

Algemeen gedeelte	<p>Hoofdstuk</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inleiding CVA Zorgketen 2. Stroomdiagram CVA keten 3. Criteria overplaatsing van CVA patiënten binnen de zorgketen 4. Transfer GHZ --> ZPMH 5. Multidisciplinaire overlegvormen CVA patiënten 6. Transmuraal CVA Verpleegkundige 7. Transmuraal Overdracht Dossier (TOD) 8. Patiënten Informatie dossier (PID) 9. Revalidatie na ziekenhuisopname i.v.m. CVA 10. Borging
Acute fase	<p>Hoofdstuk</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verwijsprotocol CVA / TIA-patiënten voor huisartsen 2. TIA poli 3. Beslisboom CPA bij CVA 4. Opvang CVA-patiënt op de Spoedeisende Hulp 5. Criteria opname stroke unit 6. Stroke unit Groene Hart Ziekenhuis 7. Stroke protocol afdeling neurologie GHZ
Revalidatiefase	<p>Hoofdstuk</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patiënten met een CVA in Zorgpartners Midden-Holland 2. Zorgtraject CVA-revalidatie
Chronische fase	<p>Hoofdstuk</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CVA nazorgpoli
Rolbeschrijving disciplines	<p>Hoofdstuk</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Transmuraal CVA verpleegkundige 2. (verpleeg) Huisarts 3. Neuroloog 4. Revalidatiearts 5. Verpleegkundige 6. Verzorgende 7. Transferverpleegkundige 8. Ergotherapie 9. Fysiotherapie 10. Logopedie 11. Diëtetiek 12. Psycholoog 13. Maatschappelijk werk 14. Netwerkcoördinator
Inhoudelijke bijdrage verschillende behandel disciplines	<p>Hoofdstuk</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ergotherapie 2. Fysiotherapie 3. Logopedie 4. Diëtetiek

Bijlagen	<p>Hoofdstuk</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toelichting stroomdiagram 2. Inhoudsopgave stroke protocollenboek 3. Neurorevalidatie CVA zorgketen 4. Zorgtraject Stroke Unit Groene Hart Ziekenhuis 5. Overdrachtsformulieren CVA zorgketen: Ergotherapie 6. Overdrachtsformulieren CVA zorgketen: Fysiotherapie 7. Overdrachtsformulieren CVA zorgketen: Logopedie 8. Overdrachtsformulieren CVA zorgketen: Diëtetiek 9. Verpleegkundige overdrachtsformulier 10. Prestatie-indicatoren registratie CVA zorgketen Midden-Holland 11. Zorgtraject CVA-revalidatie <ul style="list-style-type: none"> Matrix Intake- en Analysefase CVA- Revalidatie Stroomdiagram cognitie Stroomdiagram motoriek Stroomdiagram ADL-training Observatie van de CVA-patiënt door de verzorging
-----------------	---

Toelichting: De inhoud van het CVA ketenprotocol is verdeeld in acute, revalidatie en chronische fase.

Rolbeschrijvingen gelden voor de gehele keten, net als MDO e.d.

Algemeen gedeelte

Hoofdstuk 1.

Inleiding CVA Zorgketen

Het uitgangspunt voor de CVA zorgketen is het opzetten van een zorgcircuit voor de CVA patiënt in de vorm van een zorgketen.

Achtergrond CVA zorgketen¹

Een CVA zorgketen / stroke service kan worden omschreven als een regionale keten van zorgverleners of zorg verlenende instellingen die gezamenlijk een integrale, deskundige en samenhangende zorg en behandeling voor patiënten met een beroerte waarborgen in alle fasen van de aandoening. De instellingen die het netwerk vormen, dragen in gezamenlijkheid zorg voor een adequate transfer van patiënten tussen de voorzieningen en voor de kwaliteit van de keten in zijn geheel.

Doel ketenzorg:

Een belangrijk doel van de ketenzorg is snelle diagnostiek en behandeling: een zo kort mogelijke opname op een stroke unit op basis van kwaliteitszorg wordt hierbij nagestreefd. Na afronding van de diagnostiek en stabilisatie van de patiënt, dient zo spoedig mogelijk de ontslagprocedure in gang gezet te worden, zodat de patiënt niet langer dan noodzakelijk in het ziekenhuis verblijft en op de meest passende plaats verder kan revalideren.

Visie op CVA zorg:

Elke patiënt met een CVA heeft recht op een weloverwogen, individuele besluitvorming over het te volgen traject ten aanzien van diagnostiek, behandeling en zorgverlening, waarbij twee uitgangspunten als leidend principe gelden: de wensen en (herstel)mogelijkheden van de patiënt en het streven van de zorgverleners naar een zo optimaal functioneren van de patiënt. Om dit te bereiken is een CVA-zorgketen onmisbaar.

Vertaald naar de praktijk betekent dit voor de CVA patiënt die wordt opgenomen, behandeld en verzorgd binnen de CVA zorgketen baat heeft bij een snelle diagnostiek, behandeling en geprotocolleerde zorg volgens de laatste inzichten en kwaliteitseisen met als doel een verbetering van de functionele uitkomst.

Deze zorgvraag is bepalend voor:

- Het moment waarop de zorg geleverd wordt
- De plaats waar de zorg geleverd wordt
- De wijze waarop de zorg geleverd wordt
- De professional die de zorg levert
- De inspanningsverplichting van elke betrokken partner in de zorgketen.

Ketenzorg is een verregaande vorm van transmurale zorg. Een gestroomlijnd zorgproces, tussen drie of meer reguliere zorgaanbieders c.q. zorgvormen afgestemd op de zorgbehoefte van de patiënt.

Met ketenzorg wil men bereiken:

- Het verbeteren van het functioneren en de kwaliteit van leven van een CVA patiënt.
- Het optimaliseren van de doeltreffendheid en doelmatigheid van de zorg aan CVA patiënten.
- De doorstroming bevorderen van de CVA patiënt door de verschillende fasen van het zorgtraject op basis van afspraken die worden vastgelegd in het ketenprotocol.
- Inzichtelijk maken van het zorgtraject welke een CVA patiënt doorloopt.

Dit ketenprotocol maakt als middel onderdeel uit van de zorgketen voor de CVA patiënt. In het ketenprotocol wordt het gezamenlijk zorgprogramma opgenomen waarin de verschillende factoren van zorgverlening voor de CVA patiënt staan beschreven door de diverse zorgaanbieders.

¹ Revalidatie na een beroerte, richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners 2001

Doelgroep:

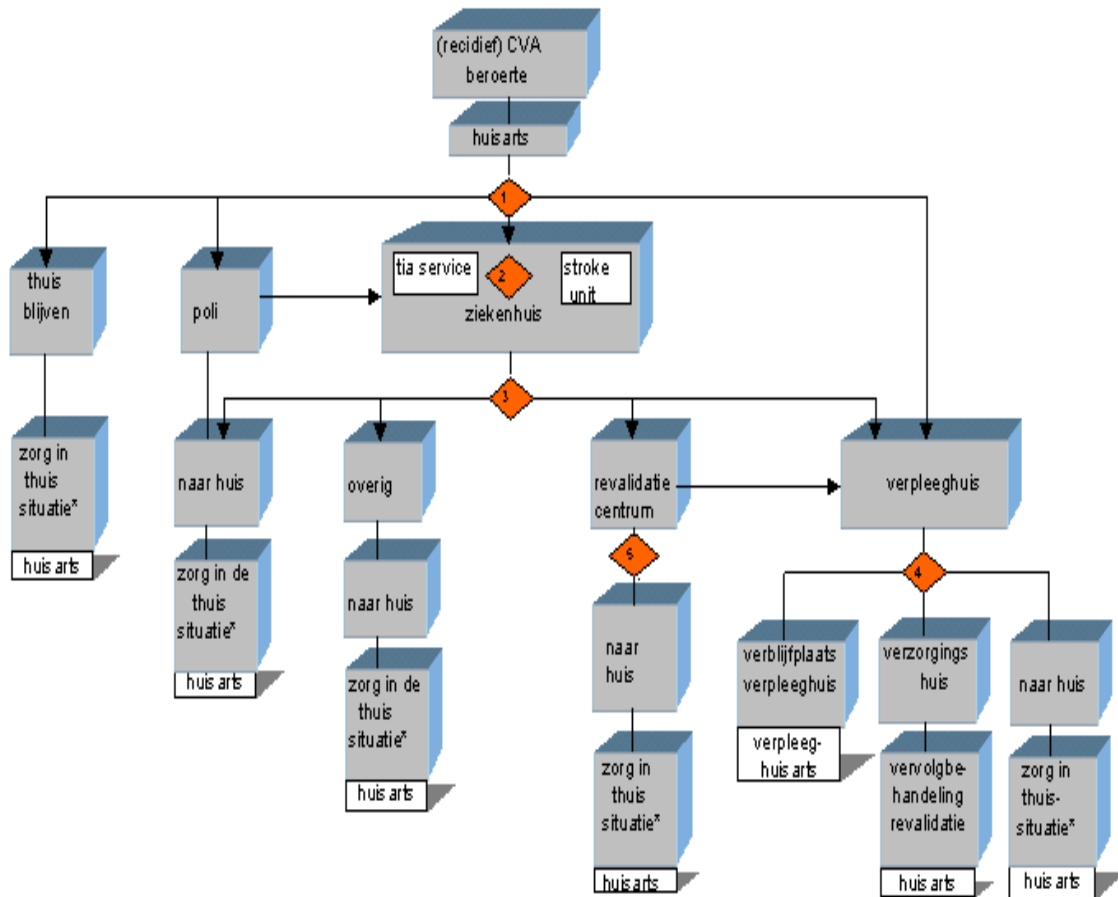
Alle patiënten welke vallen onder de definitie van het CVA waarbij een actief vervolgtraject nodig en mogelijk is komen in aanmerking voor de CVA zorgketen.

