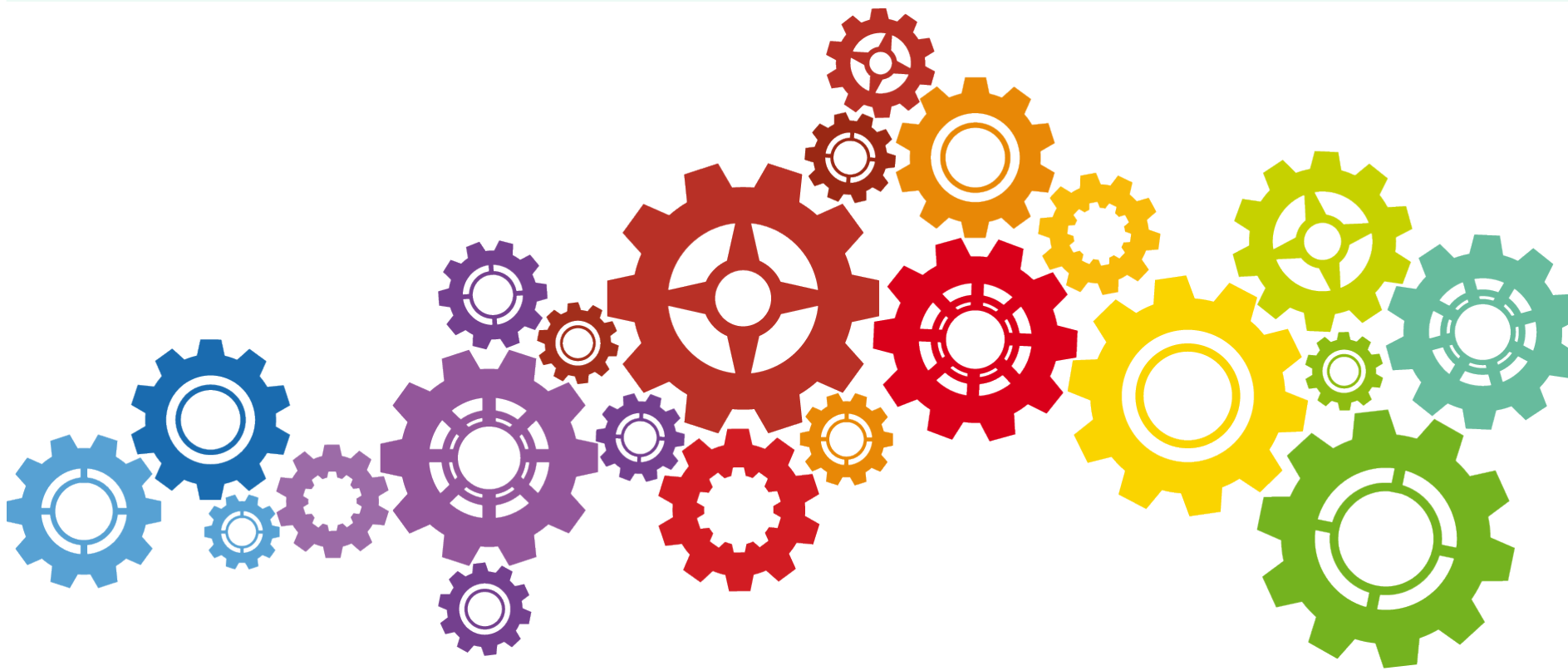


# WHITEPAPER

Verbeterkansen  
cliëntreis thuiswonende oudere  
getroffen door CVA



Goede Zorg Dichtbij



NAAM: Meneer Braakhekke  
 LEEFTIJD: 78 jaar  
 WOONPLAATS: Oldenzaal  
 BURGERLIJKE STAND: Alleenstaand, heeft een zoon en dochter die in de buurt wonen.  
 GEZONDHEID: Fitte man, geen medicatie.  
 OVERIG: Fitte man, is meer buiten dan binnen. Heeft veel sociale contacten en vrienden. Is vrijwilliger op de voetbal en op de kinderboerderij. Hij werkt iedere dag in zijn geliefde tuin. Deze ligt er dan ook piekfijn bij!



