Gestructureerde nazorg bij CVA

Behandeling van CVA is een belangrijk onderdeel van het CVRM-preventieprogramma van de huisarts, maar nazorg in de chronische fase ontbreekt vaak of is slecht georganiseerd. Patiënten hebben na ontslag uit het ziekenhuis of na revalidatie echter veel behoefte aan goede nazorg. Daarom besloten zorgverleners uit de eerste en tweede lijn in de Limburgse regio Westelijke Mijnstreek die nazorg gezamenlijk te organiseren: Project CVA zorg Dichterbij.

Marion Bonné-Cremers
Gespecialiseerd verpleegkundige hart- en vaatziekten Meditta BV, Sittard

Roger Nieling
Master of advanced nursing practice, verpleegkundig specialist neurologie en ketencoordinator CVA Zuyderland Medisch Centrum, Sittard/Geleen

Luc Gidding
Arts-onderzoeker MCC Omnes, Sittard

In 2015 kregen in Nederland ongeveer 437.000 mensen zorg voor een cerebrovasculair accident (CVA) in de eerstelijnsgezondheidszorg en overleden ongeveer 9700 mensen aan een CVA. De periode na een CVA kunnen we onderverdelen in de acute fase, revalidatiefase en chronische fase. De chronische fase begint als de patiënt terugkeert in de thuissituatie.

Een patiënt in de chronische fase ervaart vaak problemen en klachten die in de acute fase niet spelen, zoals fysieke en psychische problemen met beperkingen in het dagelijks functioneren. De NHG-Standaard Beroerte bevat aanwijzingen voor wanneer de patiënt verwezen moet worden, maar aandacht voor langetermijngevolgen na een CVA is geen onderdeel van de huidige protocollaire CVRM-zorg. Daardoor raken patiënten met hun problemen buiten beeld van de huisarts.

Uit onderzoek door Kennisnetwerk CVA Nederland uit 2012 bleek dat de zorg in de chronische fase nauwelijks georganiseerd is. Waar wel enige organisatie was, ontbrak vaak uniformiteit in de geleverde zorg. Er bleek behoefte aan nazorg met een duidelijke structuur, aandacht voor de restverschijnselen op de lange termijn na een CVA (met een gevalideerd signaleringsinstrument) en aan een zorgcoördinator. Daarom besloten huisartsenorganisatie Meditta, Zuyderland Medisch Centrum (MC) en Medisch Coördinatiecentrum Omnes (MCC Omnes) in de Limburgse regio Westelijke Mijnstreek om de nazorg gestructureerd te organiseren, zoveel mogelijk binnen het CVRM-zorgprogramma van de huisartsenpraktijk, zodat zij restverschijnselen bij de patiënt en zorgwekkende signalen bij de mantelzorg tijdig kunnen signaleren en recidieven wellicht kunnen beperken.

Project CVA zorg Dichterbij

Als een van de zeven voorbeeldketens van het Kennisnetwerk CVA Nederland ontwik-



Foto: Shutterstock/Arthimedes

kelden de initiatiefnemers in 2013 gestructureerde nazorg in de chronische fase na een CVA, als verlengstuk van de goed functionerende CVA-keten binnen Zuyderland MC. De coördinatie van deze nazorg lag bij de huisarts, met de praktijkondersteuner als uitvoerende kracht. De structuur van de nazorg was in opzet gelijk aan de zorg zoals binnen het CVRM-zorgprogramma van Meditta. Het zorgprogramma kreeg echter een upgrade met een huisbezoek door de praktijkondersteuner, afname van het gevalideerde Signaleringsinstrument lange termijn Gevolgen na een Beroerte (SIGEB), extra overlegmomenten tussen de huisarts en praktijkondersteuner en vier extra contactmomenten voor de patiënt (een met de huisarts en drie met de praktijkondersteuner). We verwachtten dat deze upgrade in het eerste jaar 95 minuten meer van de praktijkondersteuner zou vergen en 10 minuten meer van de huisarts. In het tweede jaar was de structuur gelijk aan het reguliere CVRM-zorgprogramma en zou het project huisarts en praktijkondersteuner geen extra tijd meer kosten. De CVA-nazorg werd deels gefinancierd via de DBC CVRM en deels (de upgrade) via de M&I-module POH-s overeenkomst vrijgevestigde huisarts.

Om het project te evalueren, verzamelden de praktijkondersteuners een aantal gegevens over het jaar 2014, werd een patiënttevredenheidsonderzoek afgenomen (december 2015) en vulden de deelnemende huisartsen en praktijkondersteuners een vragenlijst in (maart 2016).

Effecten

Op 1 januari 2014 startte het project met gestructureerde nazorg die naadloos aansloot op de tweedelijnszorg. Van in totaal 54 huisartsenpraktijken (87 procent) binnen de Westelijke Mijnstreek en Echt participeerden er 47. Binnen deze praktijken werkten 82 huisartsen en 49 praktijkondersteuners. De praktijken kregen een introductie aangeboden waarin ook het ziektebeeld CVA aan bod kwam.

