

Onderzoeksverslag

Afstudeeronderzoek Ergotherapie 2016

Intake/inventarisatie bij de revalidatie van CVA cliënten

Naam: Jens de Bruijn (0854943)
Opdrachtgever: Rivas regio West
Stagebegeleiders: Hellen de Groot; Marielle Lankhorst
Afstudeerbegeleider: Nicolet van Zanten
Datum: 13-06-2016

Voorwoord

Het Instituut voor Gezondheidszorg kent voor de opleiding ergotherapie in het vierde studiejaar een afstudeerperiode van twintig weken. In de laatste twee periodes van het vierde studiejaar staat, naast de afstudeerstage, het afstudeeronderzoek centraal. Hier wordt gewerkt aan een afstudeeropdracht voor de stageplek, Rivas Waerthove, afdeling ergotherapie. Dit betreft een onderzoek om het ergotherapeutisch handelen op locatie kwalitatief te verbeteren.

Graag wil ik mevrouw van Zanten bedanken voor het begeleiden van dit onderzoekstraject en de gegeven feedback op mijn producten. Ik wil mevrouw Verhoef bedanken voor de afstudeerlessen, waarin de theorie voor een goed onderzoek werd gegeven. Ook wil ik mijn stagebegeleiders H. de Groot en M. Lankhorst bedanken voor de flexibele begeleiding van het onderzoek op locatie en de prettige samenwerking en sfeer op locatie die mij hebben geholpen tijdens dit onderzoek. Als laatste wil ik ook alle deelnemers van dit onderzoek bedanken, want zonder hun had er geen onderzoek plaats kunnen vinden.

Rotterdam, juni 2016

Jens de Bruijn

Samenvatting

Inleiding

Binnen Rivas Waerthove is een CVA revalidatie afdeling aanwezig waarbij cliënten worden behandeld volgens de geriatrische revalidatie zorg (GRZ). Sinds 1 januari 2013 moet er binnen de GRZ volgens het DBC-systeem (diagnose behandel combinatie) gedeclareerd worden. Hierom moet er gezorgd worden voor een efficiënte behandeling voor de cliënt, zodat de behandeluren uit het DBC-zorgproduct optimaal benut worden. Hiervoor is er binnen Rivas een zorgpad CVA opgesteld door de directie, wat als richtlijn fungeert voor de multidisciplinaire behandeling van CVA-clieënten. Op dit moment is niet bekend of de ergotherapeutische intake op de meest efficiënte en kwalitatief de beste manier wordt vormgegeven. Om hier antwoord op te krijgen is de volgende hoofdvraag opgesteld:

Wat is volgens de literatuur, de ergotherapeuten, andere zorgverleners en cliënten/cliëntsystemen kwalitatief de beste, de meest efficiënte en de meest cliëntgerichte manier om een ergotherapeutische intake bij CVA-clieënten boven de 65 jaar vorm te geven?

Methode

Om de hoofdvraag te beantwoorden is een literatuurstudie gedaan, een focusgroep georganiseerd met de ergotherapeuten en de andere zorgverleners uit het zorgpad CVA van Rivas en zijn er vragenlijsten afgenomen bij de CVA-clieënten. De literatuurstudie heeft als basis gediend voor het praktijkonderzoek. De focusgroep is georganiseerd om informatie te verkrijgen over welke informatie de ergotherapeuten op willen doen en wat de andere zorgverleners van de ergotherapeutische intake verwachten. De vragenlijsten zijn afgenomen om te inventariseren hoe de cliënten de huidige intake hebben ervaren en hoe de cliënten mogelijke aanpassingen van de intake zouden ervaren. Er heeft één focusgroep plaatsgevonden en er waren 10 respondenten op de vragenlijsten.

Resultaten

Uit de literatuur kwam naar voren dat de COPM in zijn geheel afgenomen het beste en meest efficiënt zou zijn bij CVA cliënten. Echter duurt het afnemen hiervan 60 á 90 minuten, zonder dat de woning hierbij is geïnventariseerd. Een top-5 van de belemmeringen en doelen opstellen zijn delen die toegevoegd kunnen worden aan de huidige ergotherapeutische intake.

De ergotherapeuten willen informatie over de participatie en de woning van de cliënt. De huidige ergotherapeutische intake wordt inhoudelijk grotendeels goed bevonden door de overige zorgverleners. Echter worden de communicatieve vaardigheden van de cliënt, aanpassingen m.b.t. het eten, rolstoelafhankelijkheid en een hetero anamnese gemist in de intake van de ergotherapie. In de focusgroep is besloten dat de ergotherapeutische intake wordt op de eerste dag afgenomen, zodat andere zorgverleners deze kunnen gebruiken als voorbereiding. Deze volgorde heeft direct tot een verbetering geleid.

Uit de vragenlijsten bleek dat de huidige intake wordt goed bevonden door de respondenten (n=7, 3 respondenten konden de intake niet meer herinneren). De delen die uit de literatuur komen die een intake efficiënter maakt kunnen worden toegevoegd, namelijk: een top-5 van de belemmeringen opstellen en direct een behandelplan opstellen. Verder zou een meerderheid van de respondenten (n=7) het niet erg vinden als de intake met meerdere zorgverleners werd afgenomen.

Conclusie

Wanneer de huidige intake aangevuld wordt met delen van de COPM, de woninginventarisatie in samenspraak met de cliënt besloten wordt en de ergotherapeuten de intake als eerste van alle zorgverleners doen, wordt mogelijk kwalitatief de beste, de meest efficiënte en de meest cliëntgerichte vorm van een ergotherapeutisch intake bij de revalidatie van CVA cliënten bereikt.

Inhoud

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
1. Inleiding.....	6
2. Methode.....	8
2.1 Literatuurstudie.....	8
2.1.1 Hoofdvraag.....	8
2.1.2 Deelvragen.....	8
2.1.3 Zoektermen	8
2.1.4 Databanken	8
2.1.5 Criteria literatuur.....	8
2.2 Praktijkonderzoek.....	9
2.2.1 Data verzameling.....	9
2.2.2 Data analyse	10
3. Resultaten	11
3.1 Literatuurstudie.....	11
3.1.1 Participatie	11
3.1.2 Woning	12
3.1.3 Conclusie literatuurstudie	12
3.2 Praktijkonderzoek.....	13
3.2.1 Focusgroep: Welke informatie willen de ergotherapeuten en verwachten de andere zorgverleners?.....	13
3.2.2 Conclusie focusgroep	14
3.2.3 Vragenlijsten bij de cliënt: Wat vinden de cliënten de meest efficiënte manier van een intake?	15
3.2.4 Conclusie vragenlijsten.....	19
4. Discussie	20
5. Conclusie	20
6. Aanbevelingen.....	21
7. Literatuurlijst	22
8. Bijlage	24
8.1 Begrippenlijst.....	24
8.2 Bijlage 1: Inventarisatielijst ergotherapie	25
8.3 Voorbereiding focusgroep.....	33
8.4 Rolverdeling focusgroep.....	34
8.5 Vragenlijst voor cliënten.....	35

8.6	Uitgebreide informatie instrumenten/methodes participatie.....	38
8.7	Samenvatting focusgroep.....	39

1. Inleiding

In dit hoofdstuk staat de aanleiding van de vraag/probleem van de opdrachtgevers beschreven. Verder staat beschreven hoe de vraag van de opdrachtgevers verder is geanalyseerd, wat de huidige situatie van het probleem is en hoe de gewenste situatie is. Vervolgens wordt er een vraag- en doelstelling geformuleerd.

Binnen Rivas Waerthove is een CVA revalidatie afdeling aanwezig waarbij cliënten worden behandeld volgens de geriatrische revalidatie zorg (GRZ). *'Geriatrische revalidatiezorg is multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen na bijvoorbeeld een operatie of functionele achteruitgang. De zorg richt zich op verwacht herstel van functioneren en participatie.'* (Nederlandse zorgautoriteit, 2016). Sinds 1 januari 2013 moet er binnen de GRZ volgens het DBC-systeem (diagnose behandel combinatie) gedeclareerd worden. Declareren volgens het DBC-systeem houdt in dat er aan het einde van het revalidatietraject van de cliënt, alle zorgactiviteiten die uitgevoerd zijn in één keer worden gedeclareerd. Wanneer de uitgevoerde zorgactiviteiten bekend zijn bij de zorgverzekeraar wordt daar een DBC-zorgproduct aan gekoppeld. Een DBC-zorgproduct is opgebouwd uit een mix van de diagnose, het aantal verpleegdagen en het aantal behandeluren. Voor CVA zijn er 9 verschillende DBC-zorgproducten opgesteld waaruit geselecteerd kan worden. Elk DBC-zorgproduct heeft een prijs die vastgesteld is door de gemiddelde kosten van het DBC-traject. Hierdoor wordt niet elk consult of verpleegdag apart in rekening gebracht, maar wordt het DBC-zorgproduct betaald. Dit maakt dat in sommige gevallen dat de rekening lager is dan de werkelijk gemaakte kosten en in andere gevallen hoger (DBC onderhoud, 2014; Zorginstituut Nederland, 2016).

Binnen Rivas is er door de directie van Rivas zorggroep een zorgpad (Rivas Zorggroep, 2015) opgesteld voor de behandelaars in de CVA revalidatie om te zorgen dat er volgens DBC-systeem gehandeld wordt. Dit zorgpad is opgesteld, zodat er door Rivas binnen de eerste week inzicht verkregen wordt hoeveel verpleegdagen en behandeluren het waarschijnlijk kost om de cliënt te laten revalideren. Wanneer de verwachte verpleegdagen en behandeluren bekend zijn, wordt het DBC-zorgproduct dat hierop aansluit, aan de cliënt gekoppeld door Rivas. Deze koppeling naar het DBC-zorgproduct wordt in het begin al gemaakt door Rivas, zodat er naar het DBC-zorgproduct gehandeld kan worden binnen de revalidatie en niet bij elk traject de werkelijke gemaakte kosten hoger zijn dan de rekening van het DBC-zorgproduct. In dit zorgpad staat beschreven dat alle behandelaars (arts, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, psycholoog en diëtist) op de eerste dag een intake moeten doen. Echter is dit vermoeiend voor de cliënt en niet efficiënt, omdat er door verschillende behandelaars naar dezelfde informatie wordt gevraagd. Hierdoor moeten cliënten meerdere keren hetzelfde vertellen. Dat cliënten in de verschillende intakes hetzelfde moeten vertellen, kost de cliënten tijd, waardoor de behandeluren niet zo efficiënt als mogelijk worden benut. In de huidige situatie is er geen afstemming van welke zorgverlener welke informatie op doet. In de gewenste situatie is er een afstemming tussen de verschillende zorgverleners en de ergotherapie, zodat er niet meerdere keren naar dezelfde informatie gevraagd wordt, wat de efficiëntie van de beperkte behandeluren vergroot.

De ergotherapeutische intake wordt in de huidige situatie gedaan aan de hand van de kennis en ervaring van ergotherapeuten. Voor de ergotherapeutische intake is een inventarisatielijst (bijlage 2) opgesteld door de ergotherapeuten waarin de participatie en de woning in worden bevraagd. Deze inventarisatielijst wordt vaak al ingevuld door de cliënt of het cliëntensysteem, voordat de ergotherapeut de intake afneemt. Aan de hand van de informatie uit de inventarisatielijst stelt de ergotherapeut aanvullende vragen om de informatie over participatie en de woning van de cliënt te verkrijgen. Er is in de huidige situatie niet bekend of dit kwalitatief de beste en meest efficiënte manier is om een ergotherapeutische intake vorm te geven.

Bovenstaande beschrijving en analyse van de huidige situatie leidt tot de volgende doelstelling en hoofdvraag met bijbehorende deelvragen.

De onderzoeksdoelstelling luidt als volgt:

In de gewenste situatie wordt de ergotherapeutische intake efficiënter, cliëntgerichter en afgestemd op de andere zorgverleners vormgegeven aan de hand van het laatst beschikbare bewijs, waardoor er behandelingen voor de cliënt overblijven waarin therapie gegeven kan of verdere observatie gedaan kan worden, wat de kwaliteit van de ergotherapeutische behandeling verbetert.

Naast de onderzoeksdoelstelling is er een centrale vraag geformuleerd voor het onderzoek:

Wat is volgens de literatuur, de ergotherapeuten, andere zorgverleners en cliënten/cliëntsystemen kwalitatief de beste, de meest efficiënte en de meest cliëntgerichte manier om een ergotherapeutische intake bij CVA-cliënten boven de 65 jaar vorm te geven?