# CLIËNTREIS CVA



WEEK	1							2							3							4							5							6							7							8							9						
DAG	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.							8. 9. 10. 11. 12. 13. 14.							15. 16. 17. 18. 19. 20. 21.							22. 23. 24. 25. 26. 27. 28.							29. 30. 31. 32. 33. 34. 35.							36. 37. 38. 39. 40. 41. 42.							43. 44. 45. 46. 47. 48. 49.							50. 51. 52. 53. 54. 55. 56.							57. 58. 59. 60. 61. 62. 63.						
CLIËNT	<p>DAG 1 Meneer wordt wakker en zijn arm doet 'vaar'. Tijdens het tumeren valt meneer. Buurtbewoner ziet dit en belt direct de ambulance. Meneer heeft een infarct.</p>																																																														
MANTELZORGER/FAMILIE	<p>DAG 1 Familie wordt gebeld dat meneer in de ambulance onderweg is naar het ziekenhuis na een infarct.</p> <p><b>OPMERKING</b> Bij opname bij patiënt uithangen van de GRZ. Het is belangrijk dat de familie weet dat de GRZ niet wordt gebruikt voor het vervoer van patiënt naar huis.</p> <p><b>OPMERKING</b> Afhankelijk van uitkomst van de GRZ. Als er niets uitkomt, wordt het klaar. Dan is er geen medische reden meer voor opname. Volgende dag naar huis.</p> <p><b>OPMERKING</b> Bij opname bij patiënt uithangen van de GRZ. Het is belangrijk dat de familie weet dat de GRZ niet wordt gebruikt voor het vervoer van patiënt naar huis.</p> <p><b>CONFLICT</b> Familie wil soms dat patiënt naar andere plek gaat. Bijvoorbeeld WLZ plek omdat kaarthuis inrijdt. MST kan er niks mee.</p>																																																														
ZIEKENHUIS	<p>DAG 1 Patient komt binnen op de GRZ. De verpleegkundige controleert de vitalen en de GRZ. De arts wordt ingeluid. De arts doet een onderzoek van de patiënt. De arts besluit dat de patiënt naar de GRZ kan worden vervoerd.</p> <p><b>OPMERKING</b> De GRZ wordt gebruikt voor het vervoer van patiënt naar huis. Het is belangrijk dat de familie weet dat de GRZ niet wordt gebruikt voor het vervoer van patiënt naar huis.</p> <p><b>CONFLICT</b> GRZ plek regelen via beslotenbesluit. Het is belangrijk dat de familie weet dat de GRZ niet wordt gebruikt voor het vervoer van patiënt naar huis.</p> <p>GRZ wil graag naar ziekenhuis komen om patiënt te zien, dat kan niet omdat ze daar de formatie niet voor hebben. Meerwaarde patiënt goed in beeld op papier is beschrijft iatrig. Help bij keuze behandeling. Help bij continuïteit van zorg. MST hoort ook niet meer terug. Ook niet als ze twijfelen. Hebben ze het goed? Ingeschakeld, kan het anderszets?</p> <p><b>OPMERKING</b> Vervoer van GRZ naar huis verloopt via regelaar.</p>																																																														
GRZ	<p>DAG 1 De GRZ wordt gebruikt voor het vervoer van patiënt naar huis. Het is belangrijk dat de familie weet dat de GRZ niet wordt gebruikt voor het vervoer van patiënt naar huis.</p> <p><b>OPMERKING</b> De GRZ wordt gebruikt voor het vervoer van patiënt naar huis. Het is belangrijk dat de familie weet dat de GRZ niet wordt gebruikt voor het vervoer van patiënt naar huis.</p> <p><b>CONFLICT</b> Overdracht naar WLZ is soms moeilijk omdat er geen plekken zijn. Kan oplossen tot enkele maanden. 30% gaat naar WLZ 70% naar huis.</p> <p><b>OPMERKING</b> Afmelding thuiszorg: medisch team thuiszorg aangevraagd een paar dagen voor ontlast.</p> <p><b>CONFLICT</b> Overdracht naar WLZ is soms moeilijk omdat er geen plekken zijn. Kan oplossen tot enkele maanden. 30% gaat naar WLZ 70% naar huis.</p> <p><b>WEEK 6/8</b> Heeft een ontlast.</p>																																																														