De doelgroep valt onder te verdelen in:

- CVA patiënten die via de SEH of polikliniek weer naar huis gaan met / zonder vervolgetherapie
- CVA patiënt na opname op de Stroke Unit met doorstroming naar verpleeghuis (CVA unit) voor verder revalidatie waarna doorstroom naar huis
- CVA patiënt na opname op de Stroke Unit met doorstroming naar revalidatiecentrum voor verdere klinische revalidatie waarna doorstroom naar huis
- CVA patiënt na opname op de Stroke Unit met doorstroom naar:
 - verpleeghuis voor verdere revalidatie waarna doorstroming naar verpleeghuis voor chronische zieken of
 - verpleeghuis voor verdere revalidatie waarna doorstroming naar verzorgingshuis
- CVA patiënt na opname op de Stroke Unit met doorstroom naar huis waarbij verdere revalidatie poliklinisch of in de eerste lijn plaatsvindt
- Chronische CVA patiënten groep
- CVA patiënt vanuit de thuissituatie (kan ook verzorgingstehuis zijn) met doorstroom naar:
 - revalidatieafdeling van verpleeghuis of
 - dagbehandeling van verpleeghuis
 - revalidatie dagbehandeling van revalidatiecentrum

Hoofdstuk 2.

Stroomdiagram



Hoofdstuk 3.

Criteria voor overplaatsing van patiënten met een CVA binnen de CVA zorgketen

De criteria voor ontslag naar huis met thuiszorg zijn:

- De patiënt kan thuis functioneren;
- Doelstellingen kunnen (verder) gehaald worden met de eerstelijnszorg (bij voorkeur in de vorm van een eerstelijns team, eventueel met consultatie van de revalidatiearts of verpleeghuisarts);
- De patiënt wil niet (tijdelijk) worden opgenomen en adequate mantelzorg is beschikbaar;
- De patiënt hoeft en /of wil niet naar het ziekenhuis, revalidatiecentrum of verpleeghuis gaan voor niet-klinische revalidatie.

De criteria voor poliklinische revalidatie in het revalidatiecentrum zijn:

- De patiënt kan (weer) thuis functioneren en adequate mantelzorg is beschikbaar;
- De patiënt is in staat om te leren en voldoende gemotiveerd;
- Er is sprake van complexe problematiek waarvoor een multidisciplinair team nodig is en /of patiënt en partner informatie/ begeleiding nodig hebben
- De mogelijk tot terugkeer in werk/beroep voor de jongere patiënt is aanwezig;
- De mogelijkheid tot hoog tempo van revalidatie (aangepast aan de patiënt) is aanwezig;

De criteria voor revalidatiedagbehandeling in het verpleeghuis zijn:

- De patiënt kan thuis functioneren en hoeft en/of wil niet (tijdelijk) opgenomen worden in het verpleeghuis voor revalidatie en adequate mantelzorg is beschikbaar;
- De patiënt is in staat om te leren;
- De patiënt is relatief minder vitaal, en meestal iets ouder;
- Patiënt is in staat om de reis te ondernemen naar de revalidatiedagbehandeling;
- Patiënt kan een revalidatie dagprogramma aan;
- Er is sprake van een complexe problematiek waarvoor een multidisciplinair team nodig is.

De criteria voor opname op de CVA- revalidatie unit in het verpleeghuis zijn:

- De patiënt kan nog niet naar huis, maar er zijn duidelijke revalidatie doelen zodat terugkeer naar huis kan worden verwacht of in ieder geval verbetering van functioneren, toename van zelfredzaamheid en kwaliteit van leven, de patiënt is in staat om te leren en voldoende gemotiveerd;
- De patiënt is ouder of minder vitaal;
- Er is behoefte aan een lager tempo van revalideren dan in het revalidatiecentrum.

De criteria voor opname op een somatisch verblijfsafdeling in een verpleeghuis zijn:

- De patiënt kan (nog) niet naar huis en er komt niet in aanmerking voor revalidatie. Er is behoefte aan chronische verpleeghuiszorg bij patiënten die vanwege hun somatische en/of cognitieve handicap niet meer revalideerbaar zijn, of er is behoefte aan terminale zorg;
- Er is behoefte aan tijdelijke zorg (bijv. vakantieopname) voor patiënten met somatische en/of cognitieve handicap.

De criteria voor opname in een revalidatiecentrum zijn:

- De patiënt kan nog niet naar huis, maar terugkeer naar huis wordt verwacht gezien de prognose en de beschikbaarheid van adequate mantelzorg;
- De patiënt is in staat om te leren en voldoende gemotiveerd;
- de patiënt is relatief vitaal (en meestal iets jonger);
- Er is sprake van complexe problematiek die een multidisciplinaire aanpak behoeft; de mogelijkheid tot terugkeer in werk/ beroep voor de jongere patiënt is aanwezig;
- De mogelijkheid tot hoog tempo van revalidatie (aangepast aan de patiënt) is aanwezig.

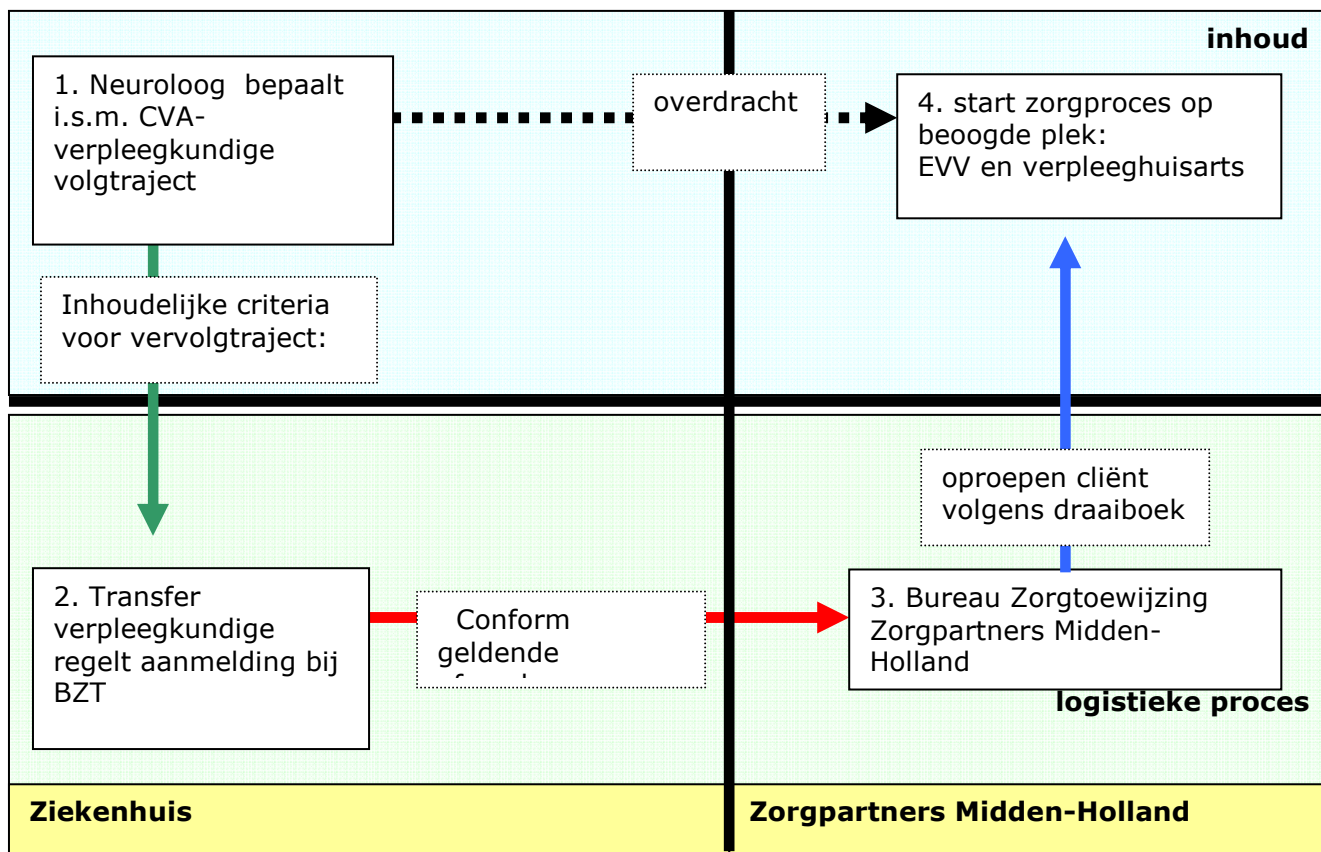
Hoofdstuk 4.

Transfer GHZ → ZPMH

Doelgroep: cliënten met een CVA

Uitgangspunten

- Alle cliënten met een CVA waarvoor enige vorm van diagnostiek en/of behandeling nodig is, worden opgenomen op een van de revalidatieafdelingen in verpleeghuis De Riethoek en Bloemendaal of (bij sterke voorkeur en een beschikbare plaats) afdeling Linde in verpleeghuis De Breeje Hendrik.
- Naar verwachting is dit het overgrote deel van cliënten met een CVA die vanuit GHZ naar Zorgpartners Midden-Holland wordt verwezen.
- Voor cliënten met een CVA die terminale zorg nodig hebben, wordt in samenspraak een passende oplossing geregeld
- Cliënten met een CVA van wie op voorhand duidelijk is dat er verblijfszorg in het verpleeghuis is aangewezen, worden aangemeld voor een verblijfsafdeling in een verpleeghuis
- Er zijn in verpleeghuis De Riethoek en Bloemendaal minimaal 10, voor de behandeling van cliënten met een CVA, gelabelde bedden bestemd. Een cliënt met een CVA is maximaal 8 weken op een gelabeld bed opgenomen.
- De brugafdeling in verpleeghuis Bloemendaal neemt cliënten met een CVA op als de beide revalidatieafdelingen geen opnamemogelijkheid hebben. De plaatsen van de Breeje Hendrik komen daar naast.
- Eens per kwartaal worden de opnames tussen GHZ en ZPMH achteraf geëvalueerd, om te bezien of er aanpassing van de criteria en voorwaarden voor het traject nodig is.
- De evaluatie wordt gedaan door: CVA-verpleegkundigen, een transfer-verpleegkundige, afdelingshoofd revalidatieafdeling verpleeghuis Bloemendaal, afdelingshoofd Orchis verpleeghuis De Riethoek, medewerker Bureau Zorgtoewijzing ZPMH.
- De inhoudelijke en logistieke stappen in de procedure zijn strikt gescheiden, conform onderstaand schema. Dit zorgt voor de hoogste effectiviteit en snelheid van het traject. Tijdens het logistieke proces wordt een keuze op zorginhoudelijke grond niet ter discussie gesteld.
- Ketenzorg prevaleert boven de plek van voorkeur: eventuele voorkeur mag worden aangegeven maar is niet bindend