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden, zullen onderstaande deelvragen worden beantwoord:

1. Wat is volgens de literatuur kwalitatief de beste manier om de ergotherapeutische intake efficiënt en cliëntgericht vorm te geven bij revalidatie van cliënten boven de 65 jaar met een CVA?
2. Welke informatie vinden de ergotherapeuten belangrijk om te verkrijgen bij de ergotherapeutische intake?
3. Wat verwachten andere zorgverleners van de informatie die de ergotherapeut verkrijgt tijdens de ergotherapeutische intake?
4. Wat vinden de cliënten meest efficiënte en cliëntgerichte manier van informatie verschaffen voor een ergotherapeutische intake?

De volgende definities worden tijdens het onderzoek gehanteerd:

- **CVA cliënten:** Cliënten, ouder dan 65 jaar, die een CVA hebben doorgemaakt en revalideren met uitzicht op terugkeer naar huis.
- **Ergotherapeutische intake:** Dit is een gespreksvorm waarbij de volgende aspecten worden geïnventariseerd:
 - o Het participeren van de cliënt in de samenleving voordat de cliënt de CVA doormaakte.
 - o De woning: is deze geschikt om in terug te keren en wat er nog mogelijk is qua aanpassingen?
 - o Wat de cliënt moet kunnen om terug te keren naar het niveau van participeren voor opname.

2. Methode

In dit hoofdstuk wordt de methode van de literatuurstudie en het praktijkonderzoek beschreven. Hierin staat beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd en welke afwegingen zijn gemaakt in het maken van deze keuzes.

2.1 Literatuurstudie

2.1.1 Hoofdvraag

Wat is volgens de literatuur kwalitatief de beste manier om de ergotherapeutische intake efficiënt en cliëntgericht vorm te geven bij revalidatie van cliënten boven de 65 jaar met een CVA?

2.1.2 Deelvragen

1. Welke instrumenten/methodes zijn er om de participatie voor de CVA te inventariseren in een intake bij cliënten boven de 65 jaar met een CVA?
2. Welke instrumenten/methodes zijn er om een woninginventarisatie vorm te geven in een intake bij cliënten boven de 65 jaar met een CVA?
3. Wat zijn de overwegingen om instrumenten/methodes voor het inventariseren van de participatie en de woning in een intake te gebruiken?

2.1.3 Zoektermen

In onderstaande tabel worden de termen beschreven die gebruikt zijn tijdens het zoeken naar literatuur.

Nederlands	Synoniemen	Engels
CVA	Beroerte, herseninfarct, hersenbloeding	Stroke, cerebrovascular accident, CVA
Intake	Kennismaking, inventarisatie	Intake, Inventory
Ergotherapie		Occupational therapy
Revalidatie		Revalidation, Rehabilitation
Cliëntgericht		Client centered
Omgeving		Environment
Participatie		Participation
Woning	Huis	Living, home
Instrument		Instrument

2.1.4 Databanken

Met de zoektermen, gecombineerd met 'AND' en 'OR', is gezocht in de volgende databanken: Cinahl complete, Cochrane library, Pubmed, Google scholar en HBO-kennisbank (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-van Doorn, & Rosendal, 2015).

2.1.5 Criteria literatuur

Om literatuur te selecteren die betrouwbaar zijn en bijdragen aan het onderzoek, zijn inclusiecriteria opgesteld:

- Artikelen, boeken, protocollen, rapporten, onderzoeken, betrouwbare sites en richtlijnen;
- Engels- of Nederlandstalige documenten;
- Artikelen van maximaal 20 jaar oud;
- Full-tekst artikelen.

2.2 Praktijkonderzoek

2.2.1 Data verzameling

2.2.1.1 Focusgroep

Om informatie te verkrijgen over de deelvragen *‘Welke informatie vinden de ergotherapeuten belangrijk om te verkrijgen bij de ergotherapeutische intake?’* en *‘Wat verwachten andere zorgverleners van de informatie die de ergotherapeut verkrijgt tijdens de ergotherapeutische intake?’* is kwalitatief onderzoek gedaan middels een focusgroep. *‘Kwalitatief onderzoek is vaak gericht op ervaringen, meningen, verwachtingen en de beleving van de persoon’* (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-van Doorn, & Rosendal, 2015). De informatie die nodig is om deze vraag te beantwoorden is gericht op de meningen en ervaringen van andere professionals.

Er is voor een focusgroep gekozen, omdat er dan een discussie tussen de geïnterviewde kan ontstaan, waarin de verschillende zorgverleners op elkaar kunnen reageren. Deze discussie maakt dat er diepgang wordt gecreëerd die met één op één interviews niet behaald zullen worden (Slocum, 2006). Verder is een focusgroep een methode waarmee de wensen en behoeften worden verkregen van de geïnterviewde (Kahrimanovic, 2016). Met de informatie over de behoeftes van de ergotherapeuten en de overige zorgverleners, zal antwoord gegeven kunnen worden op de deelvragen.

Omdat de professionals elkaar kennen en met elkaar samenwerken, is er een discussie ontstaan die diepgang heeft gecreëerd. Hierdoor is er extra informatie opgedaan, omdat er doorgedaan werd op de meningen van andere professionals. De interviewer heeft in deze focusgroep aangegeven wat er verwacht werd, vragen gesteld voor diepgang en de kaders van de focusgroep bewaakt. De arts kon niet aanwezig zijn, maar de informatie van de focusgroep is besproken met de arts en zij heeft deze informatie waar nodig aangevuld. Als voorbereiding van de focusgroep is een vragenlijst opgesteld, deze vragenlijst staat beschreven in bijlage 3. De focusgroep is vormgegeven aan de hand van de adviezen uit de handleiding van het Vlaams instituut voor wetenschappelijk en technologisch aspectenonderzoek (Slocum, 2006).

De volgende zorgverleners hebben deelgenomen aan de focusgroep (de rolverdeling van de focusgroep staat in bijlage 4):

- 2 ergotherapeuten.
- 1 fysiotherapeut.
- 1 logopedist.
- 1 psycholoog.
- 1 zorgregisseur (hoofdverpleegkundige).

2.2.1.2 Vragenlijst cliënten en cliëntensystemen

Om antwoord te krijgen op de deelvraag *‘Wat vinden de cliënten meest efficiënte en cliëntgerichte manier van informatie verschaffen voor een ergotherapeutische intake?’* is kwantitatief onderzoek gedaan middels vragenlijsten (zie bijlage 5) afgenomen. Er is voor een vragenlijst gekozen in plaats van interviews, omdat er op deze manier meer cliënten bereikt kunnen worden. Ook is er niet gekozen voor een focusgroep zoals bij de zorgverleners, omdat dit mentaal veel vraagt van de cliënten en de cliënten elkaar niet goed kennen, wat een discussie in de weg kan staan.

Er waren 10 respondenten op de vragenlijst en deze vragenlijsten zijn mondeling afgenomen, zodat er verduidelijking gegeven kan worden op de vragen en doorgevraagd kon worden waar nodig. Hiervoor is gekozen, omdat er cliënten met CVA bevraagd zijn waarbij nog niet zeker was of er cognitieve belemmeringen waren die het deelnemen aan het onderzoek zouden bemoeilijken. De cliënten zijn door de onderzoeker geselecteerd, zodat de cliënten die het mentaal niet aankunnen om extra belast te worden, niet benaderd zijn. Verder is er geen criteria gehanteerd waar de cliënt aan moet voldoen, omdat het onderzoek anders beïnvloed zou worden. In de vragenlijst zijn nominale en ordinale meetniveaus verwerkt (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-van Doorn, & Rosendal, 2015).

2.2.2 Data analyse

2.2.2.1 Focusgroep

De focusgroep bijeenkomst is opgenomen en samengevat. Er is gekozen om het samen te vatten i.p.v. transcriberen, zodat er tijd extra was voor eventuele diepte-interviews of een tweede bijeenkomst van de focusgroep. De onderliggende informatie uit de focusgroep is hierin niet belangrijk (kuchen, lachen, etc.), omdat er geen reden was om dingen niet te vertellen of te liegen. Wel is er bij de focusgroep zelf en het samenvatten gelet worden op de hoeveelheid inbreng van de verschillende zorgverleners (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-van Doorn, & Rosendal, 2015).

Deze samenvatting is binnen een week na het interview gemaakt en de audio opname zal maximaal een maand bewaard blijven. Er is een membercheck uitgevoerd om te controleren dat de informatie op de juiste manier is geïnterpreteerd (Kahrimanovic, 2016; Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-van Doorn, & Rosendal, 2015).

De analyse is gedaan door te coderen aan de hand van de vragenlijst uit de voorbereiding van de focusgroep. De beschrijving is gedaan aan de hand van topicvragen die vooraf bepaald zijn, de framework approach. De gegevens worden geanalyseerd en beschreven aan de hand van de volgende topicvragen:

1. Welke zorgverleners nemen er standaard een intake af bij de opname van een CVA cliënt?
2. Welke informatie willen de ergotherapeuten verkrijgen bij de intake? En wie doet deze informatie nog meer op en met welke reden?
3. Wat is de mening over de informatie die nu op gedaan wordt door de ergotherapie?
4. Welke informatie mist er nog uit de ergotherapeutische intake?
5. Hoe staan de zorgverleners die standaard een intake afnemen tegenover een gezamenlijke intake?
6. Afstemming van wie welke informatie gaat verkrijgen in de eerste week

2.2.2.2 Vragenlijst cliënten en cliëntsystemen

De analyse is gedaan door middel van de vragenlijst in twee delen te splitsen. Deel 1 (de eerste 4 vragen) zijn vragen over de intake zoals die is afgenomen bij de respondent. Deel 2 (de laatste 4 vragen) zijn vragen over hoe de intake anders vormgegeven zou kunnen worden en hoe de respondent over deze mogelijke aanpassingen denkt.

De vragenlijsten zijn uitgewerkt in tabellen en grafieken. Dit is gedaan door middel van het aantal antwoorden dat gegeven is uit te werken in een document. De antwoorden van de vragenlijsten zijn in een cirkeldiagram verwerkt. Hierdoor wordt in één oogopslag duidelijk wat de resultaten zijn. Omdat er maar 10 respondenten waren, is de analyse van de gegevens niet gedaan via een ordeningsprogramma, als SPSS of Excel, omdat dit geen meerwaarde heeft bij een kleine onderzoeksgroep (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-van Doorn, & Rosendal, 2015).

3. Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten beschreven van de literatuurstudie en het praktijkonderzoek. Deze zijn per methode beschreven. Aan de hand van deze resultaten zal er een conclusie beschreven worden die uit het onderzoek getrokken is.

3.1 Literatuurstudie

Informatie per instrument staat beschreven in bijlage 6.

3.1.1 Participatie

CMOP: De COPM houdt de behandeling voor de cliënt gestructureerd, omdat er direct een behandelplan gemaakt wordt aan de hand van een top-5 van de ervaren belemmeringen van de cliënt. Hierdoor weet de cliënt direct waar hij aan toe is en is dit direct afgestemd met de cliënt, wat in de toekomst tijd bespaart. Er komen voornamelijk problemen op ADL en wonen naar voren, iets wat de ergotherapeut volgens het zorgpad van Rivas moet inventariseren. Uit onderzoek blijkt dat de COPM een positief effect heeft op participatie van CVA cliënten na revalidatie. Verder blijkt uit onderzoek naar de COPM, dat de COPM in vergelijking met andere instrumenten, de tevredenheid van het resultaat van cliënten na de behandeling groter is. Dit komt doordat er bij het afnemen van de COPM een behandelplan gemaakt wordt, wat structuur biedt voor het gehele revalidatietraject. Uit onderzoek blijkt ook dat de COPM het meest cliëntgericht is, omdat deze voornamelijk ingaat op de problemen die ervaren worden door de cliënt. Wel kost het afnemen veel tijd (60 á 90 minuten) en is het voor cliënten in de acute fase vaak moeilijk in te schatten waar ze problemen mee hebben, omdat ze er nog geen ervaring mee hebben (Wressle, Eeg-Olofsson, Marcusson, & Hendriksson, 2002; Nieuwenhuizen, Groot, Janssen, Maas, & Beckerman, 2014; Phipps & Richardson, 2007; Steultjens, Cup, Zajec, & Hees, 2013; Salter PhD (cand.), et al., 2013; Commissie CVA-Revalidatie, 2001).

ACS: Goed te gebruiken bij mensen met een afasie, depressie of minder intellectuele cliënten, omdat er gebruik gemaakt wordt van plaatjes. De ACS kan onderscheidt maken tussen niveau van handelen. Echter moeten er vaak nog aanvullende vragen worden gesteld voor verduidelijking, waardoor het langer duurt dan alleen het afnemen. Verder moet er een cursus gedaan worden en moet het instrument aangeschaft worden, dit is €700, - in totaal. De ACS wordt voornamelijk gezien als een aanvulling op andere instrumenten voor intakes. Een nadeel van ACS is dat ADL niet meegenomen is in het instrument, waardoor deze als nog bevraagd moet worden. Dit blijkt uit een onderzoek waarbij verschillende ergotherapeuten is gevraagd de ACS af te nemen en daarna de bevinden te beschrijven (Derricks & Groot, Activity card sort, achtergrond informatie, 2008; Derricks & Groot, Activity card sort, handleiding, 2008; Steultjens, Cup, Zajec, & Hees, 2013; Gezondheid, 2016).

