



Vroegsignalering CVA/TIA

VOOR PROBLEMEN BIJ PATIËNTEN IN DE THUISSITUATIE

Maastricht, Februari 2017
Kennisnetwerk CVA Nederland

Werkgroep

- Helene Voogdt – Kennisnetwerk CVA Nederland
- Janine Vervoordeldonk – Kennisnetwerk CVA Nederland
- Liesbeth van Hoef – Kennisnetwerk CVA Nederland
- Monique Tjon-A-Tsien – Kaderarts HVZ
- Jos van Erp – De Hartstichting
- Moonen, Marthe - Ketencoördinator
- Karin Idema - De Hart&Vaatgroep
- Geert Smits – Huisarts

Met dank aan Anita Veldt en Miranda Hendriks voor hun hulp bij het testen.

Inhoud

1	Inleiding	3
2	Inventarisatie	4
2.1	Behoeften ketencoördinatoren	4
2.2	Aansluiting op de huisartsenpraktijk	5
2.3	Andere ontwikkelingen	6
3	Ontwikkeling	7
3.1	Uitgangspunten	7
3.2	De pilot	7
4	Het instrument	8
5	Bijlage Testen	10
5.1	Informatiebrief	10
5.2	Feedbackformulier	11

1 Inleiding

Het regelmatig vroegtijdig signaleren van problemen en risico's bij patiënten (en hun mantelzorgers) is een belangrijk aspect van goede CVA zorg in de thuissituatie. Een aanzienlijk deel van de CVA patiënten is in de jaren na het CVA inactief, vermoeid, somber en beperkt mobiel. Soms verergeren deze klachten in het verloop van de tijd. Ook mantelzorgers hebben vaak – op termijn - gezondheidsklachten zoals vermoeidheid en depressieve symptomen.

Om problemen te signaleren worden in de praktijk diverse signaleringsvragenlijsten gebruikt. Deels gaat het hier om het afnemen van gevalideerde vragenlijsten zoals bijvoorbeeld de Barthel, de EQ5D en de CSI. Deze vragenlijsten zijn gericht op de patiënt, op de mantelzorger en/of een bepaald domein van functioneren in het dagelijks leven. Op de website van het Kennisnetwerk CVA Nederland staat een lijst met beschikbare signaleringsinstrumenten. Enkele instrumenten worden ten behoeve van de Benchmark CVA gebruikt. Daarnaast worden in de CVA zorgketens ook eigen signaleringsvragenlijsten gebruikt en ontwikkeld. Een voorbeeld hiervan is de CVA Zorgketen Leeuwarden, waar eerstelijnszorgverleners in gezamenlijkheid een vragenlijst ontwikkeld hebben en toepassen in de praktijk. De regio bepaalt op dit moment zelf welk instrument ingezet wordt in welke fase van het zorgproces ingezet wordt.

In 2016 is met een werkgroep gewerkt aan de ontwikkeling van een vroeg signalering instrument voor het systematisch in kaart brengen van de CVA problematiek in de thuissituatie.¹ Een signaleringsinstrument voor de CVA problematiek dat zowel in de revalidatie- als in de chronische fase gebruikt kan worden. Het idee daarbij is dat dit signaleringsinstrument in opzet en toepassing ontwikkeld worden voor drie moment in het CVA zorgproces:

1. reguliere globale signalering bestaande uit een beperkt aantal vragen die ingevuld worden door de patiënt en de mantelzorger. Deze vragen kunnen door diverse typen zorgverleners aan de patiënt en mantelzorger voorgelegd worden.
2. signalering van CVA problemen in het reguliere spreekuur 'cardiovasculair risicomanagement'. Dit gebeurt in de huisartsenpraktijk door de praktijkondersteuner of de huisarts.
3. een uitgebreide signalering van CVA problemen op drie maanden na ontslag uit het ziekenhuis door een CVA nazorgverpleegkundige of de (kader)huisarts.