Stap 1**Neuroloog bepaalt i.s.m. CVA_verpleegkundige vervolgtraject**

Actie	Resultaat	Criteria/voorwaarden
Vervolgtraject bepalen	Van elke cliënt met een CVA is duidelijk dat transfer naar verpleeghuis geïndiceerd is en wat doelstelling opname in verpleeghuis is	<p><i>Revalidatie:</i> er is enige vorm van verdere diagnostiek en/of behandeling nodig</p> <p><i>Terminale zorg:</i> er is op korte termijn een overlijden te verwachten</p> <p><i>Verblijfszorg:</i> de somatische zorgbehoefte is heel groot en verbetering hierin niet te verwachten. Verblijf buiten verpleeghuis is niet te verwachten. Cliënten met een (bekend) dementiesyndroom.</p>
Logistieke traject in gang zetten	Transferverpleegkundige inschakelen	Conform gebruikelijke werkwijze GHZ

Stap 2**Transferverpleegkundige regelt aanmelding**

Actie	Resultaat	Criteria/voorwaarden
Indicatie aanvragen bij CIZ	Cliënt krijgt indicatie	
Aanmelden bij Bureau Zorgtoewijzing Zorgpartners Midden-Holland	Cliënt komt op oproeplijst Streven naar opname binnen 7 dagen na indicatiestelling	<p>Aanmelden conform gebruikelijke werkwijze Bekend zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ NAW, contactpersoon, CIZ-nummer ▪ bijzonderheden als specifieke hulpmiddelen of voorzieningen, PEG-sonde, voedingspomp, infuus, MRSA e.d.
Wachtlijst binnen GHZ	Overzicht van wachtenden binnen GHZ	CVA-verpleegkundigen geven veranderingen aan transferverpleegkundige door die van invloed zijn op de opname

Stap 3 Bureau Zorgtoewijzing Zorgpartners Midden-Holland roept op

Actie	Resultaat	Criteria/voorwaarden
Bijhouden oproeplijst	Actueel overzicht van cliënten met CVA die oproepbaar zijn	
Verwerken vrije capaciteit	Inzicht beschikbare plek voor cliënt met CVA	verpleegafdelingen geven zo snel mogelijk, van tevoren, door aan Bureau Zorgtoewijzing Zorgpartners Midden-Holland als cliënt met CVA ontslagen wordt of dat behandeling wordt beëindigd
Cliënt oproepen voor vrije plek	Vrije plek binnen 24 uur gevuld	<ul style="list-style-type: none"> ▪ cliënt wordt opgeroepen bij voorkeur uiterlijk 48 uur voor de dag dat andere cliënt met ontslag gaat ▪ Bureau Zorgtoewijzing Zorgpartners Midden-Holland bewaakt dat er minimaal 10 plekken in Riethoek en Bloemendaal bestemd zijn voor behandeling van cliënten met een CVA ▪ als revalidatieafdeling volledig bezet is: overloop naar brugafdeling in Bloemendaal
Op hoogte brengen belanghebbenden	Belanghebbenden kunnen zich voorbereiden op opname (ZPMH) of ontslag (GHZ)	Conform gebruikelijke werkwijze
Waarschuwen management als leegstand op de 10 bedden bepaalde norm overschrijdt	MT op de hoogte	(Productie)afspraken staan toe dat er per jaar {n} behandeldagen niet worden gemaakt

Stap 4 Start zorgproces door EVV en verpleeghuisarts

Actie	Resultaat	Criteria/voorwaarden
Informatie overdragen	Medewerkers verpleeghuis kunnen zorgproces starten	(Para)medici en verpleging GHZ zorgen voor adequate overdracht naar beroepsgenoten, uiterlijk op dag van opname in verpleeghuis
Melden aan CVA-verpleegkundige als cliënt van revalidatieafdeling/brugafdeling met ontslag gaat	CVA-verpleegkundige is op de hoogte en kan rol in eventueel vervolgtraject bepalen	Afdelingshoofd draagt zorg voor de melding, bij voorkeur per mail

Vastgesteld: 19-10-2006

Hoofdstuk 5. Multidisciplinaire overlegvormen CVA patiënten

Algemeen doel MDO

Het afstemmen van beleid m.b.t. de behandeling, verpleging en begeleiding van een CVA patiënt door alle betrokken behandeldisciplines

Frequentie

Het MDO vindt wekelijks plaats op een vast dag en vast tijdstip.

Verslaglegging

Acties en doelen worden per discipline vastgelegd, verdere verslaglegging in het patiënten dossier.

MDO stroke unit ziekenhuis

Inhoud: Diagnostiek en behandeling in acute fase

Prognose met betrekking tot revalidatierichting

Voorzitter

De neuroloog is voorzitter van het MDO. Hij/zij is verantwoordelijk voor:

- Het bewaken van de voortgang
- Het bewaken van de kwaliteit van de afspraken die gemaakt worden
- Het aansturen van de beschikbare kwaliteiten in de groep MDO leden

Vaste deelnemers MDO

- Neuroloog / arts assistent
- Revalidatiearts
- Transmuraal CVA verpleegkundigen
- Afdelingsverpleegkundige stroke unit
- Paramedische diensten

Deelnemers MDO op consult basis:

- Neuropsycholoog
- Maatschappelijk werk
- Transfer verpleegkundigen

MDO revalidatiecentrum

Inhoud: Vaststellen revalidatiedoelen voor de individuele patiënt

Afhankelijk van de voortgang van de revalidatie: vaststellen van de voortgang van het revalidatieproces en aanpassingen disciplinedoelen, voorbereiden van ontslag

Voorzitter

De revalidatie arts is voorzitter van het MDO. Hij/zij is verantwoordelijk voor:

- Het bewaken van de voortgang
- Het bewaken van de kwaliteit van de afspraken die gemaakt worden
- Het aansturen van de beschikbare kwaliteiten in de groep MDO leden

Vaste deelnemers MDO

- Revalidatiearts
- Afdelingsverpleegkundige
- Paramedische diensten

Deelnemers MDO op consult basis:

- Neuropsycholoog
- Maatschappelijk werk

MDO verpleeghuis CVA unit

Inhoud: Afhankelijk van de voortgang van de revalidatie: vaststellen zorgplan, evaluatie van de voortgang van de revalidatie en aanpassingen van het zorgplan, voorbereiden ontslag

Voorzitter

De verpleeghuisarts is voorzitter van het MDO. Hij/zij is verantwoordelijk voor:

- Het bewaken van de voortgang
- Het bewaken van de kwaliteit van de afspraken die gemaakt worden
- Het aansturen van de beschikbare kwaliteiten in de groep MDO leden

Deelnemers MDO

- Verpleeghuisarts
- Afdelingshoofd
- Paramedische diensten
- Maatschappelijk werker
- Verpleegkundige/verzorgende
- Overige disciplines op indicatie

Doel van de functie

- Het geven van voorlichting, instructie en psychosociale begeleiding aan patiënt en relaties, klinisch, poliklinisch en in de thuissituatie, met als doel de kwaliteit van leven te optimaliseren met behoud van eigen identiteit en eigenwaarde.
Naast de bijdrage aan de ontwikkeling van het verpleegkundig beroep levert hij/zij een bijdrage aan de professionele ontwikkeling van individuele beroepsbeoefenaren middels consulentschap.
- De transmuraal CVA-verpleegkundige initieert veranderingsprocessen die een bijdrage leveren aan de kwaliteit van de zorgverlening aan de CVA patiënt binnen de CVA keten.
- De transmuraal CVA verpleegkundige levert een belangrijke bijdrage in het bevorderen van doorstroming van de CVA patiënten binnen de CVA keten Midden Holland.

Functie-inhoud

- Het signaleren van de individuele behoeften van de patiënt en zijn/haar naaste(n) en hierop de benodigde zorg formuleren, uitvoeren en/of delegeren; zonodig het inschakelen en doorverwijzen naar derden.
- Het geven van voorlichting en informatie omtrent ziektebeeld en behandeling en de gevolgen hiervan op het dagelijks functioneren.
- Het begeleiden en coachen van de patiënt en zijn/haar naasten in de acute, revalidatie en chronische fase met als doel een voor de patiënt en zijn/haar naasten zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven.
- Het initiëren en coördineren van activiteiten rondom het voorlichtings- en begeleidingsproces binnen de CVA keten.
- Het signaleren van lacunes in de zorg aan de CVA patiënt in de CVA keten met daaruit voortvloeiende interventies.
- Het geven van adviezen aan verpleegkundigen, verzorgenden en behandelaars en hebben een rol in bevorderen van deskundigheid.
- Het zorgdragen voor adequate verslaggeving en overdracht aan collega's en behandelaars.
- Het houden van verpleegkundig spreekuur voor patiënt en partner/familie.
- Het houden van groepsvoorlichting voor CVA-patiënten en partner/familie.
- Deelname aan multidisciplinair overleg in de diverse instellingen
- Het ontwikkelen en evalueren van protocollen in het kader van de CVA-zorgketen.
- Deelname aan diverse werkgroepen.
- Het registreren van patiëntengegevens.
- Aanspreekpunt voor CVA-patiënt en partner/familie en de verschillende zorgverleners in alle fasen van de zorgketen.
- Contactpersoon tussen de verschillende instellingen in de zorgketen.

Werkafspraken

- Bij opname in GHZ wordt CVA-patiënt aangemeld bij transmuraal CVA-verpleegkundige. De transmuraal CVA-verpleegkundige legt contact met patiënt en familie en oriënteert zich vanaf het eerste contact op de patiëntensituatie.
- Na 5-7 dagen maakt transmuraal CVA-verpleegkundige een afspraak voor gesprek met de arts, CVA-patiënt en familie, waarin diagnose, behandeling en mogelijke ontslagbestemming ter sprake komt.
- Transmuraal CVA-verpleegkundige coördineert de aanvraag, eventuele vervolgvoorziening en onderhoudt zonodig contact met transferverpleegkundige en vervolginstelling.
- Bij overplaatsing is de transmuraal CVA-verpleegkundige de contactpersoon tussen de verschillende instellingen in de zorgketen en draagt zorg voor de continuïteit van zorgverlening
- Na ontslag uit ziekenhuis of andere instelling neemt transmuraal CVA-verpleegkundige na twee weken contact op met patiënt en maakt indien gewenst een afspraak voor huisbezoek.