OPHI-II: De OPHI-II is makkelijk uit te voeren voor ergotherapeuten. Dit blijkt uit een onderzoek van Kielhofer. Alleen is er niet aangetoond dat hij werkt bij CVA. Verder kost het afnemen ongeveer anderhalf uur, zonder dat er binnen die tijd doelen zijn gesteld. In de subacute fase kan het voor de cliënt overigens confronterend zijn. Doordat het lang duurt wordt er aangeraden de OPHI-II alleen te gebruiken als er een lang traject aangegaan wordt (Kielhofner & Henry, 1988; Kinébanian & Granse, 2006; Steultjens, Cup, Zajec, & Hees, 2013).

EQ5D, LIFE-H, LHS, SIS en SSQOL: Dit zijn instrumenten die de cliënt zelfstandig invult. Deze instrumenten zijn gericht op de informatie die opgedaan moet worden volgens het zorgpad van Rivas en het boek: 'Occupational therapy and stroke'. Bij deze instrumenten moeten verdiepende vragen gesteld worden, waardoor het vaak lang duurt om het in zijn geheel af te nemen en uit te werken. Deze instrumenten kunnen wel goed als voorbereiding dienen voor een interview zoals de COPM of de OPHI-II. Deze instrumenten zijn nog niet beschikbaar in het Nederlands, wat de implementatie

binnen Rivas bemoeilijkt (Rivas Zorggroep, 2015; Coupar, et al., 2010; Rehabilitation measures database, 2016).

NHP en SA-SIP-30: Deze instrumenten kunnen zowel afgenomen worden door de ergotherapeut als zelfstandig ingevuld worden door de cliënt. Deze instrumenten zijn gericht op de informatie die opgedaan moet worden volgens het zorgpad van Rivas en het boek: 'Occupational therapy and stroke'. Een nadeel van de NHP is dat de vragen die gesteld worden voornamelijk zijn gericht op jongeren ouderen, waardoor deze minder betrouwbaar is wanneer deze bij de doelgroep van het onderzoek wordt afgenomen. De SA-SIP-30 duurt vrij lang om uit te werken (20 minuten), zonder dat er dan verdiepende vragen gesteld zijn, die vaak nodig zijn bij dit instrument. Deze instrumenten zijn nog niet beschikbaar in het Nederlands, wat de implementatie binnen Rivas bemoeilijkt. Deze instrumenten kunnen wel goed als voorbereiding dienen voor een interview zoals de COPM of de OPHI-II (Rivas Zorggroep, 2015; Coupar, et al., 2010; Salter PhD (cand.), et al., 2013).

3.1.2 Woning

De HACE: De ergotherapeut hoeft niet aanwezig te zijn bij het invullen van de HACE wat behandeluren bespaart. Uit onderzoek blijkt dat het een duidelijk instrument is, die de cliënt, eventueel met hulp van een naast betrokken, in kan vullen. Hij is niet in het Nederlands beschikbaar, waardoor deze niet als instrument afgenomen kan worden bij de cliënten, maar er alleen onderdelen uit gehaald kunnen worden. Deze onderdelen zouden dan vertaald moeten worden door de ergotherapeuten. In de huidige inventarisatielijst van de ergotherapeuten van Rivas zitten al delen van de HACE verwerkt (Keysor, Jette, & Haley, 2005; Keysor J. , 2008; Steultjens, Cup, Zajec, & Hees, 2013).

Huisbezoek: Huisbezoeken hebben als voordeel dat de therapeuten gelijk zien waar de cliënten moeite mee hebben of kunnen hebben. Uit onderzoek blijkt dat ergotherapeuten het een fijne methode vinden om de woning te inventariseren. Volgens de Nederlandse vereniging voor ergotherapie (NVE) is een huisbezoek noodzakelijk als de cliënt zelfstandig of gedeeltelijk met hulp kan wonen. Bij een huisbezoek kunnen er problemen naar voren komen die niet beschreven zijn in de HACE, omdat deze daar niet in voorkomen of omdat de cliënten niet weet dat dit een belemmering is. Echter kost het veel behandeluren uit het DBC-zorgproduct. Verder blijkt uit onderzoek dat sommige ergotherapeuten niet altijd meer waarde heeft op de kennis die er al is en dat het vanuit sommige organisatie niet kan, omdat het te duur is (reistijd die niet gedeclareerd kan worden) (Drummond, Whitehead, Fellows, Edwards, & Sprigg, 2012; Stroke association, 2016; Rooker & Ven, 2001).

3.1.3 Conclusie literatuurstudie

Uit de literatuur kwam naar voren dat de COPM in zijn geheel afgenomen het beste en meest efficiënt zou zijn bij CVA cliënten. De COPM wordt, van alle instrumenten die gebruikt kunnen worden bij CVA revalidatie volgens de literatuur, het meeste genoemd (3 richtlijnen voor CVA revalidatie). Echter duurt het afnemen hiervan 60 á 90 minuten, zonder dat de woning hierbij is geïnventariseerd. Dit is te lang binnen de GRZ, omdat dit te veel behandeluren zou kosten uit het DBC-zorgproduct. Een top-5 van de belemmeringen en doelen opstellen zijn delen die toegevoegd kunnen worden aan de huidige ergotherapeutische intake. Een vergelijking tussen de HACE of een huisbezoek wordt niet gemaakt in de literatuur, omdat deze methode veel van elkaar verschillen. Hierdoor zal per cliënt bekeken moeten worden of een huisbezoek gewenst is naast de informatie uit de inventarisatielijst (HACE).

3.2 Praktijkonderzoek

3.2.1 Focusgroep: Welke informatie willen de ergotherapeuten en verwachten de andere zorgverleners?

Samenvatting van de focusgroep staat beschreven in bijlage 7.

1. *Welke zorgverleners nemen er standaard een intake af bij de opname van een CVA cliënt?*

Naast de ergotherapeuten nemen alle andere deelnemende zorgverleners, op de psycholoog na, een intake af. De verpleging neemt de intake als eerste af om de situatie van de cliënt globaal te inventariseren (woning, functioneren, mobiliteit). De artsen doen dit de eerste dag om de medische situatie rond de cliënt door te nemen en lichamelijke testen te doen. De fysiotherapie neemt de intake de eerste dag af om de mobiliteit en de woning te inventariseren om doelen te stellen en een behandelplan te maken. De logopedie inventariseert in de eerste week de mogelijke slik- en spraakproblemen.

2. *Welke informatie willen de ergotherapeuten verkrijgen bij de intake? En wie doet deze informatie nog meer op en met welke reden?*

De ergotherapeuten willen tijdens de intake informatie over de woning en het participeren van de cliënt (functioneren binnen de context van de cliënt). Over het participeren willen de ergotherapeuten weten waarin de cliënt nog zelfstandig was, waarbij de cliënt geholpen werd en of er mantelzorgers zijn. Over de woning willen de ergotherapeuten te weten komen in wat voor een huis de cliënt woont, hoe de cliënt in de woning kan komen, of er aanpassing in de woning aanwezig zijn en wat er nog bereikt kan worden met externe compensatie. Aan de hand van deze informatie kan de ergotherapeut een beschrijving maken van het handelen van de cliënt.

De fysiotherapeuten verzamelen ook informatie over de woning om tot doelen te komen met de cliënt. Omdat zij moeten wat de cliënten minimaal weer moet kunnen om terug te keren naar huis. De verpleging en de psychologen vragen ook naar de participatie van de cliënt. De verpleging, omdat dit ingevuld moet worden volgens het protocol en de psycholoog om de cognitie in kaart te brengen van de cliënt qua ziekte inzicht en geheugen.

3. *Wat is de mening over de informatie die nu op gedaan wordt door de ergotherapie?*

De inhoud van de intake wordt grotendeels als goed bevonden door de andere zorgverleners. Alleen de rapportage is vrij groot, waardoor de essentie er moeilijk uitgehaald kan worden. De informatie die voor andere zorgverleners nodig is, is op dit moment moeilijk te vinden uit de rapportage.

De fysiotherapie geeft aan dat wanneer de ergotherapeuten hun intake gedaan hebben, zij al grotendeels hun behandelplan kunnen maken (op wat de cliënt zelf wilt na). Maar dit zou in een kort vraaggesprek bevestigd kunnen worden. *“Wij moeten altijd ook een stukje van de woning in kaart brengen om te weten of de cliënt drempels heeft of trap moet lopen. Dit zijn essentiële aspecten om de doelen op af te stemmen. Als wij de informatie uit jullie intake al hebben, hoeven we dat deel niet meer te bevragen.”*

4. *Welke informatie mist er nog uit de ergotherapeutische intake?*

Een conclusie van de intake met informatie voor de andere zorgverleners, zodat er in één oogopslag de gegevens die de andere zorgverleners nodig hebben terug te vinden zijn. *“Op dit moment is het moeilijk terug te vinden wat er nou precies uit de intake is gekomen. Op dit moment mis ik dus een korte conclusie met deze gegevens.”* In de huidige situatie wordt nog niet beschreven wie er allemaal aanwezig zijn geweest tijdens de intake. Dit zou een aanvulling zijn, zodat de betrouwbaarheid geïnterpreteerd kan worden door de andere zorgverleners.

Qua inhoud missen de logopedisten informatie over hulpmiddelen tijdens het eten, zoals aangepast bestek. Verder missen zij ook een korte indicatie van de communicatieve vaardigheden van de cliënt. De verpleging mist nog informatie over de benadering van de cliënten m.b.t. ondersteuning tijdens de zorgmomenten.

Over het algemeen wordt er een hetero anamnese gemist, zodat de informatie die de cliënt geeft ook geïnventariseerd wordt bij het cliëntsysteem. De ergotherapeuten geven aan dat dit in de huidige situatie afhangt of er iemand anders dan alleen de cliënt aanwezig is bij de intake. Maar dat deze niet standaard wordt afgenomen. Verder is het wel zo dat de inventarisatielijst vaak ingevuld wordt door een contactpersoon van de cliënt, waardoor de hetero anamnese op papier staat.

5. Hoe staan de zorgverleners die standaard een intake afnemen tegenover een gezamenlijke intake?

De zorgregisseur geeft aan dat zij ook veel van cliënt terug krijgt dat ze het vervelend vinden dat er veel verschillende intakes zijn waarin zij hetzelfde moeten vertellen of hetzelfde gevraagd wordt. De cliënten geven aan dat het te vermoeiend is om alle intakes op de eerste dag te hebben. Verder geeft de fysiotherapie aan dat, wanneer zij de transfer bekijken op de eerste dag, dit vaak niet overeenkomt met hoe de cliënt is. Dit komt, omdat de cliënt de eerste dag vermoeid is, wat maakt dat er geen goed beeld ontstaat van het handelen van de cliënt.

De zorgverleners positief tegenover één gezamenlijke intake op de eerste dag, zodat de cliënt dan maar één gesprek heeft op de eerste dag, wat het minder vermoeiend maakt voor de cliënt. Deze intake zou dan gedaan moeten worden door de ergotherapie en de zorg.

6. Afstemming van wie welke informatie gaat verkrijgen in de eerste week.

Ergotherapie voert de intake samen met de zorg uit op de eerste dag. Dit moet ook de eerste dag gerapporteerd worden, zodat de andere zorgverleners deze informatie kunnen gebruiken als voorbereiding op hun intake. Hierbij wordt ook de transfer teruggekoppeld naar de fysiotherapie. Ook moet in de rapportage van de ergotherapeutische intake beschreven worden hoe de cliënt drinkt voor de logopedie. De andere zorgverleners voeren de intake uit in de rest van de week, het liefste de tweede dag. Deze afstemming is direct geïmplementeerd als verandering binnen het zorgpad. Uit de implementatie blijkt dat deze volgorde van de intakes een positief effect heeft op de efficiëntie van de behandelingen van de cliënt. De fysiotherapeuten hebben van de 5 intakes, die zijn afgenomen na de implementatie, gemiddeld 15 minuten minder nodig voor de intake. De andere zorgverleners merken nog geen verschil qua tijd.