Het Kennisnetwerk CVA Nederland heeft de werkgroep de opdracht gegeven om – samen met het veld - een integraal signaleringsinstrument te ontwikkelen voor zorgverleners die zorg verlenen aan CVA patiënten die thuis verblijven. Het instrument kan gebruikt worden bij ieder contact - als hulpmiddel bij het in kaart brengen van de zorgproblemen en het opstellen van een plan van aanpak voor verlenen van adequate zorg. Voor het ontwikkelen van het instrument is allereerst een inventarisatie en behoeftepeiling gehouden onder CVA ketencoördinatoren en onder huisartsen. Verder is er gezocht naar goede voorbeelden van vroegsignaleringvragenlijsten en is er afstemming geweest met enkele beroepsverenigingen (o.a. NHG, V&VN, Kaderartsen HVZ). De werkgroep heeft daarop een signaleringsinstrument ontwikkeld en deze laten testen in enkele CVA zorgketens.

¹ In dit document wordt CVA gebruikt. Het gaat hier ook om TIA.

2 Inventarisatie

In 2014 is door het Academisch Ziekenhuis Maastricht en Maastricht University een signaleringsinstrument voor de lange termijn gevolgen van een beroerte (SIGEB)² ontwikkeld. Deze SIGEB brengt de problematiek op 12 domeinen in kaart. De SIGEB start met screeningsvragen (fase 1), daarna kan er gekozen worden voor diverse gevalideerde meetinstrumenten zoals bijvoorbeeld de Barthel, en de User (fase 2/3) en tot slot wordt het actieplan opgesteld (fase 4). In sommige regio's wordt de SIGEB gebruikt. In de regio Rotterdam is een digitale versie van de SIGEB ontwikkeld. Het volledig afnemen van de SIGEB blijkt in de dagelijkse praktijk gemiddeld 85 minuten te kosten. Het advies is om de SIGEB in de eerste 2 jaar na een CVA door een centrale zorgverlener met kennis van CVA, NAH en CVRM te laten afnemen. De Werkgroep CVA Nederland van de Vereniging van Revalidatieartsen heeft op basis van deze SIGEB een 'Beslischulp beroerte thuis' ontwikkeld. De Beslischulp Beroerte Thuis is een digitale screening gericht op het signaleren van problemen bij de patiënt en de mantelzorg in de chronische fase na een CVA. Waar nodig formuleert de Beslischulp beroerte thuis ook een verwijsadvies. De afnametijd van de Beslischulp is circa 20 minuten. De Beslischulp Beroerte beslaat 8 domeinen. De 'SIGEB' en de 'Beslischulp Beroerte Thuis' worden in enkele regio's gebruikt. Vanwege de afname tijd van de SIGEB lijkt de SIGEB meer geschikt te zijn voor toepassing in het derde moment: een uitgebreide signalering van CVA problemen op drie maanden na ontslag uit het ziekenhuis door een CVA nazorgverpleegkundige of de (kader)huisarts. De SIGEB en de Beslischulp Beroerte Thuis wordt in enkele ketens ook in de eerste lijn toegepast. Hierbij zijn ook praktijkondersteuners betrokken.

2.1 Behoeften ketencoördinatoren

Alle ketencoördinatoren zijn in 2016 gevraagd naar het gebruik van screeningsinstrumenten in hun regio. 40 procent reageerde op de oproep (zie onderstaande tabel). Uit de inventarisatie blijkt dat de CVA nazorgverpleegkundige vooral gebruik maakt van screeningsinstrumenten. Echter, ketencoördinatoren merken op dat ze niet precies zicht hebben op welke instrumenten in de eerste lijn gebruikt worden. Hiervoor zijn geen afspraken gemaakt. Iedere zorgprofessional in de eerste lijn zal naar verwachting ook voor de eigen zorgdomeinen screeningsinstrumenten inzet alvorens over te gaan tot behandeling.