- Afhankelijk van individuele behoefte vinden nog twee vervolghuisbezoeken plaats.
- Indien gewenst draagt transmuraal CVA-verpleegkundige na een jaar de patiënt over aan de praktijkverpleegkundige van de huisarts of de wijkverpleegkundige.

Hoofdstuk 7.

Het Transmuraal Overdracht Dossier

Het Transmuraal Overdrachtdossier is een multidisciplinaire overdrachtdossier. Dit dossier vervangt alle algemene overdrachtsformulieren wanneer de patiënt een instelling verlaat. Het TOD heeft tot doel de diverse zorgverleners in de CVA zorgketen van informatie te voorzien met betrekking tot diagnose, behandeling en verzorging zodat de continuïteit binnen de keten gewaarborgd blijft en er een betere afstemming is tussen de verschillende hulpzorgverleners. De patiënt krijgt het TOD mee naar de vervolginstelling en/ of mee naar huis.

Vormgeving

Losbladig systeem waar de disciplines welke betrokken zijn bij de patiënt een bijdrage aan leveren.

Werkafspraken:

- Elke discipline is verantwoordelijk voor dat deel van het TOD wat daar voor bestemd is, tevens draagt elke discipline zorg voor de leesbaarheid en volledigheid van het dossier
- Er wordt gebruik gemaakt van de overdrachtsformulieren welke zijn ontwikkeld t.b.v. het TOD
- Overdrachtformulieren mogen niet worden verwijderd uit het TOD
- De Transmuraal CVA verpleegkundige draagt zorg voor het TOD
- De patiënt en/ of zijn naaste neemt bij elk bezoek aan een hulp- zorgverlener (bv. Huisarts of paramedicus) zijn TOD mee
- De patiënt bepaalt zelf wie naast de hulp- zorgverleners inzage heeft in het TOD

Voor wie is het TOD bestemd:

- Hulp- zorgverleners in eerste en tweede lijn
- Huisartsen
- Verpleeghuisartsen
- Paramedische disciplines
- Patiënt

Indeling van het dossier:

Algemene informatie:

- Persoonsgegevens
- Contactpersonen mantelzorgers
- Contactpersonen in de instellingen

Medische gegevens:

- Medische overdracht (beknopt)
- Overdracht revalidatiearts

Paramedische gegevens:

- Eindniveaus rapportage ergotherapie
- Eindniveaus rapportage fysiotherapie
- Eindniveaus rapportage logopedie
- Voedingsadvies diëtetiek

Verpleegkundigen / verzorgenden

- Verpleegkundige overdracht ziekenhuis naar vervolginstelling of eerste lijn
- Verzorgende overdracht naar eerste lijn

Psychosociaal

- psycholoog
- maatschappelijk werk
- activiteitenbegeleiding
- geestelijke verzorging

Inleiding

Bij het opzetten van de CVA zorgketen in Midden Holland worden afspraken gemaakt over het hele zorgproces dat CVA patiënten doorlopen. Onderdeel van het zorgproces is het geven van goede informatie en voorlichting aan de patiënt en naasten. Het traject wat CVA patiënten doorlopen wordt onderverdeeld in drie elkaar overlappende fasen: de acute fase, de revalidatie fase en de chronische fase. De patiënt krijgt in de zorgketen dan ook te maken met verschillende instellingen en met diverse hulpverleners.

Volgens de WGBO dienen hulpverleners de patiënt zodanig voor te lichten dat deze in staat is op verantwoorde wijze toestemming te verlenen aan en een besluit te nemen over de medische behandeling. Dit gegeven heeft consequenties voor de wijze waarop en de mate waarin afstemming in de informatievoorziening in de CVA zorgketen dient plaats te vinden.

In de werkgroep richtlijnen en aanbevelingen voor de zorgverleners van patiënten met een beroerte (Revalidatie na een beroerte, Nederlandse hartstichting, 2001) is men van mening dat in de acute, revalidatie en chronische fase gestructureerd aandacht geschonken moet worden aan *voorlichting*, begeleiding en psychosociale zorg.

Voorlichting aan de patiënt en familie start bij de opname. Vooral de problemen in de communicatie worden als storend ervaren, maar ook de veranderingen in de sociale activiteiten, de interesses en de rol binnen het gezinsleven. Voorlichting moet passen bij de achtergrond van de betrokkenen en bij de mentale en emotionele toestand van de patiënt en zijn familie.

In de voorlichting wordt informatie gegeven over de beroerte en alles wat daarbij een rol kan spelen. Adequate informatie is van belang om de beroerte te kunnen begrijpen en daarmee te leren omgaan. De patiënt en familie moeten naast de mondelinge informatie ook altijd schriftelijk voorlichtingsmateriaal krijgen zoals de brochures over beroerte van de Nederlandse Hartstichting en informatie over patiëntenverenigingen.

Het Patiënten Informatie Dossier is een map waarin alle relevante informatie voor de CVA-patiënt en zijn familie is samengevoegd. Het PID heeft tot doel de patiënt goed te informeren in elke fase en voor de diverse hulpverleners inzichtelijk te hebben welke informatie al gegeven is.

- Het PID heeft als doel
 - informeren van patiënten
 - structureren van de informatie
- Het PID dient als **middel**:
 - om de continuïteit van de informatie te waarborgen
 - geeft duidelijkheid welke info is gegeven in vorige instellingen
 - ter ondersteuning bij het geven van informatie en voorlichting.

Het PID bevat schriftelijke informatie over de beroerte en alles wat daarbij een rol kan spelen. Belangrijk is om naast het PID **ook** mondelinge toelichting te geven over het ziektebeeld en de inhoud van het PID.

Gebruiksaanwijzing

Het PID wordt tijdens de opname of polibezoek in het GHZ gegeven aan de patiënt. In eerste instantie zal de CVA vpk het PID uitdelen. Het bevat *basisinformatie* over een beroerte, de bijbehorende onderzoeken en behandeling ervan. Het dossier is een persoonlijk eigendom van de patiënt.

Gedurende het traject wordt er meer schriftelijke informatie, die *specifiek* voor de patiënt zijn, toegevoegd. De informatie kan ook door de patiënt zelf worden toegevoegd of evt. door zorgverleners in de vervolginstellingen.

Werkwijze

- bij opname op de stroke unit van het GHZ krijgt de patiënt een PID. Dit regelt in eerste instantie de CVA vpk.
- bij opname in bijv. het verpleeghuis (als patiënten niet in een ziekenhuis zijn opgenomen geweest) krijgt de patiënt alsnog een PID.
- naast het geven van de schriftelijke informatie wordt de informatie ook mondeling toegelicht.
- de gegeven informatie wordt afgetekend op de checklist.

Inhoudsopgave Patiënten Informatie Dossier

1. Personalialia
2. Inleiding met uitleg Patiënten Informatie Dossier
3. Belangrijke telefoonnummers
4. Uitleg over de CVA-Zorgketen Midden-Holland
5. Communicatieblad
6. Algemene informatie over beroerte (folder Hartstichting)
7. Informatie over de acute fase:
 - a. Algemene informatie over het GHZ (Magazine)
 - b. Informatie over de verpleegafdeling Neurologie (folder)
 - c. Informatie over de Stroke unit (folder)
 - d. Uitleg over eventuele onderzoeken (folders)
 - e. Informatie over hulpverleners zoals ergotherapie (folder)
 - f. Eventuele informatie over behandelplan
8. Informatie over de revalidatiefase:
 - a. Informatie over verpleeghuis, revalidatiecentrum of revalidatie vanuit de thuissituatie
 - b. Informatie over eventuele hulpverleners
 - c. Eventuele informatie over behandelplan
 - d. Informatie over indicatiestelling, CIZ en Vierstroom
9. Na de revalidatiefase
 - a. Informatie over indicatiestelling, CIZ, CBR en dagbesteding
 - b. Informatie cursussen, sporten, etc.
 - c. Informatie over patiëntenverenigingen
10. Waar vindt u nog meer informatie
 - a. Overzichtsblad en verwijzing naar de websites

(ZZP 9 VV: herstelgerichte verpleging en verzorging in een instelling)

Toepassing van dit indicatieprotocol

Dit standaard indicatieprotocol kan worden toegepast wanneer de cliënt na de ziekenhuisopname, volgens oordeel van de behandelend arts voor revalidatie in een verblijfsetting in aanmerking komt.

Wanneer de revalidatie dient plaats te vinden zonder dat er een AWBZ verblijfsetting aan de orde is (thuissituatie of revalidatiecentra) is deze SIP niet van toepassing.

Er zijn dan te veel verschillende (cliënt)kenmerken van invloed op de uitkomst van de indicatie, zoals de communicatie mogelijkheden, de eventuele aanwezigheid van mantelzorg en de woonsituatie. In die gevallen is vooralsnog een reguliere indicatieprocedure aan de orde.

Met het beantwoorden van acht kernvragen wordt getoetst of de cliënt in aanmerking komt voor een standaard indicatieprotocol of dat een reguliere indicatiestelling op zijn plaats is. Worden de vijf laatste vragen met JA beantwoord dan volgt een SIP. Is er minstens één maal sprake van NEE dan wordt regulier geïndiceerd.