HUISARTS	<p>DAG 1 De huisarts wordt ingeluid. De huisarts doet een onderzoek van de patiënt. De huisarts besluit dat de patiënt naar de GRZ kan worden vervoerd.</p> <p><b>OPMERKING</b> Het is belangrijk dat de familie weet dat de GRZ niet wordt gebruikt voor het vervoer van patiënt naar huis.</p> <p><b>CONFLICT</b> Veel aandacht voor fysieke revalidatie, nauwelijks aandacht voor orthotische gevolgen.</p> <p><b>CONFLICT</b> Cliëntrykkel van GRZ naar thuiszorg is er niet. Gbat op schot overdracht mob of via diverse maats.</p> <p><b>WEEK 6/9</b> Overdracht naar thuiszorg: formulier wordt meestal al verstuurd naar de organisatie. Of cliënten krijgen het mee op papier.</p>																																																														
THUISZORG	<p><b>OPMERKING</b> Thuiszorg komt nu pas weer in beeld na GRZ, als er bijval is. Beperkte mobiliteit: reval.</p> <p><b>OPMERKING</b> Meestal wordt aanpassing voor thuis al aangevraagd bij GRZ, maar niet altijd. In circa 20% van de gevallen niet.</p> <p><b>VERBETERKANS</b> Vooral bij mensen met demantie en worden, dan heb je korte lijnen met wonverpleegkundige of casemanager. Thuiszorg heeft geen contact met cva verpleegkundige. Connectie en kortere lijnen zouden goede zijn. Thuiszorg kan spin in het web zijn. Zo en paratredie zijn veel.</p> <p><b>CONFLICT</b> Voldoende informatie beschikbaar voor cliënt/ mantelzorg? Weet niet wat er in de wijk georganiseerd wordt. Zoekt op internet naar folders, zou meerwaarde voor cliënt en partner kunnen zijn. Bringt misschien in contact met logopedist.</p> <p><b>CONFLICT</b> Per wijkteam verschaft het of cliënt aangenomen kan worden. Als er een cliënttoets is, wordt andere thuiszorgorganisatie benodigd. Als die niet lukt, dan tanger in de GRZ. Als cliënt al in zorg ware of hun partner, dan geen stop vaak red.</p> <p><b>OPMERKING</b> Thuiszorg heeft in de praktijk niet vaak meer af.</p> <p><b>WEEK 8/9</b> Overdracht naar thuiszorg: formulier wordt meestal al verstuurd naar de organisatie. Of cliënten krijgen het mee op papier.</p>																																																														
WMO	<p>DAG 1 De WMO wordt ingeluid. De WMO doet een onderzoek van de patiënt. De WMO besluit dat de patiënt naar de GRZ kan worden vervoerd.</p> <p><b>VERBETERKANS</b> Er is een medische overdracht nodig. Het is belangrijk dat de familie weet dat de GRZ niet wordt gebruikt voor het vervoer van patiënt naar huis.</p> <p><b>OPMERKING</b> Het is belangrijk dat de familie weet dat de GRZ niet wordt gebruikt voor het vervoer van patiënt naar huis.</p> <p><b>CONFLICT</b> Het is belangrijk dat de familie weet dat de GRZ niet wordt gebruikt voor het vervoer van patiënt naar huis.</p> <p><b>OPMERKING</b> Het is belangrijk dat de familie weet dat de GRZ niet wordt gebruikt voor het vervoer van patiënt naar huis.</p> <p><b>CONFLICT</b> Het is belangrijk dat de familie weet dat de GRZ niet wordt gebruikt voor het vervoer van patiënt naar huis.</p> <p><b>WEEK 7</b> Melding bij WMO komt binnen bij rondzend ontlast GRZ. Nu deze melding binnen 2 weken thuiszocht.</p>																																																														
APOTHEEK (THUIS, ZIEKENHUIS, GRZ)	<p>DAG 1 De apotheker wordt ingeluid. De apotheker doet een onderzoek van de patiënt. De apotheker besluit dat de patiënt naar de GRZ kan worden vervoerd.</p> <p><b>CONFLICT</b> Het is belangrijk dat de familie weet dat de GRZ niet wordt gebruikt voor het vervoer van patiënt naar huis.</p> <p><b>CONFLICT</b> Het is belangrijk dat de familie weet dat de GRZ niet wordt gebruikt voor het vervoer van patiënt naar huis.</p> <p><b>DAG 12</b> De apotheker wordt ingeluid. De apotheker doet een onderzoek van de patiënt. De apotheker besluit dat de patiënt naar de GRZ kan worden vervoerd.</p>																																																														
BEKOSTIGING	<p>DAG 1 T/M 7 ZVW</p> <p>DAG 8 T/M 62 ZVW of WLZ (afhankelijk van de voorgeschiedenis) - In dit geval ZVW</p> <p>DAG 63 ZVW + WMO OF WLZ</p>																																																														

