

Samenwerken in het netwerk: de rol van de specialist ouderengeneeskunde en de revalidatiearts bij de verpleeghuispatiënt met spasticiteit

Dr. S.K. Schiemanck, revalidatiearts LUMC

Dr. M. van Eijk, specialist ouderengeneeskunde, LUMC

Pijn is een belangrijk probleem bij kwetsbare ouderen die verblijven in een instelling. Uit onderzoek blijkt dat 2/3 van de bewoners in verpleeghuizen pijn heeft, waarvan het aantal bewoners met substantiële pijn (pijnscore gemeten met NRS van groter dan 4) bijna 75% is. In instellingen voor lang verblijf wordt pijn niet op systematische wijze vastgelegd. Daarnaast is er een belemmering bij ouderen om pijn aan te geven. Er is bij veel ouderen sprake van een 'disability paradox', waarbij zij aangeven dat leeftijd met gebreken, en ook pijn, komt. Ze willen niet onnodig medicaliseren. Verder blijkt er ook een zekere angst te zijn voor het gebruik, en overigens bij sommige artsen ook het voorschrijven, van pijnstillers bij ouderen. Veranderingen in farmacokinetiek en farmacodynamiek als onderdeel van veroudering maken dat een goede afweging noodzakelijk is, maar betekent niet dat er een onvoldoende pijnstilling nagestreefd kan worden. Een andere belangrijke reden dat pijn zeer prevalent en vaak onderbehandeld is, wordt veroorzaakt doordat pijn zich op verschillende manieren kan presenteren bij ouderen. Dit komt doordat er vaak meerdere aandoeningen tegelijk zijn met verschillende soorten pijn die naast elkaar bestaan, maar ook verschillende uitingsvormen van pijn kunnen worden gezien bij ouderen. Vooral bij ouderen met communicatieve en cognitieve stoornissen, kan het lastig zijn om pijn te herkennen. Door veranderingen in de hersenen, die bijvoorbeeld bij een CVA of bij dementie ontstaan, kan er een miscommunicatie ontstaan, waardoor een gewaarwording als pijn wordt ervaren. In instellingen verblijven veel mensen met pijn of met somatische beperkingen als gevolg van een hersenaandoening.

Een belangrijke oorzaak van pijn bij mensen met aandoeningen van het centraal zenuwstelsel wordt veroorzaakt door spasticiteit. De prevalentie van spasticiteit bij kwetsbare ouderen die verblijven in een instelling is niet bekend. In Arnhem, vanuit het revalidatiecentrum Groot Klimmendaal, is een onderzoek verricht in 3 verpleeghuizen in de regio. Met als doel de behandeling van ouderen met spasticiteit te verbeteren, werd onderzoek uitgevoerd. Hieruit kwam naar voren dat bij 73% van de somatisch verblijvende ouderen met, acuut en chronisch, letsel van centraal zenuwstelsel sprake was van spasticiteit. De belangrijkste doelen, die gesteld werden bij een behandeling, waren gericht op verzorgbaarheid en pijnreductie.

In deze duo presentatie zal aanvankelijk worden stilgestaan bij het belang om elkaar te kennen bij een goede samenwerking. Er zal een kennismaking plaatsvinden tussen het verpleeghuis en revalidatiecentrum en tussen de vakgebieden van het specialisme ouderengeneeskunde en de revalidatiegeneeskunde. Daarna zal iets worden verteld over pijn in het verpleeghuis en spasticiteit in het verpleeghuis. Dit is een voorbereiding op het middagprogramma waarbij verder wordt gesproken over de organisatie van goede zorg voor de patiënt met spasticiteit in de regio. Aan het einde van deze presentatie zullen we een pleidooi houden over de visie die vanuit LUMC is met betrekking tot ketenzorg in het algemeen, de overlap die er is tussen revalidatiegeneeskunde en specialisme ouderengeneeskunde en onze visie op verbetering van de behandeling van de patiënt gericht op persoonlijke doelen.