	SIGEB*	BBT*	MRS	Barthel	CLCE-24	CSI	HADS	Diëtist	?
Huisarts	2 (6%)	2 (6%)	0 (0%)	1 (3%)	1 (3%)	1 (3%)	1 (3%)	0 (0%)	31 (89%)
POH	2 (6%)	2 (6%)	0 (0%)	1 (3%)	2 (6%)	1 (3%)	1 (3%)	0 (0%)	30 (86%)
Verpleegkundige thuiszorg	6 (17%)	1 (3%)	7 (20%)	5 (14%)	3 (9%)	2 (6%)	2 (6%)	2 (6%)	24 (69%)
Praktijkverpleegkundige	0 (0%)	0 (0%)	2 (6%)	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)	0 (0%)	33 (94%)
CVAnazorgverpleegkundige	10 (29%)	5 (14%)	15 (43%)	11 (31%)	10 (29%)	11 (31%)	10 (29%)	2 (6%)	15 (43%)
Fysiotherapeut	0 (0%)	2 (6%)	1 (3%)	6 (17%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	27 (77%)
Ergotherapeut	2 (6%)	1 (3%)	0 (0%)	4 (11%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	29 (83%)
Logopedist	1 (3%)	1 (3%)	0 (0%)	1 (3%)	1 (3%)	1 (3%)	1 (3%)	0 (0%)	32 (91%)
Maatschappelijk werkende	2 (6%)	1 (3%)	1 (3%)	0 (0%)	2 (6%)	2 (6%)	2 (6%)	1 (3%)	33 (94%)
Psycholoog	1 (3%)	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)	2 (6%)	1 (3%)	1 (3%)	33 (94%)
Anders, n.l.	0 (0%)	1 (3%)	2 (6%)	3 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)	0 (0%)	31 (89%)

* genoemd door de ketencoördinatoren; de SIGEB en de BBT bevatten ook de overige instrumenten.

² Ook wel ACAS genoemd; assessment tool for long-term consequences after stroke.

Hogeschool Windesheim heeft ook een inventarisatie naar het gebruik van screeningsinstrumenten onder eerstelijnszorgprofessionals uitgevoerd. Het ging om circa 25 professionals w.o. GZ-psychologen, verpleegkundigen, logopedisten, fysiotherapeuten, afasietherapeuten). Uit deze inventarisatie blijkt dat elke professional maar een beperkt aantal screeningsinstrumenten gebruikt. De Zelfredzaamheidsmatrix, de Barthel index, de Token Test, de MOCA, de MMSE, de HADS, de User P en de CSI het vaakst gebruikt door de professionals.

Ketencoördinatoren geven aan dat er behoefte is aan een integraal signaleringsinstrument dat voldoet aan de volgende eigenschappen:

- korte afnametijd
- de meeste gevolgen na een CVA in beeld
- aansluiten op de SIGEB
- koppelen aan gesprekspuntenlijst met patiënt en naasten.
- met een verwijsindicatie
- digitaal beschikbaar
- digitaal verwerken en opslaan in een EPD
- gebruiksvriendelijke app.
- aansluiting bij EPD
- niet commercieel, zonder licenties