3.2.2 Conclusie focusgroep

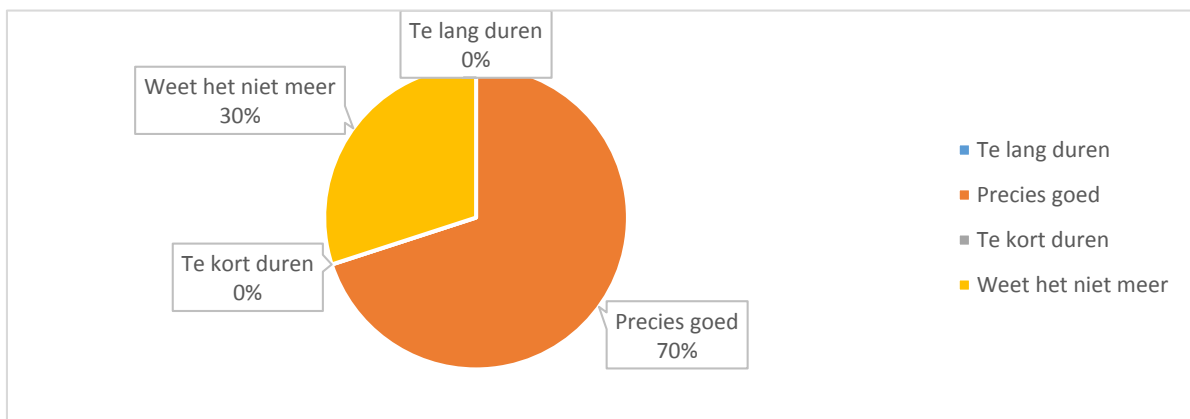
De ergotherapeuten willen informatie over de participatie en de woning van de cliënt. Er is een overlap tussen de gegevens die worden verzameld door de verschillende zorgverleners, waardoor cliënten meerdere keren hetzelfde moeten vertellen. De huidige ergotherapeutische intake wordt inhoudelijk grotendeels goed bevonden door de overige zorgverleners. Echter worden de communicatieve vaardigheden van de cliënt, aanpassingen m.b.t. het eten, rolstoelafhankelijkheid en een hetero anamnese gemist in de intake van de ergotherapie. De fysiotherapeuten, verpleegkundige en de psychologen gebruiken informatie uit de ergotherapeutische intake als voorbereiding op de intake die zij afnemen. Er is een afstemming bereikt tussen de verschillende zorgverleners m.b.t. het zorgpad: de ergotherapie en de zorgregisseur nemen, naast de arts, als enige zorgverleners de intake op de eerste dag gezamenlijk af, zodat de andere zorgverleners de ergotherapeutische intake als voorbereiding kunnen gebruiken. Deze volgorde van intakes lijkt efficiënter, getuigen de 5 opnames na de implementatie.

3.2.3 Vragenlijsten bij de cliënt: Wat vinden de cliënten de meest efficiënte manier van een intake?

De gegevens uit de vragenlijsten zijn beschreven aan de hand van de vragen uit de vragenlijst. Deze gegevens worden versterkt door de cirkeldiagrammen. Het eerste deel zijn 4 vragen die gericht zijn op de intake zoals deze is afgenomen bij de respondent. Het tweede deel is gericht op de resultaten van de literatuurstudie en zijn 4 vragen over hoe de huidige intake anders zou kunnen of aangevuld kan worden. Omdat uit de literatuur naar voren kwam, dat vooral de top-5 en het behandelplan opstellen als prettig wordt ervaren door de cliënt, zijn alleen deze onderdelen van de COPM bevraagd in de vragenlijst bij de cliënten.

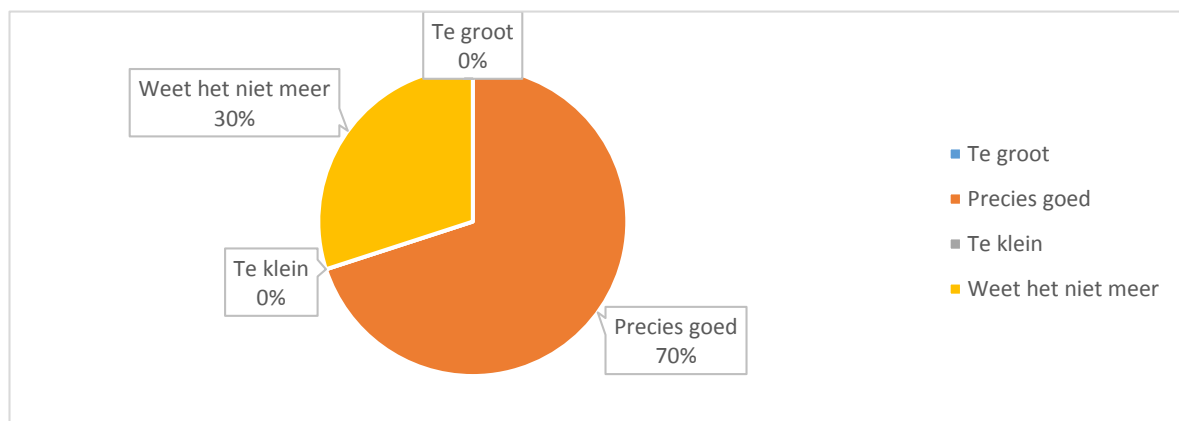
- Vraag 1: Ik vond de intake:

De duur van de huidige intake is goed volgens de respondenten. Hiervan gaf 70% (n=7) aan dat zij de duur van de huidige intake precies goed vonden op deze manier. 30% (n=3) van de respondenten gaf aan dat zij de afgenomen intake niet meer kunnen herinneren. Geen van de respondenten gaf aan dat zij de intake te kort of te lang vonden duren. Van de respondenten die de intake konden herinneren gaf 100% aan dat zij de duur van de intake precies goed vonden.



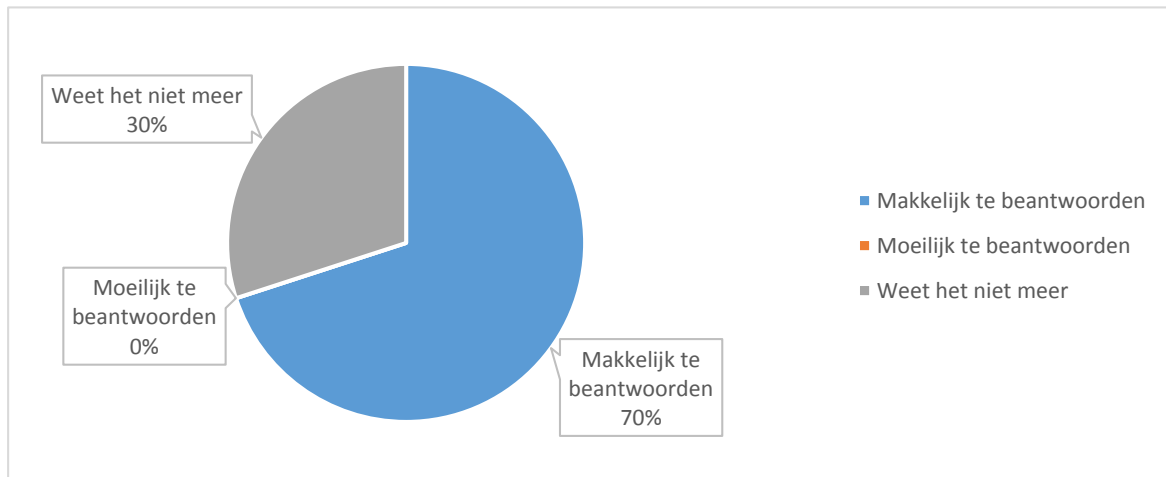
- Vraag 2: Ik vond het aantal vragen tijdens de intake:

Het aantal vragen tijdens de intake was precies goed volgens 70% (n=7) van de respondenten. De andere 30% (n=3) van de respondenten kon zich de intake niet meer herinneren. Van de respondenten die de intake konden herinneren gaf dus 100% aan dat het aantal vragen precies goed was. Respondenten gaven hierbij voornamelijk aan dat zij het aantal vragen precies goed vonden, omdat het hen niet heel veel uit maakt, als maar alles goed geïnventariseerd wordt.



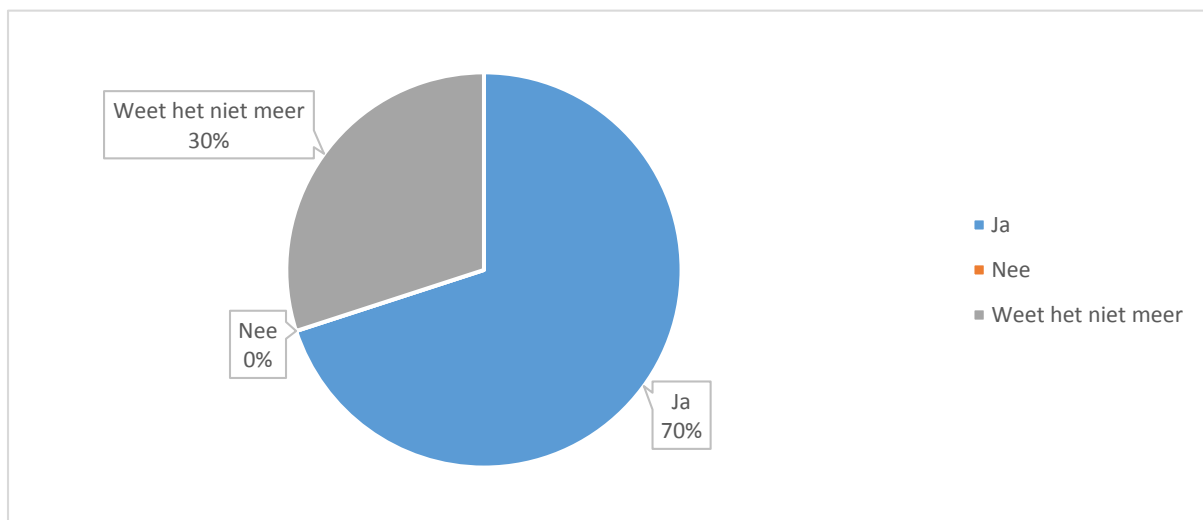
- *Vraag 3: Ik vond de vragen tijdens de intake:*

Op de vraag of de vragen tijdens de intake moeilijk of makkelijk te beantwoorden waren, gaf 70% (n=7) van de respondenten aan dat zij de vragen makkelijk te beantwoorden vonden. De andere 30% (n=3) gaf aan dat zij de intake niet meer konden herinneren. Geen van de respondenten heeft de vragen tijdens de intake als moeilijk ervaren. Van de respondenten die de intake konden herinneren vond 100% de vragen makkelijk te beantwoorden. De respondent gaven vooral aan dat zij het makkelijk vonden, omdat het over de situatie van zichzelf ging en dat de vragen duidelijk gesteld werden.



- *Vraag 4: Heeft u alles kunnen vertellen tijdens de intake:*

Van de respondent gaf 70% (n=7) aan dat zij alles hebben kunnen vertellen wat zij wilden vertellen tijdens de intake. De andere 30% (n=3) van de respondent gaf aan dat zij zich de intake niet meer konden herinneren. Niemand gaf aan dat zij niet alles hebben kunnen vertellen. Van de respondenten die zich de intake konden herinneren, gaf dus 100% aan dat zij alles hebben kunnen vertellen wat zij wilden vertellen.



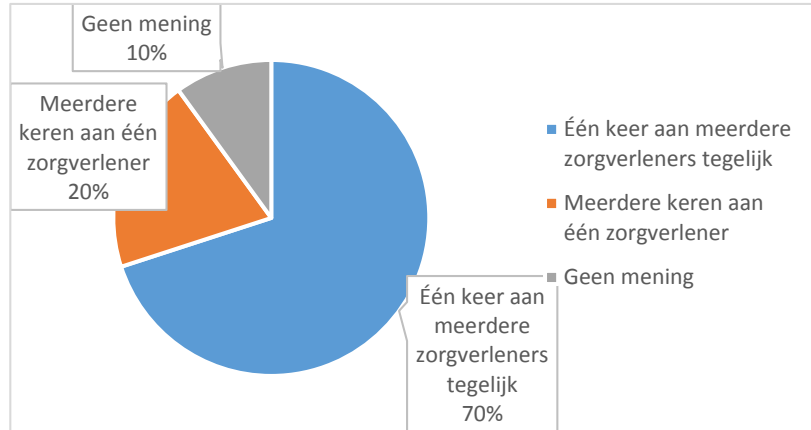
- *Vraag 5: Ik vertel mijn verhaal liever aan:*

Deze vraag is ter indicatie of de intake met meerdere zorgverleners tegelijk kan, omdat dit aangegeven is als mogelijke oplossingsrichting door de opdrachtgever.