In 2014 werden 596 patiënten voor een CVA behandeld in Zuyderland MC. Van deze 596 patiënten ging 63 procent na ontslag naar huis en 19 procent naar revalidatie. De overige 10 procent ging naar een verpleeghuis of ziekenhuis elders. In Zuyderland MC overleed 8 procent van de patiënten in de acute fase. Binnen het project werden 207 patiënten geïncludeerd, de overige patiënten wilden niet deelnemen of behoorden tot huisartspraktijken die niet meededen aan het project.

De verzamelde gegevens en evaluaties na twee jaar leverden relevante gegevens op over de aard en het effect van de zorgverlening en verbeterpunten voor het zorgproces. Het eerste patiëntcontact vond gemiddeld 7,4 weken na terugverwijzing plaats en daarmee later dan de geplande vier tot zes weken. De reden hiervoor was dat pati- »

enten die naar de revalidatie gingen pas werden bezocht als de revalidatie was afgerond. Van de huisbezoeken duurde 18 procent langer dan 60 minuten door bijvoorbeeld emoties bij patiënten, weinig ervaring bij praktijkondersteuners met afnemen van vragenlijsten en tijd om uitleg te geven aan patiënten. Het eerste contactmoment was niet altijd een huisbezoek maar een praktijkconsult, omdat patiënten niet altijd openstonden voor huisbezoek, mobiel genoeg waren, geen restverschijnselen hadden of al naar de praktijk kwamen voor diabetescontrole. De structuur werd goed gevolgd en de geïnvesteerde tijdsduur kwam goed overeen met schattingen vooraf.

Het invullen van de SIGEB bleek moeilijk in de praktijk. Ondanks een gedetailleerde invulinstructie werden er vaak verkeerde waardes geregistreerd of werd de SIGEB (deels) niet gebruikt. De SIGEB werd tijdens het eerste jaar tweemaal afgenomen; bij het huisbezoek en na zes maanden. De resultaten tonen dat tijdens het project de mate van zelfstandigheid met 15 procent toenam, de revalidatieparticipatie verbeterde met 6 procent, de depressie- en angstscores verbeterden met 16 procent en de mate waarin vermoeidheid het dagelijks functioneren beïnvloedde, afnam met 20 procent. Echter, de zorglast op de mantelzorger nam toe met 26 procent.

Tijdens de nazorg werd ook een aantal belangrijke interventies ingezet, zoals advies, instructie en voorlichting, thuiszorg, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, hulpmiddelen, aanpassingen en hoe patiënten zich verplaatsten.

Het patiënttevredenheidsonderzoek werd door 114 patiënten ingevuld. Zij waardeerden de CVA-nazorg met een gemiddeld rapportcijfer van 7,9. Van de patiënten vond 80 procent dat de praktijkondersteuner voldoende aandacht had voor problemen bij de dagelijkse handelingen, 72 procent vond dat er snel genoeg actie werd ondernomen op geconstateerde problemen door de praktijkondersteuner, 68 procent vond dat er voldoende aandacht was voor de mantelzorger, 45 procent vond dat de betrokken hulpverleners goed samenwerkten en 83 procent vond dat de nazorg grotendeels of helemaal aan hun verwachtingen voldeed.

De evaluaties door zorgverleners werden ingevuld door 21 huisartsen (26 procent) en 26 praktijkondersteuners (53 procent). Van de huisartsen gaf 67 procent aan dat voorafgaande aan het eerste huisbezoek een overlegmoment had plaatsgevonden. De overige 33 procent deed dit niet, omdat er niets te bespreken viel. Na huisbezoek hadden alle huisartsen overleg met de praktijkondersteuner. Binnen de CVA-nazorg hield de huisarts rekening met tien minuten extra tijdsinvestering ten opzichte van de standaard CVRM-zorg. Deze extra tijd werd door de huisartsen overwegend als positief ervaren. Verzamelde reacties als 'goed, prima, redelijke belasting, kost nauwelijks tijd en goed te doen' overheersten (71 procent). Sommige huisartsen gaven aan dat het de praktijkondersteuner te veel tijd kostte (19 procent) of ervoeren de nazorg als onzinnig (5 procent).

'Nazorg na een CVA onbreekt vaak of is slecht georganiseerd'

De praktijkondersteuners gaven aan dat er een duidelijke meerwaarde bestond door de nazorg voor patiënten in het project (73 procent) ten opzichte van de reguliere zorg, dat hun kennis over CVA vergroot werd door dit project (58 procent) en dat ze gemotiveerd waren deze werkwijze te continueren (92 procent). Van de praktijkondersteuners vond 54 procent echter dat er onvoldoende tijd was om de SIGEB af te nemen.

