deskundigheid op het gebied van de Cognitieve Revalidatie - energiemanagement specifiek bij CVA. - per dienst zijn er 2 verpleegkundigen aanwezig met een revalidatie- en/of neuroverpleegkundige scholing.		
Seksuoloog			Betrokken bij het revalidatie netwerk (consultair)	
Psychiater			Verbonden bij het revalidatie netwerk (consultair) Kennis op gebied van neuro psychiatrische gevolgen en behandelopties (medicamenteus) van NAH	
Diëtiste		Kennis van ondervoeding, voedingsinterventies, slikstoornissen.		
		Enige kennis van invloed van cognitieve/psychische stoornissen op behandeling		

<i>Discipline</i>	<i>WCN niveau 1</i>	<i>WCN niveau 2</i>	<i>WCN niveau 3</i>	<i>WCN niveau 4</i>
Cognitief (Revalidatie) therapeut		<ul style="list-style-type: none"> • De Cognitief (Revalidatie) therapeut heeft minimaal een opleiding op HBO niveau • Kennis van niet-aangeboren hersenletsel. • Deskundigheid op het gebied van de Cognitieve Revalidatie. • Kennis en vaardigheden in specifieke behandelmodules die binnen de Cognitieve Revalidatie zijn ontwikkeld. • Kennis en kunde op het gebied van compensatiestrategieën; • Kennis van cognitieve processen en stoornissen en basale kennis van deelgebieden van de psychologie (gedragstherapie, leertheorieën, orthodidactiek, neuro- en revalidatiepsychologie). Deze kennis kan hij/zij in de behandeling actief toepassen. 		

5.2 Vereiste faciliteiten (bouwkundige voorzieningen en hulpmiddelen) per WCN niveau:

	WCN niveau 2	WCN niveau 3	WCN niveau 4
Bouwkundige voorzieningen		Bij klinische MSR en waar mogelijk bij poliklinische MSR: <ul style="list-style-type: none"> - Prikkelarme ruimtes op zowel verpleegafdeling – als behandelafdeling; - Mogelijkheid om per revalidant bewegwijzering aan te brengen; - Huiskamer met begeleiding; - Sportzaal; - Fitness ruimte. 	
Hulpmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> - Loophulpmiddelen; - Proef-enkelvoetortheses, handspalken, sling; - Noppenbord, aangepast bestek en bekertjes; - Communicatiehulpmiddelen. 		
		Bij klinische MSR en waar mogelijk bij poliklinische MSR: <ul style="list-style-type: none"> - Rolstoelen met doorzichtig blad, armsteun (individueel aan te passen); - Computerondersteunende middelen (hard en soft ware) tbv cognitieve training; - Aangepaste fietsen, handbikes, scootmobielen. 	

5.3 Netwerk

CVA zorgketens

Om de acute, revalidatie- en chronische fase zo accuraat en snel mogelijk op elkaar aan te laten sluiten, zijn in Nederland CVA zorgketens (stroke services) opgericht. CVA zorgketens zijn regionale zorgketens van zorgverleners die gezamenlijk integrale, deskundige en samenhangende zorg en behandeling van patiënten met een beroerte waarborgen in alle fasen van de aandoening. De belangrijkste betrokkenen bij stroke services zijn ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, revalidatiecentra, thuiszorgorganisaties, huisartsen en zorgverzekeraars. Binnen deze CVA zorgketens worden onderlinge afspraken gemaakt bv betreffende de overdracht en afstemming van zorg. Voor de chronische fase is vooral goede afstemming met de praktijkondersteuners (POH) en het palet aan aanbieders van begeleiding en behandeling in de chronische fase, zoals Professionals in NAH en Hersenz, van belang.

6. Referenties

- Richtlijn Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte, 2008 (update volgt in 2016).
- NHG standaard Beroerte, 2013
- Patiëntenvereniging voor CVA patiënten: www.hersenletsel.nl
- Position Paper Revalidatiegeneeskunde, VRA 2015.
- Post MWM, Port, van de IGL, Kap B, Berdenis van Berlekom S. Development and validation of the Utrecht Scale for Evaluation of Clinical Rehabilitation (USER). Clin Rehabil 2009; 23: 909-917
- Richtlijn Revalidatie na een beroerte, Nederlandse Hartstichting, Den Haag, 2001.
- Uitbehandeld hoezo? CVA kennisnetwerk (www.cvakennisnetwerk.nl), 2012.
- 2015 Volksgezondheidszorg.info
- World Health Organisation, International Classification of Functioning, Disability and Health. ICF, Nederlandse vertaling 2001.
- Zorgstandaard CVA/TIA, CVA kennisnetwerk (www.cvakennisnetwerk.nl), 2012.