Link naar cliëntreis voor alle details:  
<https://tinyurl.com/25tp98ks>



## Inleiding

Met de Innovatiegarage worden zorgketenprocessen rondom de oudere inwoner in Noordoost Twente beter en slimmer georganiseerd. Voor deze whitepaper werd de cliëntreis thuiswonende oudere getroffen door een CVA in kaart gebracht aan de hand van interviews. Vooraf is contact geweest met de coördinator Hersenletselketen Twente om vast te stellen wat er in de keten rondom ouderen met een CVA bekend is of verbeterd kan worden. Duidelijk werd dat er nog veel winst te behalen is voor een sluitende keten in Noordoost Twente. Deze whitepaper richt zich op de huidige stand van zaken en de verbetermogelijkheden.

Een aantal conflict- en verbeter situaties werd uit de interviews met betrokken disciplines zichtbaar. Een fysieke verbeter sessie volgde waarin we met de coördinator Hersenletselketen Twente, afgevaardigden neurocentrum MST, CVA-verpleegkundigen, afgevaardigde Roessingh centrum voor Revalidatie, wijkverpleging en consulenten WMO onderzochten hoe we slimmer kunnen samenwerken in deze keten. In kaart werd gebracht wat het meest opvalt in de cliëntreis. Daarna is gesproken over verbeterkansen in de cliëntreis, oplossingsrichtingen zijn voorgesteld en er is gekeken wat ervoor nodig is om dit te realiseren. In het najaar zal het thema opnieuw in een ketensessie besproken worden met de deelnemers om te kijken wat er in de tussentijd gerealiseerd is.

### Percentage beroerte bewoners

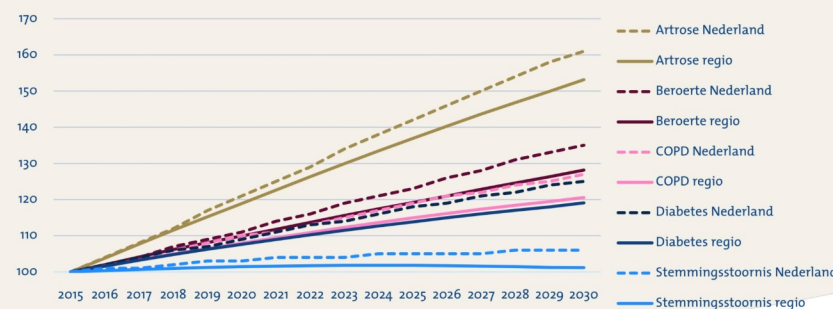
Het percentage inwoners in Twente met een beroerte is iets lager dan in Nederland. 2,5% t.o.v. 2,7% landelijk (bron; regiobeeld 2030 Twente).