Kernvragen	
1. Beschikt de cliënt over een geldig indicatiebesluit?	Ja, ga door naar 2 Nee/onbekend naar 4
2. Is het huidige indicatiebesluit van voor 1-4-2003?	Ja, geen SIP, klik op "Volgende" Nee, ga door naar 3
3. Is de cliënt geïndiceerd voor de betreffende functie?	Ja, door naar 4 Nee, door naar 4
4. Is er een noodzaak voor een multidisciplinaire aanpak in een therapeutische verblijfsomgeving in verband met CVA (met als doel de zelfredzaamheid van de cliënt te bevorderen of te herstellen)?	Ja, door naar 5 Nee, geen SIP, Klik op "Volgende"
5. Is deze noodzaak door een arts vastgesteld?	Ja, door naar 6 Nee, geen SIP, Klik op "Volgende"
6. Kan de cliënt na zes maanden terugkeren in de thuissituatie?	Ja, door naar 7 Nee, geen SIP, klik op "Volgende"
7. Beschikt de cliënt over voldoende leervermogen?	Ja, door naar 8 Nee, geen SIP, Klik op "Volgende"
8. Is de cliënt voldoende gemotiveerd voor intensieve therapie?	Ja, SIP, Klik op "Volgende" Nee, geen SIP, Klik op "Volgende"
→ 5 x JA, dan SIP min. 1 x NEE, dan regulier indiceren	

SIP 1: Revalidatie na ziekenhuisopname in verband met CVA (herstelgerichte verpleging en verzorging in een instelling)

Grondslag	Somatische ziekte/aandoening
ZZP	9 VV: Herstelgerichte verplichte verpleging en verzorging
Funcities die behoren bij ZZP 9 VV	OB-alg PV VP AB-alg BH-VBf VB-Idu alsmede dagbesteding
Klasse	7 etmalen per week
Gemiddelde totaaltijd	20 uur per week
Leveringsvoorwaarde	C: voortdurend in de nabijheid (toezicht in de nabijheid)
Geldigheidstermijn besluit	6 maanden

Hoofdstuk 10. Borging.

Ketenovereenkomst CVA-zorg Midden-Holland

ONDERGETEKENDEN,

A. Ketenpartners:

1. Stichting het Groene Hart Ziekenhuis, gevestigd te Gouda, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door xxxx,
2. Maatschap Neurologie Groene Hart Ziekenhuis, gevestigd te Gouda, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door xxxx,
3. Zorgpartners Midden-Holland, gevestigd te Gouda, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door xxxx,
4. Zorgcompagnie/Vierstroom, gevestigd te Gouda, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door xxxx,
5. Sophia Revalidatie, gevestigd te Den Haag, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door xxxx,
6. Regionale Organisatie Huisartsen Midden-Holland, gevestigd te Gouda, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door xxxx.

B. Regionale toezichthouder:

7. Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland gevestigd te Gouda, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door xxxx,

onder A en B gezamenlijk te noemen als: partijen,

VERKLAREN ALDUS:

- partijen gaan -met inachtneming van wet- en regelgeving zoals o.a. de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de WBP, de WGBO, de Wet BIG en landelijke richtlijnen m.b.t. de CVA-zorg- gezamenlijk de zorg aan mensen met een CVA optimaliseren;
- partijen gaan hiertoe een samenwerkingsverband met elkaar aan;
- partijen zijn van mening dat naarmate de zorg voor mensen met een CVA beter op elkaar is afgestemd een groter herstel voor de patiënt mogelijk is;
- partijen organiseren de CVA-zorg in Midden-Holland volgens een overeengekomen ketenprotocol;
- partijen sturen de CVA-zorg in Midden-Holland aan in overeenstemming met de afspraken over taken en prestaties, zoals deze zijn vastgelegd in de ketenjaarafspraken (bijlage).

EN ZIJN HET VOLGENDE MET ELKAAR OVEREENGEKOMEN:

Artikel 1 Definities

- a. CVA (Cerebro Vasculair Accident) of beroerte: een plotselinge verstoring van de doorbloeding van de hersenen, waardoor de patiënt met min of meer ernstige fysieke en/of psychische beperkingen te maken krijgt.
- b. Ketenprotocol CVA-zorg: een beschrijving van de uitvoering van de CVA-zorg in Midden-Holland gebaseerd op landelijke CVA-richtlijnen.
- c. Registratieprotocol CVA-zorg: een beschrijving van de manier waarop de zorguitvoerende werkzaamheden en de patiëntgegevens geregistreerd moeten worden passend binnen de vigerende wet- en regelgeving. Het registratieprotocol is onlosmakelijk verbonden aan het ketenprotocol.
- d. Ketenpartner CVA-zorg: zorginstantie of organisatie van beroepsbeoefenaren die activiteiten uitvoeren in de keten CVA-zorg.
- e. Toezichthouder: organisatie die door de ketenpartners is aangewezen om namens de gezamenlijke ketenpartners toe te zien op de samenwerking van partijen binnen de CVA-zorg.
- f. Regiegroep CVA-zorg: groep bestaande uit vertegenwoordigers van de ketenpartners die gezamenlijk de keten CVA-zorg aanstuurt en de kwaliteit bewaakt.
- g. Ketenvoorzitter: lid van de regiegroep die optreedt als voorzitter van de regiegroep CVA-zorg.
- h. Ketencoördinator: professional met CVA-deskundigheid die op ketenniveau en op uitvoeringsniveau de samenwerkingsafspraken bevordert en bewaakt.
- i. Prestatie-indicatoren CVA: meeteenheden als functieparameter van de keten CVA-zorg voorzien van normen per meeteenheid met de bijbehorende meet- en registratietechnieken.
- j. Ketenjaarafspraken CVA: afspraak over de set van prestatie-indicatoren, de realisatietermijn en de resultaatconsequenties.
- k. Ketenovereenkomst CVA zorg Midden-Holland: deze overeenkomst met inbegrip van de in deze overeenkomst genoemde bijlagen.

Artikel 2 Keten- en registratieprotocol CVA-zorg in Midden-Holland

1. Partijen stellen in gezamenlijkheid een ketenprotocol CVA-zorg Midden-Holland vast. Dit protocol bevat afspraken over de doelgroep, de betrokken professionals, het zorgprogramma, de werkwijze, het registratiesysteem en de kwaliteitsbewaking.
2. Het registratieprotocol omvat:
 - 2.1. regels voor het vastleggen, verwerken en beheer van patiëntgegevens in dossiers en andere formulieren;
 - 2.2. richtlijnen en instructies voor een goede bescherming van de patiëntgegevens conform de WGBO en WBP;
 - 2.3. regels voor het rapporteren van de werkzaamheden ten behoeve van managementinformatie en prestatie-indicatoren.

3. Partijen verplichten zich een keten- en registratieprotocol op te stellen dat voldoet aan wet- en regelgeving en gebaseerd is op landelijk geaccepteerde professionele standaarden. De zorg zal in ieder geval van een goed niveau, doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht dienen te zijn. Bovendien moet de zorg op de reële behoeften van de patiënt zijn afgestemd.
4. Het keten- en registratieprotocol maken onderdeel uit van deze samenwerkingsovereenkomst. Het keten- en registratieprotocol worden door de regiegroep jaarlijks geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

Artikel 3a Verantwoordelijkheden partijen op uitvoerend niveau

1. Partijen zijn ieder verantwoordelijk voor een kwalitatief goede zorguitvoering van het eigen aandeel binnen de zorgketen CVA conform het keten- en registratieprotocol. Partijen zijn verantwoordelijk voor een goede communicatie en afstemming van de acties tussen de ketenpartners.

Artikel 3b Verantwoordelijkheden partijen op ketenniveau

1. Partijen zijn op ketenniveau verantwoordelijk voor een afvaardiging in de regiegroep CVA (zie artikel 4) om de zorguitvoering in ketenverband te monitoren en zonodig bij te sturen, opdat de patiënt op het juiste moment de juiste zorg van de ketenpartners ontvangt.
2. Partijen stemmen in het verband van de regiegroep de eigen reguliere productieafspraken aangaande CVA-zorg af met die van de ketenpartners.
3. Partijen stellen in het verband van regiegroep de afgesproken capaciteit en middelen beschikbaar en zijn hierop aanspreekbaar.
4. Partijen werken in het verband van regiegroep samen aan kwaliteit, innovatie, professionalisering en ICT van het primaire proces.
5. De kosten van elk der partijen welke samenhangen met de uitvoering van deze overeenkomst, zijn voor rekening van partijen, tenzij hierover andere afspraken zijn gemaakt.
6. Indien het noodzakelijk is om met betrekking tot de CVA activiteiten afspraken te maken over de financiering en/of verdeling van de kosten tussen partijen zullen deze schriftelijk worden vastgelegd. Deze afspraken maken vervolgens deel uit van de onderhavige overeenkomst.

Artikel 3c Verantwoordelijkheden partijen op toezichthoudend niveau

1. Partijen zijn verantwoordelijk voor het verlenen van een mandaat aan de Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland die namens partijen toeziet op een goed functionerende zorgketen en de daarvoor benodigde samenwerking tussen de ketenpartners.
2. De Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland beoordeelt de rapportage over het kwaliteitsniveau en de prestatie-indicatoren van de CVA-zorg, signaleert aandachtspunten en besluit tot gewenste aanpassingen en agendeert zonodig een tekort aan samenwerking bij de ketenpartners en alles wat hiermee samenhangt in de ruimste zin des woord.

Artikel 4 Samenstelling en verantwoordelijkheden regiegroep

1. De regiegroep CVA is samengesteld uit vertegenwoordigers van de ketenpartners, zoals vermeld in onderdeel A en B van deze overeenkomst.
2. De regiegroep CVA stuurt de keten CVA-zorg aan en heeft als taken:
 - 2.1. het ontwikkelen, introduceren, evalueren en bijstellen van het ketenprotocol;
 - 2.2. het aanpassen van het keten- dan wel registratieprotocol met het oog op voorgenomen onderzoeken c.q. metingen;
 - 2.3. het bewaken van gemaakte afspraken over de inzet van partijen;
 - 2.4. het faciliteren van professionals in de uitvoering van het zorgproces;
 - 2.5. het bevorderen van multidisciplinaire en organisatie overstijgende samenwerking;
 - 2.6. het formuleren en evalueren van het beoogde kwaliteitsniveau;
 - 2.7. het vaststellen, meten en borgen van de beoogde prestatie-indicatoren
 - 2.8. het raadplegen van patiëntvertegenwoordigers over verbeteringsmogelijkheden van de dienstverlening.
3. De regiegroep CVA rapporteert op schriftelijke wijze eenmaal per jaar over haar taken zoals vermeld in lid 2 aan de Stichting het Transmuraal Netwerk Midden-Holland of bij stagnatie zoveel eerder.

Artikel 5 Ketencoördinator

1. Voor het doen uitvoeren van de regieverantwoordelijkheden, zoals vermeld in artikel 4 lid 2 en 3 van deze overeenkomst, stelt de regiegroep een ketencoördinator aan.
2. De ketencoördinator ondersteunt en toetst condities voor een goede samenwerking, activeert en verbindt de ketenpartners op de verschillende niveaus, signaleert knelpunten en brengt deze op het geëigende niveau ter sprake en bevordert professionalisering (competenties en methodieken).
3. De ketencoördinator brengt periodiek verslag uit aan de regiegroep.