Dit was een stelling vraag over de volgende twee stellingen:

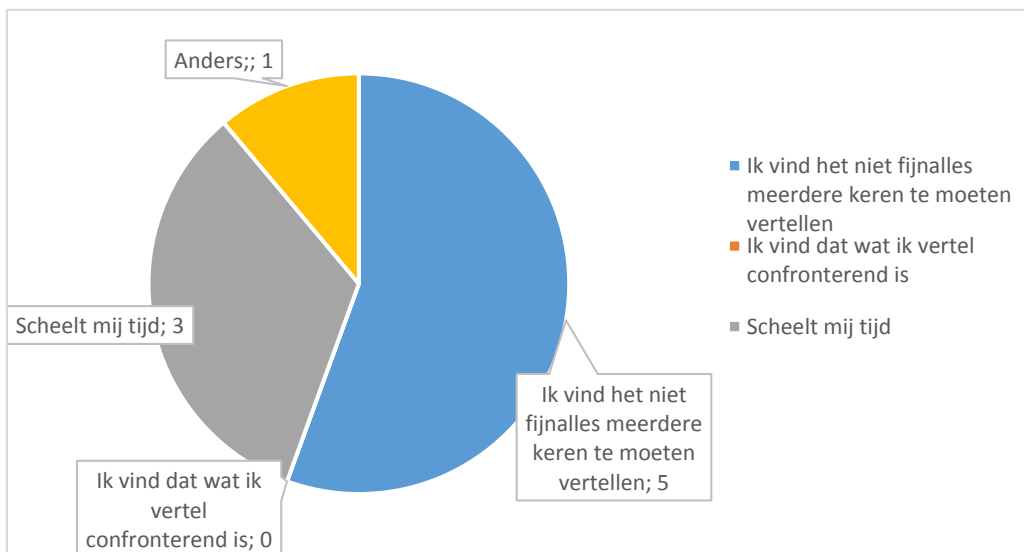
1. Ik vertel mijn verhaal liever één keer aan meerdere zorgverleners, omdat:
2. Ik vertel mijn verhaal liever meerdere keren aan één zorgverlener, omdat:

Bij deze stelling gaf 70% (n=7) van de respondenten aan dat zij hun verhaal liever één keer vertellen aan meerdere zorgverleners tegelijk. Hierbij gaf 20% (n=2) aan dat zij liever hun verhaal meerdere keren vertellen aan één zorgverlener. 10% (n=1) heeft geen mening over deze stelling en maakte het niet uit.



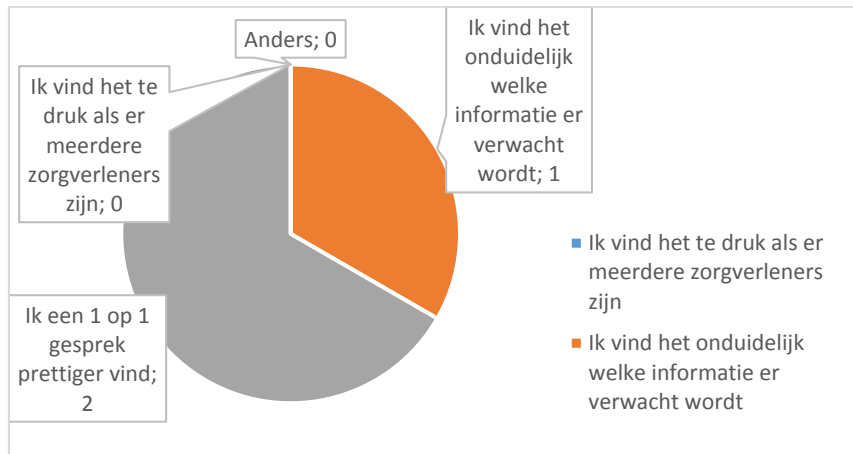
Redenen voor één keer aan meerdere zorgverleners

Van de respondenten die aan hebben gegeven dat zij hun verhaal liever één keer vertellen aan meerdere zorgverleners (n=7), is gevraagd naar de reden van deze keuze (meerdere opties waren mogelijk). Hierbij is 5 keer aangegeven dat de cliënt dit prettiger lijkt, omdat zij het niet fijn vinden alles meerdere keren te moeten vertellen. *“Ik ben niet zo’n prater.”* Is een veel benoemde reden waarom respondent het niet prettig vonden om meerdere keren hun verhaal te moeten doen. Van de respondenten gaven ook 3 aan dat het tijd scheelt. Eén maal werd aangegeven dat het een andere reden was, namelijk: *“Ik ben wat vergeetachtig geworden, waardoor ik dingen anders kan vertellen als ik het meerdere keren moet vertellen.”*. Geen van de respondenten had als redenatie dat zij het confronterend vinden om hun verhaal te vertellen.



Redenen voor meerdere keren aan één hulpverlener

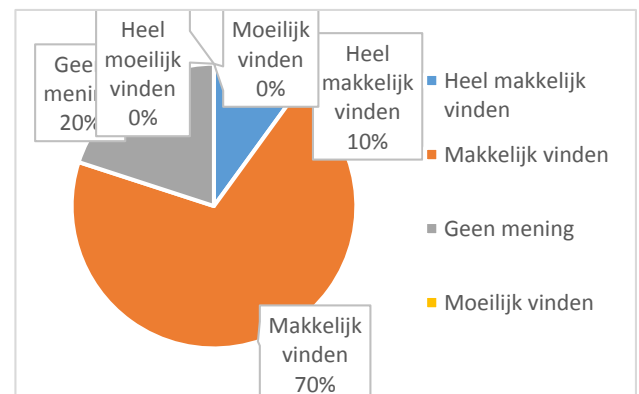
Van de twee respondenten die aan hebben gegeven hun verhaal liever meerdere keren aan één zorgverlener te vertellen, gaven beide respondenten aan dat dit komt, omdat zij een één op één gesprek prettiger vinden. Ook gaf één van de respondenten aan dat hij/zij het met meerdere zorgverleners onduidelijk is welke informatie er verwacht wordt. Dat meerdere zorgverleners bij elkaar te druk is werd niet als reden gegeven.



- *Vraag 6: Als ik een top 5 op zou moeten stellen van mijn moeilijkheden ten gevolge van mijn beroerte zou ik dit:*

Deze vraag is ter indicatie hoe cliënten de vragen uit de COPM zouden kunnen beantwoorden.

Van alle respondenten zou 70% (n=7) het makkelijk vinden om een top-5 op te stellen van de moeilijkheden die zij ervaren ten gevolgen van de CVA. 10% (n=1) zou het zelfs heel makkelijk vinden om deze top-5 op te stellen. De overige 20% (n=2) heeft geen mening of weet het niet. Niemand van de respondenten zou het moeilijk of heel moeilijk vinden.



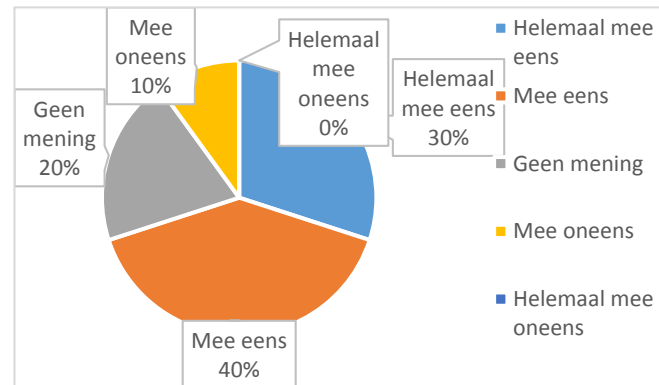
- *Vraag 7: Ik vind het fijn als er direct therapiedoelen gesteld worden tijdens de intake van de ergotherapie?*

Deze vraag is ter indicatie hoe cliënten de vragen uit de COPM zouden kunnen beantwoorden.

Van de respondenten was 40% (n=4) het eens met deze stelling. 30% (n=3) was het helemaal eens met deze stelling. Van de overige 30% gaf 20% (n=2) aan dat zij hier geen mening over hadden en 10% (n=1) gaf aan het hier mee oneens te zijn.

“Dan weet ik waar ik aan toe ben.” en “Dan is het inzichtelijk voor mijzelf.” waren redenties waarom de respondenten het ‘eens’ of ‘helemaal eens’ waren met deze stelling. De respondent die aangaf het niet eens te zijn met deze stelling gaf aan dat hij/zij dit te snel vind na één gesprek en dat er eerst nog meer onderzocht moet worden voordat er doelen opgesteld kunnen worden.

- Vraag 8: Welke stelling past het meeste bij u?



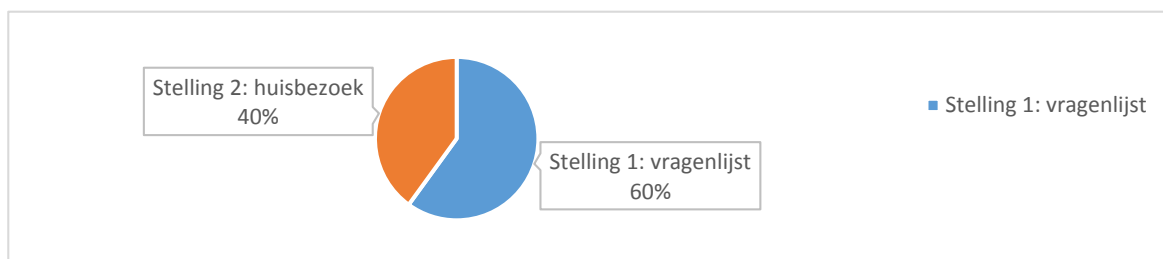
Deze vraag is ter indicatie voor de mening van de cliënten m.b.t. de woning inventarisatie (HACE of huisbezoek). Ook is de redenatie voor het antwoord bevraagd.

De stellingen waar de respondent uit kon kiezen waren:

1. Ik vul liever alleen een vragenlijst over mijn woning in, zodat ik extra behandeluren overhoudt, met de mogelijkheid dat mijn huis niet optimaal is aangepast.
2. Ik heb liever dat de ergotherapeut tijdens mijn opname bij mij thuis komt om de mogelijke belemmeringen te bekijken, zodat mijn huis optimaal aangepast is voor mijn terugkeer, ook al kost dit behandeluren.

Van de respondenten gaf 60% (n=6) aan liever een vragenlijst in te vullen over de woning, dan dat de ergotherapeut op huisbezoek komt, wat behandeluren kost. Redenties hiervoor waren dat de woning al voldoende aangepast was en hierbij geen moeilijkheden waren.

De andere 40% (n=4) gaf de voorkeur aan een huisbezoek boven een vragenlijst, ondanks dat dit behandeluren kost. Redenties hierbij waren dat zij willen dat hun huis 100% zeker goed is aangepast voor terugkeer naar huis, omdat zij dit niet zeker weten.



3.2.4 Conclusie vragenlijsten

De huidige intake wordt goed bevonden door de respondenten die de intake konden herinneren. Het aantal vragen en de tijdsduur is goed. De vragen zijn makkelijk te beantwoorden en de respondenten hebben alles kunnen vertellen. De intake kan met meerdere personen te gelijk gedaan worden in de toekomst, omdat de meeste respondenten dit niet erg vinden en het niet fijn vinden om hun verhaal meerdere keren te moeten vertellen. De huidige intake zou aangevuld kunnen worden met delen van de COPM, zoals in de literatuur aangeraden wordt. De delen die uit de literatuur komen die een intake efficiënter maakt kunnen worden toegevoegd, namelijk: een top-5 van de belemmeringen opstellen en direct een behandelplan opstellen. De respondenten vinden het belangrijk om te weten waar ze aan toe zijn na de intake. Of er na de vragenlijst (HACE) nog een huisbezoek plaats moet vinden, zou in samenspraak met de cliënt besloten moeten worden, om overeen te komen of de cliënt de behandeluren hieraan wil besteden.

4. Discussie

In dit hoofdstuk worden de sterke en zwakke kanten van het onderzoek beschreven en verantwoord.

Om de hoofdvraag te beantwoorden is vanuit meerdere perspectieven onderzoek gedaan: vanuit de literatuur, de verschillende zorgverleners en de cliënt. Dit maakt dat er een breed beeld is ontstaan over de beschikbare informatie over de intake bij cliënten met een CVA. Met de literatuurstudie is er een basis gelegd voor het onderzoek waar de kaders van het praktijkonderzoek in zijn bepaald. In het praktijkonderzoek is een focusgroep gehouden met de verschillende zorgverleners van Waerthove die betrokken zijn bij de revalidatie van CVA cliënten. Er zijn ook vragenlijsten afgenomen bij de cliënten om de meningen van de huidige intake te inventariseren en wat er eventueel anders zou kunnen.

Er zijn 10 respondenten op de vragenlijst. Hierom is gekozen om uit verschillende perspectieven te kunnen onderzoeken. Om deze reden fungeert het antwoord op de vraag slechts als indicatie. Om een betrouwbaarder antwoord te kunnen geven zou een grotere groep respondenten moeten worden benaderd. De respondenten van de vragenlijsten zijn geselecteerd door de onderzoeker, waardoor niet iedere opgenomen CVA-clieñten bevraagd is. Dit is gedaan om de cliënt die het mentaal niet aankunnen om, naast de intakes ook nog een vragenlijst te beantwoorden, niet extra te belasten. Dit maakt wel dat niet alle CVA-clieñten die zijn opgenomen, de kans hebben gehad om de vragenlijst te beantwoorden, wat de betrouwbaarheid van het onderzoek vermindert. De vragenlijst is kort, omdat de cliënten vaak concentratieproblemen hebben en het onderzoek anders beïnvloed zou kunnen worden. Wel betekent het klein aantal vragen dat de vragenlijst minder valide is, dan wanneer er meer vragen gesteld zouden worden. Niet alle respondenten konden de intake nog herinneren, omdat er door een opnamestop i.v.m. een te kort aan artsen maar enkele nieuwe CVA opnames zijn benaderd. Hierom zijn cliënten die al langer aanwezig waren binnen Waerthove benaderd, waardoor zij het niet altijd meer konden herinneren.