De komende 10 jaar wordt er in Twente een toename verwacht in het aantal inwoners die getroffen wordt door een CVA (beroerte). In de regio ligt dit percentage lager dan het landelijke percentage, 128 t.o.v. 135 landelijk.

... en als gevolg van de vergrijzing nemen naast dementie vooral artrose, coronaire hartziekte en beroerte het sterkst toe; de toename in de regio is wat minder sterk dan Nederland gemiddeld

Bij andere chronische aandoeningen hetzelfde beeld.

Angststoornissen ontwikkelt zich vrijwel gelijk als stemmingsstoornissen, coronaire hartziekten als beroertes. Het aantal inwoners met twee of meer chronische ziekten stijgt tussen 2018 en 2030 met ca. 3%.



Bron: Volksgezondheid Toekomstverkenningen 2018 (RIVM) op Regiobeeld.nl



*Reactie uit evaluatie; fijn en leerzaam om met verschillende disciplines aan deze cliëntreis te werken*



## Wat opvalt in de cliëntreis

Een thuiswonende oudere getroffen door een CVA wordt meestal gelijk opgenomen in het neurocentrum van MST. MST heeft in 2021 387 patiënten met een CVA opgenomen. In het neurocentrum verblijven zij gemiddeld 1 tot 3 dagen waarna de patiënt, naar gelang van de ernst van de klachten, naar huis gaat of een revalidatietraject ingaat binnen de GRZ. Afhankelijk van de vitaliteit van de patiënt voor de CVA wordt bepaald of diegene revalideert in de GRZ of het revalidatiecentrum. Het ziekenhuis doet een aanvraag bij CVA-nazorg als er geen zorg thuis mogelijk is wanneer een patiënt naar huis gaat. Hier wordt in de regio verschillend mee omgegaan. In de eerste fase (ziekenhuis) wordt kort stilgestaan bij de cognitieve gevolgen bij de cliënt. Als er specifieke signalen zijn wordt de Moca afgenomen. De cognitieve gevolgen zijn meestal ook pas later te zien. Het is niet duidelijk of een patiënt na thuiskomst nog gezien wordt door een neuroloog.

Van de getroffenen komt uiteindelijk 30% in aanmerking voor een WLZ-indicatie. Het overgrote gedeelte verblijft thuis en daar is vaak permanente thuiszorg noodzakelijk. Indien een cliënt gelijk uit het ziekenhuis naar huis gaat zijn niet direct de mogelijkheden van de WMO in beeld. Vaak is er sprake van chronische klachten. Cognitieve problemen worden meer onderschat dan fysieke problemen. Bij onzichtbare cognitieve beperkingen valt het op dat de WMO-consulent pas laat in beeld komt. Karakter- en stemmingsveranderingen komen vaak voor. Deze uiten zicht vaak later, thuis. De wijkverpleging heeft een observerende rol. Een cliënt wordt in zo'n geval niet terugverwezen naar de revalidatie, ergo- of fysiotherapeut. Deze zorgprofessionals weten niet hoe het verder gaat met een cliënt nadat die bij hen vertrokken is. Dat geldt ook voor de zorgprofessionals in MST.

Meerdere disciplines zijn vaak betrokken zoals; verpleging neurocentrum, CVA verpleegkundige, wijkverpleging en de WMO-consulent. Het is niet duidelijk wie welke rol heeft en de onderlinge afstemming is vaak een aandachtspunt. Ook worden knelpunten gesignaleerd in de overdracht tussen de diverse disciplines.