Artikel 6 Besturingsdoelen en prestaties

1. De besturing van een zorgketen door de regiegroep is gericht op het kwalitatief goed doen functioneren en voortdurend verbeteren van de keten.
2. Hiertoe spreken partijen op ketenniveau met elkaar jaarlijks prestatie-indicatoren af op tenminste de volgende domeinen:
 - werkgebied en toegang tot de zorgketen;
 - doorstroming van patiënten in de keten;
 - kwaliteit van zorg op diverse niveaus;
 - kosten en bekostiging van de gehele zorgketen.
3. De afspraken over prestatie-indicatoren, realisatietermijn en resultaatconsequenties worden vastgelegd in een ketenjaarafspraak. De ketenjaarafspraak maakt integraal onderdeel uit van deze overeenkomst.

Artikel 7 Duur van de overeenkomst

Deze overeenkomst treedt in werking op 28 november 2006 en heeft een looptijd van twee jaar. Vervolgens wordt de overeenkomst telkens voor de duur van twee jaren, stilzwijgend verlengd.

Artikel 8 Beëindiging

1. Ieder der partijen kan schriftelijk de overeenkomst opzeggen met inachtneming van een opzegtermijn van 6 maanden.
2. Onverminderd het bepaalde in lid 1 van dit artikel kan deze overeenkomst slechts tussentijds en met directe ingang worden ontbonden, indien sprake is van één van de volgende situaties:
 - a. een van de partijen in staat van faillissement wordt verklaard of surseance van betaling aanvraagt;
 - b. een toerekenbare tekortkoming van een der partijen, die ook na een ingebrekestelling niet meer wordt hersteld;
 - c. onvoorziene omstandigheden, waardoor het nakomen van deze overeenkomst redelijkerwijs niet meer (van een der) partijen kan worden gevergd;
 - d. indien bestaande of nieuwe wet of regelgeving daartoe aanleiding geeft.
3. Opzegging geschiedt schriftelijk en bij aangetekende brief aan de Raad van Bestuur en/of directie van de andere partijen.

Artikel 9 Gevolgen beëindiging

De partij die heeft opgezegd is jegens de andere partijen gehouden tot continuering van de ketenactiviteiten tot in een adequate opvolging is voorzien.

Artikel 10 Aansprakelijkheid

1. Iedere partij is aansprakelijk voor het handelen en of nalaten van haarzelf of voor het handelen van haar medewerkers/hulpverleners. Partijen verklaren elkaar over en weer vrijwaring te verlenen voor aanspraken van derden, ter zake van door ondergeschikten of iedere andere aan de andere partij gerelateerde persoon veroorzaakte schade bij het verrichten van (medische) handelingen.
2. Partijen hebben een beroepsaansprakelijkheidsverzekering afgesloten, waarin de aansprakelijkheid voor het handelen en/of nalaten zoals vermeld in lid 1 van dit artikel, is afgedekt. Het bestaan van deze overeenkomst en bijlagen is bij de respectievelijke verzekeraars gemeld.
3. Indien een der partijen tekort schiet in de nakoming van een of meer van haar verplichtingen uit deze overeenkomst, zal de andere partij haar deswege in gebreke stellen, tenzij nakoming van de betreffende verplichting reeds blijvend onmogelijk is, in welk geval de nalatige partij onmiddellijk in gebreke is. De ingebrekestelling zal schriftelijk geschieden waarbij aan de nalatige partij een redelijke termijn wordt gegund om alsnog aan haar verplichting(en) te voldoen.

Artikel 11 Wijziging overeenkomst

Aanvullingen of wijzigingen van deze overeenkomst zijn alleen geldig indien en voorzover deze schriftelijk tussen partijen zijn overeengekomen.

Artikel 12 Geschillenregeling

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Alle geschillen verband houdend met of voortvloeiende uit deze overeenkomst zullen indien partijen niet tot een oplossing in der minne komen, worden voorgelegd aan een gezamenlijk gekozen mediator of aan een daartoe bevoegde rechter. De partij die het geschil aanhangig maakt, kiest voor een mediator of rechter.

Aldus in 7-voud opgemaakt en ondertekend,
Datum: 28 november 2006

Stichting het Groene Hart Ziekenhuis

XXXX.....

Maatschap Neurologie Groene Hart Ziekenhuis

XXXX.....

Zorgpartners Midden-Holland

XXXX.....

Zorgcompagnie/Vierstroom

XXXX.....

Sophia Revalidatie

XXXX.....

Regionale Organisatie Huisartsen Midden-Holland

XXXX.....

Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland

XXXX.....

Acute fase

Hoofdstuk 1.

Verwijsprotocol CVA/ TIA-patiënten voor huisartsen

Indicaties/contra-indicaties voor opname in de CVA Zorgketen

Verwijzing door huisarts naar SEH ziekenhuis	In verband met de mogelijke trombolytische behandeling van patiënten met een CVA dient de patiënt zo spoedig mogelijk, doch binnen 1,5 uur na ontstaan van het CVA, aangeboden te worden bij de Spoed Eisende Hulp van het ziekenhuis Na telefonisch overleg met dienstdoende neuroloog (assistent) en met verwijsbrief
Indicatie voor opname in de CVA Zorgketen	Alle patiënten met een matige tot ernstige neurologische uitval passend bij een CVA Patiënten met een TIA worden na telefonisch overleg gezien op de Spoed Eisende Hulp of op de TIAPoli
Overige indicaties voor snelle beoordeling SEH	Meerdere TIA's Toenemende neurologisch uitval
Patiënten die niet in aanmerking komen voor de CVA Zorgketen	Patiënten die door een combinatie van ernstige uitval, co-morbiditeit en een hoge leeftijd nauwelijks behandelingsmogelijkheden hebben

NB. Over alle patiënten met een TIA/CVA moet dus zo snel mogelijk overlegd worden met de dienstdoende neuroloog.

Hoofdstuk 2.

TIA Poli

- Telefonische melding TIA patiënt door huisarts aan dienstdoende neuroloog. Neuroloog meldt patiënt aan bij secretariaat voor TIA poli (dagelijks 2 plekken geblokkeerd).
- Polikliniek neurologie.
 - anamnese/onderzoek/status door arts-ass SEH
 - Opzet TIA brief in X-Care maken
- Overleg kliniek-neuroloog.
- Aanvragen door arts- ass: CT hersenen, ECG, Duplex, , lab (met opschrift *TIA poli*).
- Patiënt doorbellen naar bureau opname, bureau opname belt door naar B1.
- Secretaresse:
 - CT aanvraag doorbellen aan radiologie (met vermelding *TIA patiënt*)
 - Duplex aanvraag doorbellen naar KNF (met vermelding *TIA patiënt*)
- Patiënt gaat zelf naar bloedafname met lab formulier.
- Dan gaat patiënt naar afdeling neurologie (B1); aldaar kennismaken arts-ass en door verpleging bloeddrukmeting (2x) en noteren polsslag (opdracht door afdelings-ass).
- Beoordeling resultaten van de onderzoeken en opsporen risicofactoren door kliniek neuroloog/arts-ass vd afdeling.
- Start ascal 1 dd 100mg, persantin 2 dd 200 mg en lipitor 1 dd 10 mg.
- Leefadviezen (roken staken, beweging).
- Eventueel verdere actie met m.b.t. carotidesobstructie indien significatie stenose op duplex.
- Arts -ass vd afdeling maakt TIA brief af (zie X-care). Brief wordt zelfde dag naar huisarts gestuurd.
- Na enkele weken controle neuroloog van de avond- nachtdienst.

Startdatum: 6 november 2006

Vragen of opmerkingen svp aan Loet Kloos, 3577

Hoofdstuk 3. Beslisboom CPA bij CVA

Hoofdstuk 4.

Opvang CVA-patiënt op de Spoedeisende Hulp

Na aankomst op de SEH wordt de CVA patiënt zo spoedig mogelijk door de neuroloog volgens protocol onderzocht.

Activiteiten op de SEH

Onderzoek:

- Vastleggen van vitale functies en het bewustzijn (Glasgow Coma Scale)
- Anamnese en onderzoek
- Bloedafname voor:
 - BSE
 - Hb, Ht, leuco's, Trombo's
 - Na, K, Kreat,
 - Glucose
 - INR
- ECG, X-Thorax (indien geïndiceerd)
- CT scan hersenen

Activiteiten op de SEH worden multidisciplinair uitgevoerd o.a. door de SEH verpleegkundigen, röntgen laboranten, klinisch laboranten en artsen.

Opname op Stroke Unit volgt indien neuroloog bepaalt heeft dat aan voorwaarden voor opname op Stroke Unit voldaan zijn.

Hoofdstuk 5.

Criteria opname stroke unit

Patiënten met een TIA/CVA worden door de neuroloog gezien.

1. via SEH
2. op een andere afdeling in het ziekenhuis opgenomen met andere diagnose
3. op de polikliniek

Ad 1. De neuroloog bepaalt of opname op de Stroke Unit geïndiceerd is, TIA komt zondig op de Stroke Unit.

Ad 2. De neuroloog ziet in consult een patiënt met CVA en regelt zo spoedig mogelijk overplaatsing (indien geïndiceerd) naar Stroke Unit.

Ad 3. De neurologen regelen opname (indien geïndiceerd) via de polikliniek

De TIA patiënten worden via de TIA screening behandeld

Ter beoordeling van de neuroloog wordt de patiënt met een beroerte opgenomen op de stroke unit van het GHZ, *tenzij*:

- patiënt met een bekende ernstige co-morbiteit zoals:
 - ernstige dementie
 - gemetastaseerde maligniteit
 - andere ziekte met bekende infauste prognose op korte termijn
- geringe neurologische uitval
 - na observatieperiode geen achteruitgang
 - vlotte (poli)klinische diagnostiek mogelijk (TIA)
- indien patiënt zelf geen opname wenst

Achtergrond stroke unit GHZ

Binnen de stroke service zullen de meeste mensen met een beroerte worden opgenomen op de stroke unit in het GHZ, van waaruit zij binnen een vastgestelde tijd worden ontslagen om ofwel naar huis te gaan, ofwel naar een instelling voor verdere revalidatie. De stroke unit in het GHZ bestaat uit vier bedden.