Er is één focusgroep geweest, waardoor er van elke discipline maar één zorgverlener aanwezig kon zijn. Hierdoor worden verschillende meningen binnen de disciplines niet getoetst en is er alleen antwoord verkregen van één zorgverlener van de desbetreffende discipline. In het vervolg zou er minimaal nog een focusgroep georganiseerd moeten worden om een betrouwbaarder antwoord te krijgen. Uit de focusgroep is een positief resultaat gekomen uit de afstemming. Deze afstemming heeft geleid tot een directe verbetering van de zorg van de CVA-clieñten, omdat het afnemen van een intake bij de fysiotherapeuten nu gemiddeld 15 minuten minder lang duurt. Dit heeft als resultaat dat de DBC-behandeluren direct efficiënter benut kunnen worden.

In het vervolg zou ik kiezen voor één van de twee onderzoeksmethoden (focusgroepen zorgverleners of vragenlijsten cliënten) in plaats van beide, zodat ik meer kan onderzoeken en het antwoord op die vraag betrouwbaarder wordt. Voor dit onderzoek zijn er voldoende resultaten behaald om een uitspraak te doen die verder onderzocht kan worden, maar om deze te kunnen generaliseren naar andere situaties, is een onderzoek nodig van grotere omvang.

5. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag.

Wanneer de huidige intake aangevuld wordt met delen van de COPM, de woninginventarisatie in samenspraak met de cliënt besloten wordt en de ergotherapeuten de intake als eerste van alle zorgverleners doen, wordt mogelijk kwalitatief de beste, de meest efficiënte en de meest cliëntgerichte vorm van een ergotherapeutisch intake bij de revalidatie van CVA cliënten bereikt.

6. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de adviezen gegeven naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek.

De huidige intake kan behouden blijven, waarbij de volgende aspecten toegevoegd kunnen worden voor een meer cliëntgerichte en multidisciplinaire manier:

- De cliënt een top-5 op laten stellen van zijn of haar belemmeringen ten gevolge van de doorgemaakte CVA (COPM).
- Duidelijk de doelen met de cliënt afstemmen, zodat de cliënt weet waar hij aan toe is en eigen regie heeft binnen zijn of haar revalidatie (COPM).
- Met de cliënt en het cliëntstelsel bespreken of zij een huisbezoek wenselijk vinden of alleen de huidige vragenlijst (HACE) en hierbij de consequenties van bij keuzes bespreken met de cliënt en het cliëntstelsel.

Aanbevelingen gericht op de rapportage van de ergotherapeutische intake:

- Korte conclusie beschrijven voor de andere zorgverleners, waarin de informatie staat beschreven die andere zorgverleners van de ergotherapie nodig hebben:
 - o Fysiotherapie: De loopafstanden van de cliënt, of er drempels aanwezig zijn en of de cliënt trap moet lopen.
 - o Logopedie: Of er communicatieve- of slikproblemen aanwezig zijn.
 - o Verpleging: Beschrijven of de cliënt rolstoel afhankelijk is.

Aanbevelingen gericht op de volgorde van intakes door verschillende zorgverleners:

- De eerste dag twee intakes, waarvan één van de arts en één waarbij de verpleging en de ergotherapeut aanwezig zijn, zodat andere zorgverleners de ergotherapeutische intake als voorbereiding kunnen gebruiken, wat de intake van de desbetreffende zorgverleners minder lang maakt. Hierdoor blijven er meer behandeluren over voor de cliënt, wat de kwaliteit van de behandeling verbetert.

7. Literatuurlijst

- Commissie CVA-Revalidatie. (2001). *Revalideren na een beroerte, richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners*. Den Haag: Nederlandse Hartstichting.
- Coupar, F., Edmans, J., Gordon, A., Ivey, J., Jackson, T., Logan, P., . . . Wolff, S. (2010). *Occupational therapy and stroke: second edition*. Oxford: Blackwell publishing Ltd.
- DBC onderhoud. (2014). *Handleiding registratie geriatrische revalidatie*. Utrecht: DBC onderhoud.
- Derricks, D., & Groot, B. (2008). *Activity card sort, achtergrond informatie*. Amsterdam: ACS-NL.
- Derricks, D., & Groot, B. (2008). *Activity card sort, handleiding*. Amsterdam: ACS-NL.
- Drummond, A., Whitehead, P., Fellows, K., Edwards, C., & Sprigg, N. (2012). Occupational therapy pre-discharge home visits for patients with a stroke: what is national practice? *British journal of occupational therapy*, 75(9), 396-402.
- Gezondheid, K. (2016, 03 31). *Cursus: activity card sort (NL)*. Opgehaald van Hogeschool van Amsterdam: <http://www.hva.nl/achieve/over-achieve/agenda/content/cursussen/2015/10/activity-card-sort-nl-cursus.html>
- Kahrimanovic, M. (2016, April 3). *Frankwatching. Online trends, tips en tricks*. Opgehaald van Frankwatching: <https://www.frankwatching.com/archive/2014/10/06/inzicht-krijgen-in-de-user-journey-focusgroep-diepte-interview-of-allebei/>
- Keysor, J. (2008). *Home and community environment (HACE) survey: instrument and scoring manual*. Boston: Boston university.
- Keysor, J., Jette, A., & Haley, S. (2005). Development of the home and community environment (HACE) instrument. *Journal of rehabilitation medicine*, 37(1), 37-44.
- Kielhofner, G., & Henry, A. (1988). Development and investigation of the occupational performance history interview. *The American Journal Of Occupational Therapy*, 42(8), 489-498.
- Kinébanian, A., & Granse, M. I. (2006). Grondslagen van de ergotherapie. In A. Kinébanian, & M. I. Granse, *Grondslagen van de ergotherapie* (p. 531). Maarsen: Elsevier gezondheidszorg.
- Nederlandse zorgautoriteit. (2016, juni 4). *Nederlandse zorgautoriteit*. Opgehaald van nza.nl: <https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/geriatrische-revalidatiezorg/>
- Nieuwenhuizen, M., Groot, S. d., Janssen, T., Maas, L. v., & Beckerman, H. (2014). Canadian occupational performance measure performance scale: validity and responsiveness in chronic pain. *Journal of rehabilitation research & development*, 51(5), 727-746.
- Phipps, S., & Richardson, P. (2007). Occupational therapy outcomes for clients with traumatic brain injury and stroke using the canadian occupational performance measure. *American journal of occupational therapy*, 61(3), 328-334.
- Rehabilitation measures database. (2016, March 27). *Rehabilitation measures database*. Opgehaald van rehabmeasures.org: <http://www.rehabmeasures.org/rehabweb/allmeasures.aspx?PageView=Shared>
- Rivas Zorggroep, D. (2015). *Zorgpad CVA*. Gorinchem: Rivas Zorggroep.

- Rooken, M., & Ven, S. v. (2001). *Standaard voor het afleggen van een huisbezoek door ergotherapeuten. Stroomschema & formulier*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie.
- Salter PhD (cand.), K., Campbell PhD, N., Richardson MSc, M., Mehta PhD (cand.), S., Jutai PhD, J., Zettler MSc, L., . . . Teasell MD, R. (2013). *Outcome measures in stroke rehabilitation*. London, Ontario: Heart & stroke foundation: Canadian partnership for stroke recovery.
- Slocum, N. (2006). *Participatieve methode. Een gids voor gebruikers. Focusgroep*. Brussel: Vlaams instituut voor Wetenschappelijk en Technologisch Aspectenonderzoek.
- Steultjens, E., Cup, E., Zajec, J., & Hees, S. v. (2013). *Ergotherapierichtlijn CVA*. Arnhem/Utrecht: Hogeschol van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland.
- Stroke association. (2016, Maart 24). *Occupational therapy after stroke*. Opgehaald van Stroke association:
https://www.stroke.org.uk/sites/default/files/occupational_therapy_after_stroke.pdf
- Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-van Doorn, C., & Rosendal, H. (2015). *Zorg basics: Praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.
- Wressle, E., Eeg-Olofsson, A.-M., Marcusson, J., & Hendriksson, C. (2002). Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34(1), 5-11.
- Zorginstituut Nederland. (2016, juni 4). *Zorginstituut Nederland*. Opgehaald van DBC-systeem:
<https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/zvw-kompas/medisch-specialistische+zorg/dbc-systeem>

8. Bijlage

8.1 Begrippenlijst

- **Instrument/instrument:** de term instrument in het boek 'Grondslagen van de ergotherapie' wordt voor twee betekenissen gebruikt: een hulpmiddel om gegevens te inventariseren en een meetinstrument/ onderzoeksinstrument.
- **CVA (cerebrovasculair accident):** Een CVA is een aandoening in de hersenen die zich kenmerkt door een acuut tekort aan zuurstof. Dit tekort kan ontstaan door een bloedprop in een van de hersenvaten of door het knappen van een bloedvat. In de volksmond wordt een CVA wel een beroerte genoemd.
- **CVA cliënten:** Cliënten, ouder dan 65 jaar, die een CVA hebben doorgemaakt en revalideren met uitzicht op terugkeer naar huis.
- **Zorgverleners:** zorgprofessionals zoals: ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, etc.
- **DBC:** Diagnose behandel combinatie.
- **DBC-zorgproduct:** Een dbc is een pakketje zorg met informatie over de diagnose en de behandeling die een patiënt krijgt. In de ziekenhuiszorg en geriatrische revalidatiezorg wordt een dbc ook wel een DBC-zorgproduct genoemd (Nederlandse zorgautoriteit, 2016).
- **Externe compensatie:** Aanpassingen in de context van de cliënt.
- **GRZ:** Geriatrische revalidatiezorg.
- **Hetero anamnese:** Anamnese afgenomen bij het cliëntsysteem.
- **Ergotherapeutische intake:** Dit is een gespreksvorm waarbij de volgende aspecten worden geïnventariseerd:
 - o Het participeren van de cliënt in de samenleving voordat de cliënt de CVA doormaakte.
 - o De woning: is deze geschikt om in terug te keren en wat er nog mogelijk is qua aanpassingen?
 - o Wat de cliënt moet kunnen om terug te keren naar het niveau van participeren voor opname.
- **MDO:** Multidisciplinair overleg: hierbij komende verschillende professionals bij één om te overleggen over de behandeling van cliënten.
- **Multidisciplinair:** In samenwerking met verschillende zorgverleners.
- **Participatie:** participatie betekent actieve deelname in het leven, waarbij de activiteiten die de persoon doet betekenisvol zijn.
- **VOD:** Voorlopig ontslagdatum voor de cliënt. Dit betekent dat wanneer het behandeltraject loopt zoals verwacht de cliënt op die datum terug kan keren naar huis.

8.2 Bijlage 1: Inventarisatielijst ergotherapie

Geachte heer / mevrouw.....

U bent hier opgenomen om te revalideren met als doel dat u weer terug kan naar uw eigen huis. Uw thuissituatie heeft invloed op wat u weer moet kunnen om terug naar huis te gaan. Daarom willen wij graag van u weten hoe uw huis eruit ziet en hoe u in uw huis functioneerde. Wilt u daarom (zelf of uw naaste) dit formulier zoveel mogelijk invullen?

Wanneer mogelijk kunt u ook foto's (laten) maken van de verschillende ruimtes in uw huis en deze mailen (o.v.v. naam en geboortedatum) naar h.de.groot@rivas.nl. Hiermee kunnen wij een goed beeld krijgen van wat er in uw huis wel en niet mogelijk is.

De vragen gaan over hoe u functioneerde voordat u opgenomen werd.

Na ontvangst van dit formulier zal de ergotherapeut u zonodig aanvullende vragen stellen.

Graag verzoeken wij u om het formulier binnen 3 werkdagen na ontvangst ingevuld af te geven bij de zorgregisseur. Zij zal er dan voor zorgen dat het formulier aan uw ergotherapeut afgegeven wordt.

Uw gegevens:

Naam:.....

Geboortedatum:.....

Reden van opname:.....

Woonsituatie:

- Alleenstaand
- Samenwonend, met.....

In welke gemeente woont u?

.....

In wat voor soort woning woont u? (kruis aan wat van toepassing is)

- Koopwoning
- Huurwoning: van woningbouwvereniging:.....