Key messages:

- er komt inzicht over mogelijke onderbehandeling van spasticiteit en daarmee mogelijk pijn in de verpleeghuissetting

- er komt inzicht in de prevalentie en ernst van spasticiteit als oorzaak van pijnklachten bij patiënten in de verpleeghuissetting
- de samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde en revalidatiearts is van onschatbare waarde: kennis gebundeld leidt direct tot betere zorg van bovenstaande patiëntengroep

Aanbevelingen uit de richtlijn cerebrale en spinale spasticiteit, toegespitst op de casus

Prof. A.C.H. Geurts. Hoogleraar revalidatiegeneeskunde, Radboudumc en Sint Maartenskliniek

De interdisciplinaire richtlijn Cerebrale en Spinale Spasticiteit is een initiatief van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) samen met alle (para)medische vakgebieden die met spasticiteit te maken hebben. Deze SKMS richtlijn (april 2017) is te vinden op het internet:

https://richtlijnen database.nl/richtlijn/cerebrale_en_of_spinale_spasticiteit/cerebrale_en_of_spinale_spasticiteit_startpagina.html. De richtlijn heeft tot doel de kwaliteit van de behandeling van cerebrale en spinale spasticiteit te verbeteren door richting te geven aan een uniform beleid gebaseerd op wetenschappelijk bewijs. Het is de eerste integrale richtlijn van alle behandelmethoden, doch beperkt zich tot *volwassenen* met *verworven* vormen van *cerebrale en/of spinale* spasticiteit, inclusief multipale sclerose (MS). In deze presentatie neem ik u, als voorzitter van de werkgroep, mee langs de diverse hoofdstukken die relevant zijn voor de behandeling van patiënten met spasticiteit die verblijven in verpleeghuizen. In het bijzonder zal ik aandacht hebben voor de rol van oefentherapie, het gebruik van orthesen en elektrostimulatie, het gebruik van orale spasmolytica en intramusculaire injecties met botulinetoxine, de rol van chirurgische interventies, en de organisatie van zorg.

'Take home messages' zijn:

- Oefentherapie (spierversterkend en/of functioneel) leidt *niet* tot een toename van spasticiteit.
- Focale spasmolyse (b.v. middels intramusculaire botulinetoxine injecties) dient gepaard te gaan met actieve en/of passieve (rek)oefeningen om een zo goed en lang mogelijk functioneel resultaat te bereiken.
- Botulinetoxine kan het beste onder echografische geleiding worden toegediend.
- Bij langdurige, herhaalde behandeling met botulinetoxine dienen ook alternatieve (invasieve) behandelingen te worden overwogen.
- Het is niet meer rationeel om bij elke patiënt eerst alle niet-invasieve opties te hebben uitgeprobeerd alvorens invasieve behandelmethoden te overwegen.
- Chirurgische interventies en behandeling met intrathecale baclofen dienen gebaseerd te zijn op specialistische, interdisciplinaire diagnostiek, en te worden geconcentreerd in enkele landelijke expertisecentra.
- Indien verbetering van loopvaardigheid het doel is, dienen invasieve interventies in beginsel te worden gebaseerd op instrumentele gangbeeldanalyse.

Samenwerking in de keten en de ketenfinanciering in regio Rotterdam?

Drs. M Wijffels, Revalidatiearts, Rijndam Revalidatie centrum, Rotterdam

The principles of Value Based Health Care (VBHC) are increasingly adopted in health care, including medical specialist rehabilitation. Its main concept concerns the improvement of the value for the patient of the health care delivered. This not only requires the redesign of health care processes, e.g. by means of patient-centred care pathways and structural involvement of the patient in decision making. It also implies the appropriate measurement of outcomes in such a way that the value for the patient can indeed be demonstrated. Regarding the measurement of the value of rehabilitation for the patient, comprehensive sets of recommended outcomes are being developed or launched on both the national and international level. However, experiences with extensive outcome measurements based on the principles of VBHC from rehabilitation practice are very much needed, in order to further develop this field.