Doel

Het hoofddoel van de behandeling in de acute fase is het voorkomen van progressieve schade aan de hersenen en het voorkomen van secundaire schade. Deze fase van de behandeling zal meestal op de stroke unit plaatsvinden. Er zijn criteria voor opname en overplaatsing van patiënten; er zijn medische en verpleegkundige protocollen (richtlijnen) voor de behandeling en diagnostiek in de verschillende fasen.

Stroke team

Het is bewezen dat de patiënt in een zo vroeg mogelijk stadium door een multidisciplinair stroke - team moet worden behandeld, bij voorkeur in één plaatsgebonden unit².

De neuroloog is hoofdbehandelaar en is eindverantwoordelijk voor de zorg op de stroke unit.

Verder zijn betrokken: arts assistent, revalidatie arts, verpleegkundige, transmuraal CVA-verpleegkundige, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist en op indicatie de maatschappelijk werker en de diëtist.

Elke donderdag is er een multidisciplinair overleg (MDO), waarin een verpleeg- en behandelplan wordt opgesteld en de ontslagbestemming wordt bepaald.

² Richtlijn beroerte 2000 CBO

Criteria opname stroke unit

Ter beoordeling van de neuroloog wordt de patiënt met een beroerte opgenomen op de stroke unit van het GHZ, *tenzij*:

- patiënt met een bekende ernstige co-morbiteit zoals:
 - ernstige dementie
 - gemetastaseerde maligniteit
 - andere ziekte met bekende infauste prognose op korte termijn
- (indien patiënt zelf geen opname wenst).

Opname stroke unit GHZ**1. Medisch behandelplan conform CVA protocol**

- Anamnese / hetero anamnese
- Lichamelijk onderzoek
- Laboratorium onderzoek (zie protocol)
- ECG
- X thorax
- CT scan hersenen, evt MRI
- Duplex carotiden
- Op indicatie:
 - Angiografie
 - Lumbaal punctie
 - EEG
 - overige diagnostiek
- Young stroke protocol patiënten < 50 jaar (zie protocol)
- Monitorbewaking voor controles
- Controles:
 - RR, pols tellen, pupil < 8 uur à 2 uur
 - RR, pols tellen, pupil > 8 uur à 4 uur
 - Temperatuur à 6 uur
 - GCS à 2 uur, zonodig à 1 uur
 - Saturatie meten.
 - Vochtbalans
- Infuusbeleid
- Inclusie / exclusie deelname stroke trials
- Medicatie:
 - Infarct: Ascal 1x dd 300 mgr, na 2 weken 1x dd 100 mgr.
 - Persantin 1x dd 200 mgr., na 7 dagen 2x dd 200 mgr.
 - Fragmin 1x dd 2500 EH sc zonodig.
 - Lipitor 1 x dd 10 mgr.
- Bloeding: TED kousen
- Consult revalidatie arts
- Op indicatie: consult internist, cardioloog
- Consult paramedici
- Afspraken behandelplan maken in het medisch dossier en verpleegkundig zorgdossier
- Gesprek over voorlopig medische diagnose met patiënt en familie.

2. Verpleegkundig behandelplan

2.1 Opvang van patiënt en familie op de stroke unit

- Verpleegkundige anamnese (deel 1) afnemen met patiënt en familie
- Informatie geven over de stroke unit en afdeling Neurologie

2.2 Controles en observaties

- Aanleggen observatie lijst
- Bloeddruk, hartfrequentie, GCS, saturatie, temperatuur, ademhaling volgens voorschrift.
- Sliktest afnemen (zie richtlijnen slikken)
- Controle koorts (zie richtlijnen koorts)
- Controle mictie (zie richtlijnen urine retentie)
- Huidinspectie (zie richtlijnen decubituspreventie)
- Verslaglegging en terugkoppeling van de observaties in het verpleegkundig zorgdossier.

2.3 Zorgtraject uitzetten (zie bijlage)

2.4 Verpleegplan maken van de patiënt.

2.5 Overige aandachtspunten:

- Zuurstof – en uitzuigapparatuur is aanwezig
- Eventueel aanmeten van TED kousen
- Binnen 48 uur verpleegkundige anamnese (deel 2) aanvullen.
- Patiënt aanmelden bij paramedici, inclusief de transmuraal CVA-verpleegkundige
- Patiënt patiënteninformatiedossier CVA geven

2.6 Verpleegkundige interventies voortvloeiend uit protocol.

Criteria voor ontslag van de stroke unit.

In principe verlijft de patiënt gedurende 5 dagen op de stroke unit. Patiënt wordt van de stroke unit overgeplaatst naar de afdeling als:

- De diagnostiek is afgerond
- Vitale functies stabiel
- Anders nl:

Revalidatiefase

De zorgketen

De zorg, behandeling en begeleiding van patiënten die een CVA hebben gehad, vinden in de regio Midden-Holland plaats in een zorgketen. Verschillende zorgaanbieders stemmen hun zorgaanbod af om tot een gezamenlijk zorgprogramma te komen. Zorgpartners Midden-Holland speelt daar een actieve rol in, vanuit het besef dat een belangrijk deel van de CVA-keten zich afspeelt binnen de organisatie.

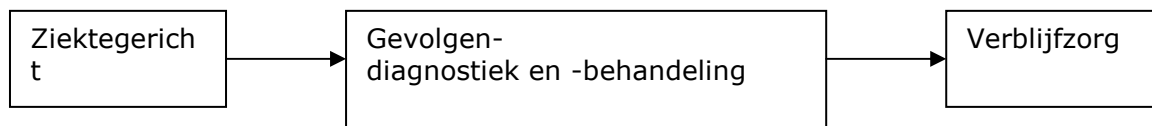
Een regiegroep bewaakt met de ketencoördinatoren (CVA-verpleegkundigen) het implementeren en handhaven van de afspraken die in het kader van de zorgketen zijn gemaakt.

De zorgketen heeft verschillende gevolgen voor Zorgpartners Midden-Holland.

- Wij laten ons beleid en handelen aansluiten bij wat er in de keten is afgesproken. We houden ons daarom goed op de hoogte van de ontwikkelingen. Daar waar nodig passen we onze werkwijzen aan.
- Opdat de werkwijzen en visie binnen de CVA-keten optimaal stroken met onze visie, spelen we een actieve rol in de keten, zowel op behandelniveau als beleidsniveau. Een actieve bijdrage vanuit onze organisatie aan de inrichting van de zorgketen zal er mede toe leiden dat de zorgketen zoveel mogelijk aansluit bij onze visie.
- We moeten heel duidelijk hebben wat we aan patiënten met een CVA kunnen bieden. Dit aanbod moet zowel goed bekend zijn binnen Zorgpartners Midden-Holland als bij andere ketenpartners/verwijzers én patiënten.

Behandeling en verzorging/verpleging

In onze visie zijn in de zorgverlening aan patiënten die een CVA hebben doorgemaakt, drie fasen te onderscheiden:



Elke cliënt met een CVA behoort de fase van gevolgendiagnostiek en behandeling te doorlopen, ook als op voorhand duidelijk is dat een verblijf buiten het verpleeghuis niet tot de mogelijkheden zal behoren. Onder het credo: een grotere zelfredzaamheid/ zelfstandigheid geeft een groter welbevinden.

In de regio willen we verder de boodschap uitstralen dat het voor het functioneren van een cliënt erg positief kan uitwerken om na een intercurrente aandoening anticiperend te handelen als hulpverlener, en bijvoorbeeld een kortdurende gevolgendiagnostiek en behandeling op de dagbehandeling aan te vragen.

▪ **ziektegericht**

Medische diagnostiek en het medisch stabiliseren van een cliënt staan centraal. Deze fase speelt zich in ketenverband vooral af in het ziekenhuis.

Patiënten die reeds in het verpleeghuis wonen en bij wie zich een CVA voordoet, worden in het algemeen niet voor ziektegerichte diagnostiek naar het ziekenhuis verwezen. De verpleeghuisarts verricht de ziektegerichte diagnostiek veelal zelf, en is meestal in staat de patiënten uit deze doelgroep medisch te stabiliseren in het verpleeghuis.

Voor patiënten die in een verzorgingshuis/zorgcentrum wonen is het situationeel bepaald of de huisarts naar het ziekenhuis verwijst.

▪ **gevolgendiagnostiek en –behandeling/interventie; zorgprognostiek**

Nadat het beeld medisch gestabiliseerd is, is het belangrijk om de gevolgen van een CVA in kaart te brengen, om vervolgens te proberen de gevolgen zoveel mogelijk te beperken met gerichte interventies. In Zorgpartners Midden-Holland is daar veel expertise in. In de verpleeghuiszorg zijn we gewend met een (re)activerende houding te werken, functioneel en met name ook anticiperend te kijken.

Binnen Zorgpartners Midden-Holland vindt de gevolgendiagnostiek en –behandeling in zorgketen-verband veelal plaats met een tijdelijk verblijf in het verpleeghuis of in deeltijdbehandeling op de somatische dagbehandeling.

Tijdelijk verblijf verpleeghuis

In verpleeghuis Bloemendaal en verpleeghuis De Riethoek functioneren de revalidatieafdelingen ook als CVA-units. Bij het in kaart brengen van de gevolgen van een CVA is naast aandacht voor de motorische aspecten, met name ook aandacht voor de neuropsychologische aspecten. De revalidatie/reactivering richt zich vervolgens op het weer zo zelfstandig mogelijk laten functioneren van een cliënt in eigen of nieuwe woonomgeving. De paramedici, werkzaam op deze afdelingen, en ook veel verzorgend/verplegend personeel zijn NDT-geschoold. Als onderzoeksmethoden worden ONO en AMPS veel toegepast. De revalidatie arts is vast consulent.

Langdurig verblijf verpleeghuis

Voor een aantal patiënten is op voorhand duidelijk dat men na een CVA niet buiten de omgeving van een verpleeghuis zal kunnen functioneren. Deze patiënten worden veelal opgenomen op een afdeling voor langdurig verblijf in het verpleeghuis.