Deze zijn er niet of onvolledig. CVA-nazorg maakt onderdeel uit van een goede cliëntreis. Er is daardoor meer aandacht voor onzichtbare gevolgen, bijvoorbeeld op het gebied van cognitie, gedrag, stemming of taal. De CVA-nazorg is echter niet structureel geregeld en het is ook niet duidelijk welke rol deze in de keten vervult en op welk moment.

Regelmatig is een ontslag uit het ziekenhuis of GRZ niet mogelijk omdat er geen vervolgplek is of dat de benodigde zorg niet direct geleverd kan worden.



*Reactie evaluatie; "Wij zijn bedrijfsblind, de ketenverbinders niet."*



## Verbeterrichtingen

Er zijn drie verbeterrichtingen;

1. Overdracht/ verkeerde bed problematiek
2. Kennis & communicatie
3. Nazorg

### 1. Overdracht/ verkeerde bed problematiek

Een vloeiende overdracht van het ziekenhuis naar de wijkverpleging of GRZ is belangrijk voor betere efficiency en effectiviteit. Het verbetert de kwaliteit van de cliëntreis. Verbeteringen zijn noodzakelijk op het gebied van onderlinge communicatie, omdat professionals elkaar onvoldoende spreken of de aangeleverde informatie niet compleet is. Vaak wordt afgezien van bepaalde mogelijkheden van overdracht omdat de financiering niet mogelijk is als een cliënt nog niet in zorg is.

Door het tijdig inschakelen van de volgende in de keten kan deze eerder inspelen op de benodigde capaciteit van verpleging, ondersteuning of de benodigde aanpassingen in huis. Dit versnelt en verbetert de kwaliteit van het vervolgtraject in de cliëntreis.

Om de overdracht tussen de disciplines te verbeteren is een warme overdracht van professional naar professional via telefoon of beeldbellen met behulp van een checklist aan te bevelen. Daarnaast is het wenselijk om uit te zoeken welke discipline(s) een belangrijke rol hebben binnen de overdracht.

### 2. Kennis & communicatie

Meer kennis over de inhoud en de mogelijkheden van de vervolgvoorzieningen verbetert de communicatie en de samenwerking tussen de disciplines. Het geeft inzicht in ieders rol in de keten. De volgende stap is deze op het niveau van cliënt en systeem op het juiste moment over te dragen.

Kortere lijnen tussen professionals en kennisoverdracht door middel van scholing en trainingen verbetert de kwaliteit van de cliëntreis en ieders rol hierin.

### 3. Nazorg

Meer bekendheid en kennis over de mogelijkheden van CVA-nazorg verbetert de kwaliteit van de ondersteuning aan een cliënt. Dit kan gerealiseerd worden door informatie te delen via folders of via één website (Hersenletselketen Twente). Een casemanager CVA zou van toegevoegde waarde zijn in de gehele keten.



*Reactie uit de evaluatie; Mooi om te zien hoe dit is opgepakt. De cliënt maakt veel mee, we zouden dit beter willen stroomlijnen*



## Wat is er nodig om dit geregeld te krijgen?

Omdat een interview met een cliënt en/of mantelzorger niet mogelijk was voordat de ketensessie plaatsvond is het van belang dit alsnog te doen. Hiermee kan getoetst worden of hetgeen opgehaald is compleet is en overeenkomt met het perspectief vanuit een cliënt en mantelzorger.