Key messages:

the principles of shared decision making in stroke rehabilitation
give insight into potential success and failure factors of measuring the outcomes of stroke rehabilitation based on the VBHC principles

Een goed netwerk is een kunstwerk; ervaringen in de regio Den Haag

Dr. H. J. Arwert, Revalidatiearts, Sophia Revalidatie locatie Westeinde en Medisch Centrum Haaglanden

De prevalentie van een cerebrovasculair accident (CVA) in westerse landen wordt geschat op 2 tot 3 procent, en zal naar verwachting toenemen toe als gevolg van de vergrijzing van de bevolking en de recente vooruitgang in de behandelmogelijkheden in de acute fase, waaronder trombolysen. Na een CVA kunnen patiënten gevolgen ondervinden in verschillende domeinen van hun functioneren. De gevolgen kunnen betrekking hebben op lichaamsfuncties (zoals motoriek, zintuiglijke functies, cognitie, gemoedstoestand), activiteiten (zoals reiken, lopen) en participatie (zoals werk, gezinsrol, vrijetijdsactiviteiten). De aard en omvang van de beperkingen hangt verder af van contextuele factoren (externe en persoonlijke). Patiënten kunnen (deels) herstellen van hun neurologische uitval. Dit herstel kan ondersteund worden met behulp van revalidatiebehandeling. De meeste patiënten kunnen na het CVA weer thuis functioneren, ofwel direct na de ziekenhuisfase ofwel na een klinische revalidatieperiode. Ongeveer een derde ervaart beperkingen in activiteiten en deelname aan het sociaal-maatschappelijk leven op de lange termijn. In deze fase zijn patiënten voor hun behandeling doorgaans aangewezen op zorgverleners in de eerste lijn. Het is niet bekend hoe de samenhang is tussen deze klachten, beperkingen, de zorgbehoefte en het zorggebruik. Daarnaast is er nog onvoldoende kennis over de optimale organisatie van de zorg om klachten en beperkingen die mensen met een CVA in de chronische fase kunnen ervaren te verminderen. Eerstelijns CVA-netwerken kunnen een middel zijn om de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor mensen met een CVA te borgen en verbeteren.

Uit een recente systematische review blijkt dat patiënten met een CVA in de eerste lijn zich soms verlaten en gemarginaliseerd voelen door de gezondheidszorg. Het ontbrak hen aan vaardigheden om hun zorgvragen te adresseren; een oplossing hiervoor kan een meer actieve follow up zijn van de patiënten in de chronische fase, gericht op herkennen van de late gevolgen van een CVA en daarnaast een focus op verbetering van zelfmanagementvaardigheden in de voorafgaande revalidatiefase.

Bij andere chronische ziekten wordt de ontwikkeling van eerstelijns zorgnetwerken gezien als een effectief hulpmiddel om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Wat CVA-netwerken betreft, is er in Nederland geen overeenstemming over de basisvereisten voor de organisatie van een eerstelijns

netwerk, noch over het waarborgen van minimale kwaliteitsnormen. Een aantal aanbevelingen voor de ontwikkeling van CVA netwerken werd voorgesteld op basis van de ervaringen van 15 lokale netwerken in Nederland (<http://cvanetwerken.rrc.nl/>).

De bevindingen van recentelijk Nederlands onderzoek binnen deze patiënten groep wordt besproken met aanbevelingen voor verbetering van de samenwerking in de keten.

Key messages:

Ongeveer een derde van de patiënten na een CVA ervaart beperkingen in activiteiten en deelname aan het sociaal-maatschappelijk leven op de lange termijn.

De ontwikkeling van eerstelijns zorgnetwerken lijkt een effectief hulpmiddel om de kwaliteit van zorg te verbeteren voor patiënten na een CVA