In wat voor type woning woont u? (kruis aan wat van toepassing is)

- Eengezinswoning
- Appartement
- Aanleunwoning
- Verzorgingshuis
- Anders, namelijk.....

Hoe verplaatste u zich binnenshuis? (kruis aan wat van toepassing is, er zijn meerdere antwoorden mogelijk)

- Lopend zonder hulpmiddelen
- Lopend via meubels
- Lopend met een stok
- Lopend met krukken
- Lopend met rollator
- Lopend met looprek
- Lopend met hulp van een andere persoon
- Zittend op een trippelstoel
- Zittend in een rolstoel
- Zittend in een rolstoel geduwd door een andere persoon
- Anders, namelijk.....

Hoe verplaatste u zich buitenshuis? (kruis aan wat van toepassing is, er zijn meerdere antwoorden mogelijk)

- Lopend zonder hulpmiddelen
- Lopend met een stok
- Lopend met krukken
- Lopend met rollator
- Lopend met looprek
- Lopend met hulp van een andere persoon
- Op een scootmobiel
- Op de fiets
- Op een scooter / brommer
- Zittend in een rolstoel
- Zittend in een rolstoel geduwd door een andere persoon
- Met de auto als bestuurder
- Met de auto als passagier
- Met het openbaar vervoer
- Met de regiotaxi
- Anders, namelijk

Bent u gevallen de afgelopen 3 maanden? (omcirkel het juiste antwoord)

Ja / Nee

Zo ja: hoe vaak bent u de afgelopen drie maanden gevallen? (kruis aan wat van toepassing is)

- 1 keer
- 2-3 keer
- 4-6 keer
- Meer dan 7 keer

Zo ja: wat was de oorzaak van uw val?

.....

Moet u traplopen om in uw woning te komen? (omcirkel het juiste antwoord)

Ja / Nee

Zo ja: hoeveel trappen/treden?.....

Is de trap recht of gedraaid?

Zijn er leuning(en) bij de trap?

Moet u gebruik maken van een lift om bij de woning te komen? (omcirkel het juiste antwoord)

Ja / Nee

Moet u traplopen in uw woning? (omcirkel het juiste antwoord)

Ja / Nee

Zo ja: hoeveel trappen?.....

Is de trap recht of gedraaid?

Zijn er leuning(en) bij de trap? Links, rechts of beide zijden?.....

Is er een drempel bij uw voordeur? (omcirkel het juiste antwoord)

Ja / Nee

Zo ja: hoe hoog is deze drempel?

.....

Is er een drempel bij uw achterdeur? (omcirkel het juiste antwoord)

Ja / Nee / N.v.t.

Zo ja: hoe hoog is deze drempel?

.....

Liggen er drempels tussen de verschillende ruimtes in huis? (omcirkel het juiste antwoord)

Ja / Nee

Zo ja: Waar liggen deze drempels?.....

.....

Hoe hoog zijn deze drempels?

Van welk materiaal zijn deze drempels?

Heeft u een bad, douche of lavet? (omcirkel het juiste antwoord)

Bad / Lavet / Douche*

* Indien u een douche heeft; welk van onderstaande situaties is voor u van toepassing?

- Geen hoogteverschil tussen badkamervloer en doucheruimte
- Drempel tussen badkamervloer en doucheruimte

Zo ja, hoogte van deze drempel?.....

- Douchebak met douchegordijn
- Douchebak met glazen deuren
- Anders, namelijk

.....
.....

Indien van toepassing: op welke etage bevindt zich de badkamer?

.....

Heeft u een toilet op de verdieping waar u slaapt? (omcirkel het juiste antwoord)

Ja / Nee / n.v.t.

Zijn er aanpassingen aanwezig in uw woning? (omcirkel het juiste antwoord)

Ja / Nee

Zo ja: welke? (Kruis aan wat van toepassing is, er zijn meerdere antwoorden mogelijk)

- Verhoogd toilet
- Beugels bij toilet
- Losse douchestoel
- Douchestoel bevestigd aan de muur
- Beugels bij douche
- Badplank
- Instapbad (badkuip met deur)
- Drempels verwijderd/aangepast met drempelhulp in huis
- Drempel verwijderd/aangepast met drempelhulp bij voordeur
- Drempel verwijderd/aangepast met drempelhulp bij achterdeur
- Seniorenbed
- Hoog-laag bed
- Traplift
- Stok
- Looprek
- Rollator
- Rolstoel
- Trippelwerkstoel
- Scootmobiel
- Anders, namelijk:

.....
.....

Is er eventueel een mogelijkheid om tijdelijk een bed beneden neer te kunnen zetten?
(omcirkel het juiste antwoord)

Ja / Nee/ Niet van toepassing

De volgende vragen gaan over hoe u functioneerde in de thuissituatie voordat u opgenomen werd.

Maakte u gebruik van persoonsalarmering? (omcirkel het juiste antwoord)

Ja / Nee

Deed u zelfstandig uw huishouden? (omcirkel het juiste antwoord)

Ja / Nee

Zo nee: wat werd door anderen gedaan en wat deed u zelf?

.....
.....

Maakte u zelf uw broodmaaltijden klaar? (omcirkel het juiste antwoord)

Ja / Nee

Zo nee: wie maakte uw broodmaaltijden klaar?

.....
.....

Kookte u zelfstandig? (omcirkel het juiste antwoord)

Ja / Nee

Zo nee: hoe zorgde u voor uw warme eten?

.....
.....

Deed u zelf uw boodschappen? (omcirkel het juiste antwoord)

Ja / Nee

Zo nee: hoe kreeg u uw boodschappen in huis?

.....
.....

Kon u zelfstandig naar het toilet? (omcirkel het juiste antwoord)

Ja / Nee

Zo nee: hoe ging u naar het toilet?

.....
.....

Kon u zelfstandig in en uit bed komen? (omcirkel het juiste antwoord)

Ja / Nee

Zo nee: hoe kwam u in en uit bed?

.....
.....

Kon u zich zelfstandig wassen en aankleden? (omcirkel het juiste antwoord)

Ja / Nee

Zo nee: waarbij kreeg u hulp en van wie?

.....
.....

Maakte u gebruik van dagopvang / dagbehandeling? (omcirkel het juiste antwoord)

Ja / Nee

Zo ja: waar ging u naar toe en hoe vaak?

.....
.....

Heeft u mensen die u helpen (mantelzorgers of professioneel)? (kruis aan wat van toepassing is, er zijn meerdere antwoorden mogelijk)

- Ja, mijn partner
- Ja, mijn kinderen
- Ja, de thuiszorg voor persoonlijke hulp
- Ja, huishoudelijke hulp
- Ja, anders,
namelijk.....

.....

- Nee, ik doe alles zelfstandig.

Zou het, wanneer dit nodig mocht zijn, mogelijk zijn om met een looprek of rollator in uw woning te functioneren? (omcirkel het juiste antwoord)

Ja / Nee

Waarom wel / niet?

.....
.....
.....

Zou het, wanneer dit nodig mocht zijn, mogelijk zijn om met een rolstoel in uw woning te functioneren? (omcirkel het juiste antwoord)

Ja / Nee

Waarom wel / niet?

.....
.....

Door wie is dit formulier ingevuld? Wat is uw relatie met de persoon die het ingevuld heeft?

.....
.....

Het wordt zeer gewaardeerd wanneer u foto's van het huis mailt naar of afgeeft aan de ergotherapeut, kunnen we foto's van u verwachten?

(omcirkel het juiste antwoord)

Ja / Nee

Bedankt voor het invullen van deze inventarisatielijst.

Met vriendelijke groet,

8.3 Voorbereiding focusgroep

Uitleg van het onderzoek:

- Wat is de reden van dit onderzoek?
- Wat zijn de huidige resultaten van het onderzoek?
- Doel van de focusgroep m.b.t. het onderzoek.
 - Welke informatie vinden de ergotherapeuten belangrijk om te verkrijgen?
 - Welke informatie vinden andere disciplines belangrijk, die de ergotherapeut verkrijgt?
- Welke voordelen dit heeft voor de deelnemers, naast de koekjes.

Topicvragen:

1. Welke disciplines nemen er standaard een intake af bij de opname van een CVA cliënt?
2. Welke informatie willen de ergotherapeuten verkrijgen bij de intake? (Ergotherapeuten) En wie doet er ook deze informatie op en met welke reden? (Andere disciplines)
3. Wat is de mening over de informatie die nu op gedaan wordt door de ergotherapie? (Andere disciplines)
4. Welke bruikbare informatie halen jullie uit de intake van de ergotherapie? Voor bijv. het maken van een tijdsindicatie voor de revalidatie? (Andere disciplines)
5. Welke informatie mist er nog uit de ergotherapeutische intake?
6. Hoe staan de disciplines die standaard een intake afnemen tegenover een gezamenlijke intake (het komt uit de vragenlijsten naar voren dat de cliënten dit fijn zouden vinden, omdat ze het dan maar één keer hoeven te vertellen)? Met aantekening dat het wel rendabel blijft, niet dat elke discipline 2 uur aanwezig is en de cliënt gelijk 8 uur kwijt is.
7. Afstemming maken van wie welke informatie gaat verkrijgen in de eerste week:

Verdiepingsvragen:

1. Wilt u dat wat verder uitleggen?
2. Wilt u mijn er een voorbeeld van geven?
3. Kunt u er iets meer over zeggen?
4. Beschrijf alstublieft wat u bedoeld.
5. Ik begrijp het niet helemaal.

8.4 Rolverdeling focusgroep

De ergotherapeut zal aanwezig zijn om:

- Ervaring te delen van de huidige situatie.
- De gewenste situatie te delen (welke informatie zij wensen op te doen).
- De kaders van de ergotherapeutische intake aan te geven.

De zorgregisseur zal aanwezig zijn om:

- Ervaringen te delen van de huidige situatie.
- Welke adviezen zij in de eerste week nodig hebben m.b.t. benadering en verzorging van de cliënten.

De overige zorgverleners zullen aanwezig zijn om:

- Ervaring te delen van de huidige situatie.
- De gewenste situatie te delen (welke informatie zij wensen te verkrijgen van de ergotherapeutisch intake).

8.5 Vragenlijst voor cliënten

Intake ergotherapie:

Deel 1: Deze 4 vragen zullen gericht zijn op hoe de intake van de ergotherapie bij u verlopen is en wat uw mening hier over is.

1. Ik vond de intake:

- Te lang duren.
- Precies goed.
- Te kort duren.
- Geen mening.

2. Ik vond het aantal vragen tijdens de intake:

- Te groot.
- Precies goed.
- Te klein.
- Geen mening.

3. Ik vond de vragen tijdens de intake:

- Moeilijk te beantwoorden.
- Makkelijk te beantwoorden.

4. Heeft u alles kunnen vertellen tijdens de intake?

- Ja
- Nee
- Weet het niet meer
- Geen mening

Deel 2: De volgende 4 vragen zullen gericht zijn op wat er anders kan tijdens de intake van de ergotherapie.

5. Ik vertel mijn verhaal liever:

- 1 keer aan meerdere zorgverleners tegelijk, omdat
 - Ik het niet fijn vind alles meerdere keren te moeten vertellen.
 - Ik vind dat wat ik vertel het confronterend is.
 - Scheelt mij tijd.
 - Anders, namelijk.....

- Meerdere keren aan 1 zorgverlener, omdat
 - Ik het te druk vind als er meerder zorgverleners zijn.
 - Ik het onduidelijk vind welke informatie er verwacht wordt.
 - Ik een 1 op 1 gesprek prettiger vind.
 - Anders, namelijk.....

6. Als ik een top 5 op zou moeten stellen van mijn belemmeringen door mijn beroerte, zou ik dit:

- Heel moeilijk vinden.
- Moeilijk vinden.
- Het maakt mij niets uit.
- Makkelijk vinden.
- Heel makkelijk vinden.

7. Ik vind het fijn als er direct therapiedoelen gesteld worden tijdens de intake van de ergotherapie:

- Helemaal mee eens.
- Mee eens.
- Het maakt mij niets uit.
- Mee oneens.
- Helemaal mee oneens.

Omdat.....
.....
.....

8. Welke stelling past het meeste bij u?

- Ik vul liever alleen een vragenlijst over mijn woning in, zodat ik extra behandelingen over houd (voor bijv. fysiotherapie), met de mogelijkheid dat mijn huis niet optimaal is aangepast.

- Ik heb liever dat de ergotherapeut tijdens mijn opname bij mij thuis komt om mogelijke belemmeringen te bekijken, zodat mijn huis optimaal aangepast is voor mijn terug keer, ook al kost dit behandelingen.