### 1. Overdracht/ verkeerde bed problematiek

- Warme overdracht organiseren, eventueel door beeldbellen. Vanuit ketenverbinders onder de aandacht brengen bij de zorgverzekeraar i.v.m. knelpunt financiering.
- Volledige overdracht aan de hand van een checklist (multidisciplinair overdrachtsformulier dat binnen het ziekenhuis beschikbaar is). Vanuit Hersenletselketen Twente samen met CVA-verpleegkundigen ziekenhuis oppakken.
- Bereikbaarheid van de juiste zorgverlener.
  - → Kennis van 'juiste' momenten voor contact.
    - ZH: 13.00 – 14.00 uur
    - Thuiszorg: 13.00 – 16.00 uur (wijkverpleegkundige)
- Specialist Ouderengeneeskunde aanwezig bij MDO in het ziekenhuis. Vanuit Hersenletselketen Twente oppakken.
- Uitzoeken welke discipline 'in de lead' is vanuit de behandelende partij. Vanuit alle partijen oppakken.
- Door transferpunt breder uitvragen over ondersteuning via WMO. Vaak wordt alleen huishoudelijke ondersteuning aangevraagd. Vanuit het ziekenhuis oppakken.
- Dieper weten wat er waar gebeurt; bij elkaar in de organisatie mee voor een rondleiding. Dit vast laten leggen, zodat een andere professionals en cliënten beter zicht krijgen op de cliëntreis. Een zogenaamde 'CVA-safari' langs alle partijen. Vanuit ketenverbinders oppakken.

### 2. Kennis en communicatie

- Geld → financiering/ Ontschotten.

Clïent wordt door zorgverzekering maar voor één instelling tegelijk gefinancierd (thuiszorg kan niet bij GRZ/ZKH). Vanuit ketenverbinders onder de aandacht brengen bij de zorgverzekeraar.

- Een centrale plek voor informatie, bijvoorbeeld Hersenletselketen Twente.

### 3. Nazorg (oppakken Hersenletselketen Twente)

- Overzicht in het nazorgtraject.
- Casemanager CVA.
- Een terugkoppel loop in de keten organiseren.







Goede Zorg Dichtbij

## Over de Innovatiegarage en Goede Zorg Dichtbij

Met de innovatiegarage worden zorgketenprocessen rondom de oudere inwoner in Noordoost Twente beter en slimmer georganiseerd. Het biedt een oplossing op geconstateerde verbeterpunten. Hiernaast brengen we het preventieve educatie-aanbod in Noordoost Twente in kaart en op een lijn. We ontsluiten het educatieaanbod op een laagdrempelige manier zodat oudere burgers hier maximaal voordeel kunnen bereiken.

De innovatiegarage is een onderdeel van Goede Zorg Dichtbij, waaronder ook de projecten opzetten van een Tijdelijk Verblijf en het Geriatisch Expertisecentrum vallen. De initiatiefnemers van Goede Zorg Dichtbij zijn: Apotheek Oldenzaal, Carintreggeland, Fysiotherapie Jeroen van der Weide, Gemeenten Dinkelland, Losser, Oldenzaal, Tubbergen, Mediant, Menzis, MST, Roessingh Centrum voor Revalidatie, Zorgfederatie Oldenzaal, Zorggroep Sint-Maarten.

## Totstandkoming

Aan de totstandkoming van deze whitepaper hebben betrokkenen deelgenomen van MST, Roessingh, Zorggroep Sint Maarten, Carintreggeland, Zorgfederatie Oldenzaal, gemeente Losser, gemeente Tubbergen, gemeente Dinkelland, gemeente Oldenzaal en Hersenletselteam Twente .

## Auteurs

De ketenverbinders Kim Peters ([kim.peters@healthnovum.com](mailto:kim.peters@healthnovum.com)) en Fons Flierman ([f.flierman@oldenzaal.nl](mailto:f.flierman@oldenzaal.nl)).

## Disclaimer

Deze rapportage is tot stand gekomen met medewerking van de opdrachtgevers. Alle rechten voorbehouden. Ketenverbinders aanvaarden geen aansprakelijkheid voor het gebruik van dit rapport anders dan waarvoor het is opgesteld en aanvaarden geen aansprakelijkheid jegens andere partijen dan de opdrachtgevers.