2.2 Aansluiting op de huisartsenpraktijk

In de CVA zorg heeft de huisartsenpraktijk naast de secundaire preventie (het cardiovasculair risicomanagement) ook een belangrijke taak in het vroegtijdig screenen van problemen als gevolg van een CVA en in de behandeling en tijdige doorverwijzing. Om die reden heeft het Nederlands Huisartsen Genootschap in 2016 een e-learning (Programma Individuele Nascholing (PIN) Beroerte) ontwikkeld – een geaccrediteerde cursus voor de huisartsenpraktijk, gebaseerd op de NHG Standaard Beroerte. Voor het verlenen van goede nazorg³ in de thuissituatie én het screenen van mogelijke gevolgen na een beroerte heeft de huisartsenpraktijk in het eerste jaar na de beroerte 4 keer contact met de patiënt (en de naaste). De screening van mogelijke problemen/gevolgen van een beroerte kan in kaart gebracht worden aan de hand van het zogenaamd SFMPC model : somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch en communicatief (zie schema)⁴. In de cursus én in de NHG Standaard Beroerte staan geen voorbeeld vragen op deze domeinen geformuleerd. De kaderhuisartsen HVZ zijn momenteel bezig met de ontwikkeling van een handvat voor de begeleiding van CVA patiënten in de thuissituatie, waarbij de vroegtijdige screening van problemen ook plaatsvindt aan de hand van het SFMPC model.⁵ Veel praktijkondersteuners zijn al bekend met het SFMPC model, en hebben hun eigen methode om dat te inventariseren. De items van het SFMPC model komen overeen met de aspecten thema's die ook in stap 1 van het SIGEB instrument vermeld staan.

³ In de nazorg wordt gelet op (1) het revalidatietraject dat is ingezet (2) functionele beperkingen (3) maatschappelijk functioneren (4) woonomstandigheden (5) mantelzorg (6) aanwezigheid van angst, depressie en/of cognitieve stoornissen (7) aanwezigheid van vermoeidheid (8) secundaire preventie (9) communicatie en waarneming.

⁴ https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/final_nhg_leago_kaart_nov09_0.pdf. Dit SFMPC model wordt ook toegepast in de ouderenzorg.

⁵ Contactpersonen: Judith Tjin-A-Ton & Monique Tjon-at-Tsien

Het SFMPC model

Somatisch (lichamelijke toestand of conditie)

- Lichamelijke beperkingen en ziekten / Medicatie / Voedingstoestand / vermoeidheid

Functioneren (mobiliteit)

- Functioneren (alledaagse bezigheden)
- ADL (Incontinentie, Aankleden, verzorgen, Eten, Baden, douchen, toilet)
- HDL (Koken, boodschappen, kinderen verzorgen, was doen)
- Verplaatsen buitenshuis: autorijden, openbaar vervoer, fiets, lopen etc
- Financiële administratie
- Mobiliteit en kracht/vallen (Transfers, Traplopen)

Maatschappelijk

- Dagbesteding (Werk, hobby, Uitgaan, uitstapjes)
- Sociaal netwerk/steun
- Sociale vaardigheden betrokkene zelf
- Belasting mantelzorger
- Financiële situatie
- Woonsituatie

Psychisch

- Eigen gevoel van welbevinden
- Cognitie: geheugen, 2 dingen tegelijk doen, evt MMSE
- Psychische problematiek (Emotioneel/prikkelbaar/boos/Somber/depressief/angst)
- Zingeving

Communicatie

- Spraak, Gehoor, Visus, Lezen, schrijven. Telefoon, mail, chatten
- Relatie met partner, kinderen, anderen
- Intimiteit/seksualiteit

2.3 Andere ontwikkelingen

De Stichting Gehandicaptenzorg Limburg (SGL) is momenteel met subsidie van de Hersenstichting een project gestart waarin een diagnose tool voor de chronische fase van het hersenletsel ontwikkeld wordt. De tool is bedoeld voor huisartsen om hen te helpen bij de herkenning van de gevolgen van hersenletsel en biedt tevens handvatten voor goede doorverwijzing van patiënten. De universiteit Maastricht zal de tool verder ontwikkelen. In juni is er een behoeftepeiling onder ca 40 zorgverleners uit de huisartsenpraktijk gedaan. De verwachting is dat de tool in de loop van 2017 beschikbaar komt.

In de keten Eindhoven loopt op dit moment ook een pilot bij 15 huisartspraktijken. In deze regio is een zorgpad CVA vastgelegd. In het zorgpad wordt de besliahulp beroerte gehanteerd voor het signaleren van onzichtbare gevolgen na een CVA. De screening van problemen wordt uitgevoerd door de POH CVRM. Aan deze pilot is een onderzoek gekoppeld. De Universiteit Maastricht zal de pilot evalueren. In het voorjaar van 2017 wordt vastgesteld of de gehanteerde screeninglijst voldoet of aangepast moet worden .