8.6 Uitgebreide informatie instrumenten/methodes participatie

- Canadian occupational performance measure (COPM): Een semi gestructureerd interview, waarbij de handelingsproblemen van de cliënten worden geïnventariseerd. Dit kan op elk gebied zijn, zolang het maar een ergotherapeutische handelingsprobleem is.
- Activity card sort (ACS): Hierin wordt het handelen, behalve de persoonlijke verzorging, voor opname getoetst aan de hand van het sorteren van kaarten met plaatjes van de activiteiten erop.
- Occupational performance history interview (OPHI-II): In de OPHI-II wordt het verhaal van de cliënt achterhaald. Het verhaal over het verleden, heden en toekomst. Toekomst is gericht op activiteiten, rollen en taken die betekenisvol zijn.
- EuroQol quality of life scale (EQ5D): Dit is een lijst die de cliënt in moet vullen, waarin problemen worden getoetst op de volgende gebieden: mobiliteit, zelfzorg, activiteiten, pijn en depressie.
- Instrumenten of life habits (LIFE-H): Dit is een lijst die de cliënt in moet vullen, waarin problemen worden getoetst op de volgende gebieden: zelfzorg, mobiliteit, fitheid, communicatie, huishouden, verantwoordelijkheden, sociale contacten, school, werk en ontspanning.
- London handicap scale (LHS): Dit is een lijst die de cliënt in moet vullen, waarin problemen worden getoetst op de volgende gebieden: participatie, activiteiten en functie (ICF).
- Nottingham health profile (NHP) Dit is een lijst die de cliënt in moet vullen of interview, waarin problemen worden getoetst op de volgende gebieden: fysieke mobiliteit, pijn, slaap, sociale isolatie, emotie, energie, werk, sociaal leven, seks leven en hobby's
- Stroke-adapted sickness impact profile (SA-SIP-30): Dit is een lijst die de cliënt in moet vullen of interview, waarin problemen worden getoetst op de volgende gebieden: zelfzorg, sociaal leven, mobiliteit, communicatie, emotie en huishouden.
- Stroke impact scale (SIS): Dit is een lijst die de cliënt in moet vullen, waarin problemen worden getoetst op de volgende gebieden: kracht, handfunctie, ADL, mobiliteit, communicatie, emotie, geheugen/denken en participatie.
- Stroke specific quality of life scale (SSQOL) Dit is een lijst die de cliënt in moet vullen, waarin problemen worden getoetst op de volgende gebieden: mobiliteit, energie, bovenste extremiteiten, werk en productiviteit, stemming, zelfzorg, sociale rollen, visus, taak, denken, en persoonlijkheid.
- De HACE: Dit is een vragenlijst over verschillende domeinen (mobiliteit in huis, mobiliteit in de buurt/gemeente, hulpmiddelen voor mobiliteit, hulpmiddelen voor communicatie, transport/autorijden en de attitude van de omgeving tegenover de cliënt). Elk domein bevat 5 tot 16 items die gescoord kan worden.
- Een huisbezoek: Dit is een interventie waarbij de ergotherapeut, met of zonder, cliënt erbij naar de woning gaat van de cliënt en mogelijk problemen inventariseert.

8.7 Samenvatting focusgroep

De samenvatting is onderverdeeld in de vragen uit de voorbereiding. De informatie is geordend per vraag.

1. *Welke disciplines nemen er standaard een intake af bij de opname van een CVA cliënt?*

- Fysiotherapie.
- Arts.
- Logopedie.
- Zorg.
- Ergotherapie.

De psycholoog staan wel standaard in het zorgpad, maar doet dit nog niet. Zij zijn hier wel mee bezig om dit er standaard in te krijgen. Ondanks dat er geen standaard intakelijst is.

2. *Welke informatie willen de ergotherapeuten verkrijgen bij de intake? (Ergotherapeuten) En wie doet er ook deze informatie op en met welke reden? (Andere disciplines)*

Informatie die de ergotherapeuten op willen doen tijdens de intake is:

- De thuissituatie
 - o Hoe woont de cliënt?
 - o Hoe kan de cliënt in de woning komen?
 - o Zijn er al aanpassingen in de woning?
- Hoe functioneerde de cliënt in de woning?
- Had de cliënt al thuiszorg?
- Wat deed de cliënt nog zelfstanding?
- Heeft de cliënt ondersteuning van mantelzorgers of familie?
- Moeten er nog aanpassingen geregeld worden voordat de cliënt naar huis terug kan keren?

Fysiotherapie:

Zij vroegen altijd wel naar de woning, maar doen dit sinds een half jaar niet meer, omdat dit al voldoende wordt bevraagd in de intake van de ergotherapie. Zij gebruiken deze als voorbereiding op hun behandelplannen of intake (wanneer deze nog niet gedaan is). Wel vragen zij naar de fysieke mogelijkheden om een drempel te nemen of om trap te lopen bijvoorbeeld. Maar niet meer specifiek naar de woning of de thuissituatie.

Fysiotherapie geeft ook aan dat zij het prettig vinden om de intake van de ergotherapie te gebruiken als en voorbereiding op hun intake, omdat zij hierdoor veel specifiekere in kunnen gaan op de mogelijke fysieke moeilijkheden in de woning.

Logopedie:

Logopedie geeft aan op dit moment geen informatie te gebruiken uit de ergotherapeutische intake.

Zorg:

De zorg vraagt altijd heel globaal naar het functioneren voor opname, omdat dit moet volgens het protocol. Maar gaat hier niet te diep op in, omdat ze het altijd nog terug kan lezen in de rapportages van de ergotherapeuten.

Verder vraagt de zorg altijd al of de cliënt thuiszorg had en waarbij ze geholpen werden in de thuissituatie.

Psycholoog:

De psycholoog vraagt altijd wel naar het functioneren thuis en of er al thuiszorg of mantelzorg aanwezig is. De reden hiervan is dat dit ten eerste een beeld geeft van het functioneren voor opname. Maar ten tweede ook in hoe verre een cliënt in staat is om zelf de situatie weer te geven, dus het inzicht in eigen functioneren.

Psycholoog geeft aan dat het niet slecht is dat sommige informatie vaker bevraagd wordt, omdat hierbij het inzicht van de cliënt getoetst kan worden.

3. Wat is de mening over de informatie die nu op gedaan wordt door de ergotherapie? (Andere disciplines)

De inhoud van de intake is goed. Alleen de rapportage is vrij groot, waardoor de essentie er moeilijk uitgehaald kan worden. De informatie die voor andere disciplines nodig is, is op dit moment moeilijk te vinden uit de rapportage. Deze zouden gemarkeerd kunnen worden, zodat in één oogopslag de informatie die nodig is in beeld komt. Nu moet er soms afgewacht worden tot het MDO.

De fysiotherapie geeft zelfs aan dat wanneer de ergotherapeuten hun intake gedaan hebben, zij al grotendeels hun behandelplan kunnen maken (op wat de cliënt zelf wilt na). Maar dit zou in een kort vraaggesprekje bevraagd kunnen worden.

4. Welke bruikbare informatie halen jullie uit de intake van de ergotherapie? Voor bijv. het maken van een tijdsindicatie voor de revalidatie? (Andere disciplines)

Fysiotherapie:

De situatie thuis:

- Welke afstanden loopt iemand?
- Drempels over?
- Traplopen?
- Deed iemand zelfstandig boodschappen?
- Hulpmiddelen?

Dit zijn allemaal aspecten waarop de fysiotherapie de doelen gaat bespreken met de cliënt.

Dit samen met wat de cliënt weer moet kunnen, maakt dat de fysiotherapie precies weet wat de cliënt weer moet kunnen voor terugkeer naar huis.

Logopedie:

Hierbij richt het zich vooral op het eten en drinken. Eventuele communicatieproblemen.

Zorg:

De zorg haalt er voornamelijk uit of de cliënt een rolstoel nodig heeft en gebruikt. Benadering van de ADL. Waar moet iemand mee geholpen worden en wanneer moet de cliënt juist gestimuleerd worden om iets zelf te doen.

Verder haalt de zorg het huidige functioneren uit de intake van de ergotherapie en wat de cliënt weer moet kunnen. Zodat zij, naast de ADL, ook precies weten naar welk niveau terug gekeerd moet worden.

Pyscholoog:

5. Welke informatie mist er nog uit de ergotherapeutische intake?

Een conclusie over de intake, m.b.t. de andere disciplines, zou een meerwaarde kunnen zijn in de huidige intake. Deze antwoorden kunnen dan gemarkeerd worden in het dossier en dit kunnen de andere disciplines dan zien en teruglezen. De informatie die hier in moet komen per disciplines is:

- Fysiotherapie:

De situatie thuis:

- Welke afstanden loopt iemand?
- Drempels over?
- Traplopen?
- Deed iemand zelfstandig boodschappen?
- Hulpmiddelen?

Dit zijn allemaal aspecten waarop de fysiotherapie de doelen gaat bespreken met de cliënt.

- Logopedie:

De logopedie geeft aan dat zij graag nog informatie zouden willen over het gebruik van aangepast bestek en andere aanpassingen rondom het eten en drinken. Verder ook de communicatieve vaardigheden van cliënt die gesignaleerd worden bij de intake.

- Zorg:

Adviezen hoe de cliënten benadert en ondersteunt moeten worden, zodat dit vanaf de eerste dag direct gedaan kan worden.

- Pyscholoog:

In het algemeen wordt de hetero anamnese gemist. De ergotherapeuten geven aan dat dit in de huidige situatie afhangt of er iemand anders dan alleen de cliënt aanwezig is bij de intake. Maar dat deze niet standaard wordt afgenomen. Verder is het wel zo dat de inventarisatielijst vaak ingevuld wordt door een contactpersoon van de cliënt, waardoor de hetero anamnese op papier staat.

- Algemeen:

Op dit moment wordt er nog niet beschreven wie er allemaal aanwezig waren bij de intake. Dit zou een relevante aanvulling kunnen zijn op de huidige beschrijving van de intake. Dit ter vergroting van de betrouwbaarheid van de informatie en hoe de informatie geïnterpreteerd wordt.

6. Hoe staan de disciplines die standaard een intake afnemen tegenover een gezamenlijke intake (het komt uit de vragenlijsten naar voren dat de cliënten dit fijn zouden vinden, omdat ze het dan maar één keer hoeven te vertellen)? Met aantekening dat het wel rendabel blijft, niet dat elke discipline 2 uur aanwezig is en de cliënt gelijk 8 uur kwijt is.

De zorgregisseur geeft aan dat zij ook veel van cliënt terug krijgt dat ze het vervelend vinden dat er veel verschillende intakes zijn waarin ze hetzelfde moeten vertellen of hetzelfde gevraagd wordt. De cliënten geven aan dat het te vermoeiend is om alle intakes op de eerste dag te hebben. Verder geeft de fysiotherapie aan dat wanneer zij de transfer bekijken op de eerste dag, dit vaak niet

overeenkomt met hoe de cliënt is. Dit komt, omdat de cliënt de eerste dag vermoeid is, wat maakt dat er geen goed beeld ontstaat van het handelen van de cliënt.

Fysiotherapie geeft aan dat zij niet perse op de eerste dag een intake hoeven te doen, omdat het advies van het ziekenhuis voor de eerste dag wel overgenomen kan worden. Zeker ook, omdat de cliënt de eerste dag vaak te moe is om dit nog goed te doen.

Verder staan de disciplines positief tegenover één gezamenlijke intake op de eerste dag, zodat de cliënt dan maar één gesprek heeft op de eerste dag, wat het minder vermoeiend maakt voor de cliënt. Deze intake zou dan gedaan moeten worden door de ergotherapie en de zorg.

Afstemming intake:

- Eerste dag: Ergotherapie samen met de zorg. Dit moet ook de eerste dag gerapporteerd worden, zodat de andere disciplines deze informatie kunnen gebruiken als voorbereiding op hun intake. Hierbij wordt ook de transfer teruggekoppeld naar de fysiotherapie. Ook beschrijven hoe de cliënt drinkt voor de logopedie.
- Wanneer er getwijfeld wordt over logopedische (slikproblemen) of fysiotherapeutische (transfer) problemen, direct deze disciplines inschakelen.
- Intake van de fysiotherapie en logopedie op de tweede dag, tenzij grote problemen.
- Bij vrijdagopnames schrijft de fysio een schriftelijk advies voor de transfer.
- Als er een familielid bij de opname is, direct een hetero anamnese afnemen of meegeven met de contactpersoon. Deze lijst heeft Teuntje. Dit is een korte lijst, die eventueel ook nog later telefonisch afgenomen kan worden. Maar in principe is er altijd een familielid of contactpersoon aanwezig in bij het opnamegesprek.
- Fysiotherapie de betekenis van de testen beschrijven. Een conclusie erbij schrijven, zodat iedereen weet wat de uitkomst van de test is. Wat kan en mag iemand dan? Graag in een aparte decursus beschrijven.
- MDO: Ergotherapeut schrijft het MDO verslag in een standaard antwoord (wordt gemaakt) en de andere disciplines rapporteren alleen: 'Aanwezig bij het MDO, voor rapportage zie ergotherapie'.