Kernpunten

- In de chronische fase na een CVA ervaren patiënten fysieke en psychische problemen met beperkingen in het dagelijks functioneren.
- Aandacht voor deze langetermijngevolgen is geen onderdeel van het huidige protocollaire cardiovasculair risicomanagement in de eerste lijn.
- Een nieuwe nazorgstructuur met de praktijkondersteuner als spil werd succesvol geïmplementeerd in de Westelijke Mijnstreek in Limburg.
- Goede samenwerking tussen de eerste en tweede lijn was cruciaal voor dit project, met een Medisch Coördinatiecentrum (MCC) als brug tussen beide.

Leerpunten en vervolg

Dit project bleek waardevol voor de patiënten en de contacten tussen de eerste en tweede lijn. De lijnen tussen de eerste en tweede lijn en andere relevante zorgaanbieders werden korter en intensiever, waardoor patiënten gestructureerd werden overgedragen aan de eerste lijn, met de praktijkondersteuner als spil. We brachten de doelgroep beter in kaart en deden erva-



Roger Nieling en Marion Bonné-Cremers, initiatiefnemers van het project uit Zuyderland MC en Huisartsenorganisatie Meditta.

ring op met gestructureerd registreren en analyseren van procesindicatoren en metingen. Deze ervaringen bieden kansen om de nazorg te blijven monitoren, verbeterkansen te identificeren en professionals maatgericht bij te scholen. Daarnaast verbeterde de kennis over deze doelgroep en het ziektebeeld, vooral bij de praktijkondersteuners. Wel bleek dat mantelzorgers meer aandacht verdienen, gezien de toename van de zorglast. De toenemende druk op mantelzorgers lijkt echter niet specifiek voor CVA.

Door voortschrijdend inzicht is de nazorg in 2015 veranderd ten opzichte van 2014. De belangrijkste wijziging was dat de SIGEB eenmalig en later werd afgenomen: afname direct na terugverwijzing bleek te vroeg, omdat patiënten de gevraagde items op dat moment nog niet goed konden overzien. Daarom gebruikten we het contactmoment na zes maanden om de SIGEB in te vullen in plaats van bij het huisbezoek. Het huisbezoek kon daardoor worden ingekort tot 45 minuten en het contact na 6 maanden juist verlengd.

Structurele evaluatie van proces en kwaliteit, en structureel overleg met het Kennisnetwerk CVA Nederland zijn essentieel. Qua borging blijft het voor de samenwerkende partijen noodzakelijk om in het werkveld contact te houden met betrokken huisartsen en praktijkondersteuners (bijwonen van CVA-consulten/scholing/transmuraal CVRM-overleg CVA) evenals het benchmarken van de CVA-populatie op proces- en kwaliteitsindicatoren.

Het op papier invullen van de SIGEB en het op papier verzamelen van aanvullende gegevens door de praktijkondersteuners werd als belastend ervaren. Digitalisering van de SIGEB in een app staat hoog op de wensenlijst, maar financiering hiervoor is niet inbegrepen binnen de huidige bekostiging. Het streven is ook om (binnen deze ketenzorg) een neurologische consultatie te kunnen toevoegen.

Per huisartsenpraktijk werden gemiddeld vier tot vijf CVA-patiënten in 2014 geïncludeerd. Van de praktijkondersteuners vond 85 procent dat de kennis over CVA-patiënten is vergroot door dit project. Dit is positief, maar door het geringe aanbod van CVA-patiënten per praktijk wordt relatief weinig routine opgebouwd. Door continuering van de nazorg en een verwachte toename van nieuwe gevallen in de komende jaren zullen kennis en praktijkervaring over deze patiëntengroep ook toenemen.

Niet iedere fysio- of ergotherapeut is neurologisch geschoold of heeft voldoende expertise om neurologische patiënten te behandelen. Het streven is een netwerk te vormen van kwalitatief hoogwaardige paramedische zorg, waarnaar we patiënten kunnen verwijzen voor hun specifieke problematiek. Daarom proberen we sinds 2016 de keten CVA binnen de Westelijke Mijnstreek en Echt uit te breiden met een paramedisch netwerk: Paranet niet-aangeboren hersenletsel.

Tot slot

Het was leerzaam om als eerste en tweede lijn gezamenlijk op te trekken en de chronische nazorgfase op een gestructureerde manier op te zetten en uit te voeren. Structurele begeleiding op maat – niet meer dan moet, niet minder dan nodig – werd mogelijk doordat patiënten niet uit beeld raakten. Huisartsen en praktijkondersteuners waren tevreden en patiënten ervoeren de aandacht als ondersteunend.

CVA-nazorg als reguliere zorg, dicht bij huis en in goed overleg met betrokken partijen. Daar blijven we voor gaan! ■

Meer weten over CVA en beroerte?

Kijk op www.nhg.org.
- NHG-Standaard CVRM.
- NHG-Standaard Beroerte.

Literatuur

De literatuurlijst is kosteloos op te vragen bij het secretariaat van TPO De Praktijk. Mail naar: tpodepraktijk@bsl.nl.