Van de SIGEB is door Keten Rotterdam een app ontwikkeld. Andere ketens kunnen deze app gebruiken tegen betaling.

3 Ontwikkeling

3.1 Uitgangspunten

Voor de ontwikkeling van het vroegsignaleringsinstrument zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Het instrument sluit aan op de praktijk van huisartsen, praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen;
- Het instrument sluit aan op het SFMPC model en op de SIGEB;
- De formulering van de vragen worden afgestemd met de eerstelijnszorgverleners (NHG, V&VN);
- Het instrument geeft aan wat de vervolgstappen zijn na het in kaart brengen van problemen;
- Het instrument kan gebruikt bij ieder contact - als hulpmiddel bij het in kaart brengen van de zorgproblemen en het opstellen van een plan van aanpak voor verlenen van adequate zorg.

In het SIGEB instrument staan in stap 1 enkele domeinen en stellingen benoemd waarmee problemen na een CVA in kaart gebracht kunnen worden. Aan de hand van deze stellingen heeft de werkgroep een voorzet gedaan voor de vragen die ingebed kunnen worden in het SFMPC model. De geformuleerde vragen worden besproken met de NHG, kaderartsen HVZ, de V&VN en Hersenletsel.nl.

	Vraag
Somatisch	1. Bent u veel en vaak vermoeid? (SIGEB-stap1-D7) 2. Heeft u nog andere problemen, bijvoorbeeld met slikken of slapen, of heeft u pijn, bent u duizelig? (SIGEB-stap1-D10)
Functioneren	3. Heeft u hulp nodig bij het huishouden of bij zelfverzorging? (SIGEB -stap1-D1D2)
Maatschappelijk	4. Ervaart u problemen met het doen van andere activiteiten zoals hobby's, werk of uitstapjes? (SIGEB -stap1-D3)
Psychisch	5. Bent u somber, neerslachtig of depressief? (SIGEB -stap1-D6) 6. Hebt u moeite om de aandacht ergens bij te houden en/of twee dingen tegelijkertijd te doen? (SIGEB -stap1-D4)
Communicatie	7. Hebt u moeite om gesproken taal en/of geschreven taal te begrijpen? (SIGEB -stap1-D5) 8. (facultatief): Ervaart u problemen met seksualiteit of intimiteit?

**SIGEB-stap1: D8D9 gaat over CVRM en nazorg, D11 over mantelzorg en seksualiteit, D12 over informatievoorziening.*

3.2 De pilot

In twee CVA zorgketens (Alkmaar en Maastricht) zijn de voorgestelde vragen voorgelegd aan 5 verschillende zorgprofessionals: de CVA Nazorgverpleegkundige, de praktijkondersteuner, de huisarts, de wijkverpleegkundige, de fysiotherapeut/ergotherapeut. De betreffende zorgverleners zijn gevraagd om de vroegsignaleringsvragen voor te leggen in een consult met ten minste 2 patiënten. De zorgverleners hebben vervolgens hun feedback op de vragen gegeven aan de hand van een feedback formulier (zie bijlage). Er is over het algemeen positief gereageerd op het vroegsignaleringsinstrument. Het wordt als nuttig ervaren, de korte vragenlijst spreekt de eerstelijnsprofessionals aan. De vragen zijn een kapstok voor het spreekuur. Naast feedback op de formulering van de vragen, hebben de zorgprofessionals de volgende verbeterpunten aangereikt:

- De lijst is te zeer gericht op problemen, een meer andere meer positieve formulering is patiënt-vriendelijker.
- Stel ook vragen aan de mantelzorger, om de problemen bij de patiënt in kaart te brengen én om de overbelasting bij de mantelzorg te peilen.
- Begin met vragen die dicht bij de patiënt staan, die gaan over het dagelijks functioneren
- De vraag naar 'andere klachten' moet aan het einde van de vragenlijst
- De vraag naar seksualiteit moet niet facultatief zijn maar standaard gevraagd worden. Mogelijk is het niet passend in het eerste gesprek.
- Het gaat er om de verandering in kaart te brengen; dat wille zeggen, voor en na een CVA, of de verandering ten opzichte van een eerder consult.

De resultaten uit de test zijn vervolgens besproken in de werkgroep en het instrument is hierop aangepast. Het vroegsignaleringsinstrument is opgesteld in de vorm van een zakkaart. Deze zakkaart wordt bij voorkeur in een vervolgstadium digitaal in een transmuraal/eerstelijns EPD gehangen en gekoppeld aan het behandelplan.

Bij de uiteindelijke keuze voor de volgorde van de vragen is iets afgeweken van het SFMPC model en de SIGEB. Er wordt eerst gevraagd naar het functioneren in het dagelijkse leven in plaats van of iemand vermoeid is, om zo de vroeg signalering positiever te kunnen laten starten.

	Mogelijke screeningsinstrumenten (zie ook SIGEB)	SFMPC model	SIGEB
1. Huishouden/zelfzorg	Barthelindex, USERP2	F	(SIGEB -stap1-D1D2)
2. Activiteiten	USERP2	M	(SIGEB -stap1-D3)
3. Vermoeidheid	FSS-7	S	(SIGEB -stap1-D7)
4. Emotie	CLCE24 (item 14-21)	P	(SIGEB -stap1-D6)
5. Aandacht	CLCE24 (item 1-11)	P	(SIGEB -stap1-D4)
6. Communicatie	CLCE24 (item 14-27)	C	(SIGEB -stap1-D5)
7. Andere problemen	-	S	(SIGEB -stap1-D10)
8. Intimiteit			
Belasting mantelzorger	CSI		

Het zakkaartje voor de eerstelijnszorgverlener is bedoeld als een leidraad. Uiteraard is men vrij om zelf nader invulling te geven aan de volgorde van de vragen én de formulering van de vragen.

4 Het instrument

Op de volgende pagina staat het zakkaartje "Vroeg signalering problemen na CVA/TIA" vermeld. Dit is het eindresultaat van het project. Doorontwikkeling tot een digitale tool is nog wenselijk.



Vroeg signalering problemen na CVA/TIA

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

Vragen patiënt

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

⇒ Is dit anders dan voordat u een CVA/TIA kreeg/ de vorige keer?

⇒ Op welke momenten/wanneer speelt dit?

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

Vragen naaste

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



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

Bij problemen én ontbrekende expertise op betreffend domein, tijdig doorverwijzen

5 Bijlage Testen

5.1 Informatiebrief



Test “Vroeg-signalering”

VOOR PROBLEMEN BIJ CVA PATIËNTEN IN DE CHRONISCHE FASE

Inleiding

Vroegtijdig signaleren van problemen bij CVA patiënten in de chronische fase (thuissituatie) is van groot belang. Een aanzienlijk deel van de CVA-patiënten is in de jaren na het CVA inactief, vermoeid, somber en beperkt mobiel. Soms verergeren deze klachten in de loop van de tijd. Er zijn diverse signaleringsvragenlijsten beschikbaar om deze problemen in kaart te brengen (bijv. de Barthel, de EQ5D en de CSI). Veelal zijn deze ontwikkeld voor een bepaald domein van functioneren in het dagelijks leven. In het SIGEB-instrument en in de Besliahulp Beroerte Thuis (BBT) zijn een aantal van deze gevalideerde vragenlijsten opgenomen.

Vragenlijst “Vroeg-signalering”

In de praktijk blijkt er behoefte te zijn aan een korte screeningsvragenlijst. Een screeningslijst die ingezet kan worden in het reguliere CVRM-spreekuur van de huisartsenpraktijk ofwel door andere zorgprofessionals in de eerstelijns CVA-zorg. Om die reden is door de werkgroep ‘Thuis na CVA’ van het Kennisnetwerk CVA Nederland een ontwerp gemaakt van een vroeg-signalering vragenlijst. Deze vragenlijst sluit aan op de domeinen van het SIGEB instrument én op het SFMPC model dat in de NHG-richtlijn wordt gehanteerd (zie in de bijlage een concept van deze vragenlijst). De bedoeling van deze korte vragenlijst is dat in relatief korte tijd (tijdens regulier spreekuur) globaal (maar betrouwbaar) inzicht verkregen kan worden op de belangrijkste probleemgebieden/knelpunten in het dagelijks leven van de patiënt, waarna uitgebreidere screening op die onderwerpen in de vervolgbehandeling kan worden ingezet.

Pilot

Om de kwaliteit van deze vragenlijst te evalueren en te verbeteren, zal er in **januari 2017 gedurende 2 weken** een pilot met deze vragenlijst uitgevoerd worden in twee CVA-zorgketens. In deze ketens worden 5 zorgverleners gevraagd om feedback te geven op de vragen én om de vragen in hun praktijk bij 2 patiënten te testen. De volgende zorgverleners doen aan de test mee:

1. Een huisarts
2. Een praktijkondersteuner
3. Een fysiotherapeut of een ergotherapeut
4. Een medewerker van de thuiszorg of een wijkverpleegkundige
5. De CVA-nazorgverpleegkundige

Deelnemende zorgverleners en patiënten ontvangen een korte feedbackformulier voor de evaluatie van de vroegsignaleringsvragen.

Via de ketencoördinator worden de zorgverleners geworven voor deelname aan de pilot.

Meer informatie over dit project of de pilot is te verkrijgen bij Helene Voogdt (hrvoogdt@gmail.com).

5.2 Feedbackformulier



Feedbackformulier “Vroeg-signalering”

VOOR PROBLEMEN BIJ CVA PATIËNTEN IN DE CHRONISCHE FASE

1. Wat is uw functie?

- Huisarts
- Praktijkondersteuner
- Fysiotherapeut of ergotherapeut
- Een medewerker van de thuiszorg of een wijkverpleegkundige
- De CVA-nazorgverpleegkundige
- Anders

2. Aan hoeveel en welke patiënten heeft u de vragen gesteld? Welke patiënten heeft u uitgekozen en met welke reden?

3. Wat is uw ervaring met het afnemen van de vragen? Wat vond u ervan om deze vragen te stellen aan de patiënt? Heeft u alle vragen gesteld, zo nee wat is hiervan de reden?

4. Hoe reageerden patiënten en/of naaste? Zijn de vragen te begrijpen voor de patiënt of moest u vragen toelichten?

5. Welke suggesties ter verbetering heeft u op de screeningsvragen (zie hieronder)?

9. Bent u veel en vaak vermoeid?
10. Heeft u nog andere problemen, bijvoorbeeld met slikken of slapen, of heeft u pijn, bent u duizelig?
11. Heeft u hulp nodig bij het huishouden of bij zelfverzorging?
12. Ervaart u problemen met het doen van andere activiteiten zoals hobby's, werk of uitstapjes?
13. Bent u somber, neerslachtig of depressief?
14. Hebt u moeite om de aandacht ergens bij te houden en/of twee dingen tegelijkertijd te doen?
15. Hebt u moeite om gesproken taal en/of geschreven taal te begrijpen?
16. (facultatief): Ervaart u problemen met seksualiteit of intimiteit?

6. Heeft u nog andere suggesties ten aanzien van de screeningsvragen?

7. Bij welke contactmomenten én met welke regelmaat zouden de screeningsvragen bij patiënten voorgelegd moeten worden? Welke zorgverlener in het CVA zorgproces zou dat het beste kunnen doen? Kunt u uw antwoord toelichten?