Ook bij deze patiënten vindt gevolgendiagnostiek en –behandeling plaats, meestal wel in een door de situatie bepaald rustiger tempo.

Deeltijdbehandeling

De somatische dagbehandeling in verpleeghuis Bloemendaal biedt deeltijdbehandeling aan patiënten met een CVA. De werkwijze is vergelijkbaar met die van de revalidatieafdelingen. De patiënten die de dagbehandeling bezoeken kunnen, meestal doordat ondersteuning van mantelzorgers aanwezig is, (al weer) thuis functioneren. Functioneel is er echter nog meer zelfstandigheid te bereiken door een gerichte behandeling van de gevolgen.

Patiënten kunnen om verschillende redenen worden verwezen naar de dagbehandeling:

-voor nabehandeling na een tijdelijk verblijf in het verpleeghuis

-voor gevolgendiagnostiek en –behandeling na ziektegerichte diagnostiek in het ziekenhuis, als er geen indicatie is voor een tijdelijke opname in het verpleeghuis en cliënt weer naar huis wordt ontslagen

-voor gevolgendiagnostiek en –behandeling bij patiënten die in een zorgcentrum wonen of thuis, en er geen indicatie is voor een tijdelijke opname in het verpleeghuis en een verwijzing voor ziektegerichte diagnostiek in het ziekenhuis niet geïndiceerd of gewenst wordt geacht

Gevolgendiagnostiek na intercurrente aandoening

Door/na een intercurrente aandoening kunnen restverschijnselen na een CVA weer (tijdelijk) meer opvallen en het functioneren negatief beïnvloeden. De intercurrente aandoening is inmiddels verdwenen, en toch herstelt een cliënt niet naar zijn eerdere functionele niveau. Gevolgendiagnostiek en –behandeling is bij een dergelijke verstoring van het evenwicht vaak zeer zinvol.

De dagbehandeling van verpleeghuis Bloemendaal kan hier nadrukkelijk een rol in spelen. Soms kan zelfs een tijdelijke opname in het verpleeghuis aangewezen zijn.

▪ **verblijf(zorg)/stabiele fase:**

Op een gegeven ogenblik blijkt dat verdere behandeling geen verbetering in het functioneren meer bewerkstelligt. Er treedt dan een stabiele fase in, waarbij de cliënt al dan niet nog restverschijnselen heeft. Voor de restverschijnselen kan onderhoudsbehandeling zijn aangewezen. De cliënt richt zich nu op het wonen: thuis, in aanleunwoning, verzorgingshuis, verpleeghuis etc.

Hoofdstuk 2. Zorgtraject CVA-revalidatie

Soort document

Kader zorgtraject CVA-revalidatie

Van toepassing voor

Alle bij de revalidatie van CVA-patiënten betrokken medewerkers

Doel

Het zorgtraject beschrijft vorm en inhoud van de revalidatie van CVA-patiënten in Zorgpartners Midden-Holland en de rollen van de verschillende medewerkers in dit traject.

Uitwerking

Het kader bestaat uit een aantal onderdelen:

1. visie en uitgangspunten
2. beschrijving proces + verwijzingen naar bijbehorende documenten
3. kennisgroep CVA
4. borging

1. Visie en uitgangspunten

- door patiënten met een CVA methodisch en systematisch te revalideren zijn er op het gebied van zelfredzaamheid, zelfstandigheid en welbevinden de beste resultaten te bereiken
- een methodische werkwijze maakt zoveel mogelijk gebruik van standaardisering terwijl tegelijkertijd de aandacht voor het individuele van de patiënt blijft bestaan. Mogelijkheden voor standaardisering zijn er vooral in de fase tot en met het vaststellen van het zorgplan.
- het zorgtraject is waar mogelijk gebaseerd op evidence-based handelen
- het zorgtraject is ingebed in de regionale CVA-zorgketen
- binnen het zorgtraject wordt anticiperend gewerkt
- de eindsituatie van het zorgtraject is een niet zo volledig mogelijk herstel. Het zorgtraject richt zich op een situatie dat de patiënt weer buiten de revalidatieafdeling kan functioneren, eventueel ondersteund door mantelzorg en/of professionele hulp. Een verdere functionele verbetering kan zo nodig bereikt worden met nabehandeling (bijvoorbeeld in dagbehandeling of poliklinisch).
- na de analyse vinden interventies en behandelingen plaats op basis van een 'taakstellend zorgplan'. Een 'taakstellend zorgplan' geeft voor een aantal hoofdgebieden aan waar de zorgvragen liggen, welke interventies en behandelingen aangewezen zijn om een ontslag naar een situatie elders te bereiken en een tijdpad dat leidend is. Patiënt, familie en multidisciplinair team verbinden zich aan de afspraken en tijdspaden die zijn vastgelegd in het 'taakstellend zorgplan'.
- in dit zorgtraject onderscheiden we de volgende hoofdgebieden: communicatie/afasie, cognitie, ADL/HDL, mobiliteit, woonsituatie, co-morbiditeit.
- voor meerdere hoofdgebieden bestaan stroomschema's en checklists voor de analyse. Een stroomschema geeft de beslismomenten met doelstellingen aan of en wanneer een deskundige wordt ingeschakeld. De checklist is een hulpmiddel om tot een overzicht te komen van de problemen op een bepaald gebied. Met behulp van de checklisten en de observatielijst cognitie na een CVA zal in het afstemmingsoverleg gekeken moeten worden of het voorlopig zorgplan bijgesteld moet worden om tot een haalbaar taakstellend zorgplan te komen. Hetgeen daarna met patient en familie in het MDO wordt vastgesteld.

2. Beschrijving proces.

Het zorgtraject ziet er als volgt uit:

(zie ook bijlage 11 Zorgtraject revalidatiefase – Intake- en Analysefase CVA-Revalidatie)

-intakefase: gedurende de eerste 2 werkdagen verzamelen van gegevens uit correspondentie en vraaggesprekken.

-analysefase: aan de hand van de stroomschema's en checklist (zie bijlage 11 Zorgtraject revalidatiefase) worden de zorgvragen op de verschillende hoofdgebieden in kaart gebracht. Na 2 weken na opname vindt afstemming in het multidisciplinair team plaats en wordt een concept 'taakstellend zorgplan' opgesteld. Na uiterlijk 3 weken na opname wordt het concept 'taakstellend zorgplan' besproken en vastgesteld met de patiënt.

-behandelfase: er wordt gewerkt om de doelen van het taakstellend zorgplan te realiseren. In deze fase wordt het ontslag voorbereid, zo vroeg mogelijk in het traject.

-ontslagfase: het ontslag wordt geëffectueerd, met bijbehorende overdrachten en correspondentie

3. Kennisgroep CVA

Doel van deze kennisgroep is

- coördineren en katalyseren van activiteiten en ontwikkelingen rondom CVA-beleid in Zorgpartners Midden-Holland en zorgen
- opdrachten te geven aan werkgroepjes om bepaalde punten in een werkwijze, richtlijn, scholing etc. uit werken,
- bijhouden van ontwikkelingen op CVA-gebied, en aangeven welke ontwikkelingen relevant zijn voor Zorgpartners Midden-Holland.
- een nauwe relatie onderhouden met de CVA-zorgketen in Midden-Holland
- zorgen dat er in Zorgpartners Midden-Holland en in de regio onze visie betreffende verantwoorde zorg aan CVA-cliënten wordt uitgedragen.

Leden van de CVA-kennisgroep kunnen overstijgend denken, zijn inspirerend en hebben toegang tot kennis en netwerken.

Samenstelling van de CVA-kennisgroep:

- 1 verpleeghuisarts
 - 1 fysiotherapeut
 - 1 ergotherapeut
 - 1 psycholoog
 - 2 hoofden revalidatie-afdeling/CVA-unit
 - 1 afdelingshoofd/teamleider zorgcentrum
- secretariële ondersteuning.

Rapportage vindt plaats aan de manager Behandeling & begeleiding en via deze naar CMT en Zorgberaad. Via de lijn vindt communicatie naar de vakgroepen en locaties plaats.

De kennisgroep komt minimaal 2x per jaar bij elkaar.

4. Borging

De multidisciplinaire teams die CVA-revalidatie bieden borgen de werkwijze op de werkvloer. De CVA kennisgroep zorgt voor evaluatie, aanpassing en actualiseren van de verschillende documenten.

Chronische fase

Hoofdstuk 1. De CVA nazorgpoli

Algemene doelstelling CVA nazorgpoli.

De verpleegkundige nazorgpoli is een aanvullende vorm van zorgverlening aan de patiënt met een CVA. Het doel van de nazorgpoli is:

Het voorkomen en signaleren dan wel verminderen van problemen in het cognitief, gedragsmatig of emotioneel functioneren van patiënten en mantelzorgers.

Het geven van adequate voorlichting en advies aan zowel de patiënt als de mantelzorg. Naast informatie over het CVA, ook informatie over patiëntenverenigingen, hulpmiddelen en aanpassingen, cursussen, etc.

Verantwoordelijkheid

De CVA nazorgpoli is onderdeel van de werkplek Neurologie. De transmuraal CVA verpleegkundigen worden (para) medisch inhoudelijk aangestuurd door de neuroloog. De medisch specialist (Neuroloog) blijft eindverantwoordelijk.

Doelgroep

- Patiënten met een CVA na opname, waarbij een huisbezoek niet noodzakelijk is en die in staat zijn naar het ziekenhuis te komen
- Patiënten met een CVA waarbij opname niet noodzakelijk is maar poliklinisch worden behandeld.
- Patiënten die in de chronische fase nog behoefte hebben aan nazorg.

Registratie en tijdsverantwoording

In database Transmuraal CVA-verpleegkundige wordt kort verslag polibezoek gemaakt. Behandelend neuroloog of huisarts krijgt kort verslag in medische status(standaard invulformulier).

Afspraken:

- De CVA nazorgpoli vindt plaats op elke donderdag van 9:00 – 12:30 uur.
- De transmuraal CVA verpleegkundigen zijn bereikbaar via 0182-505384
- Poli – afspraak wordt door de secretaresse van de neuroloog of verpleegafdeling gemaakt. Zonodig wordt er overlegd met transmuraal cva-verpleegkundige.
- De transmuraal cva-verpleegkundige zelf is verantwoordelijk voor de logistiek van de nazorg – poli.
- Er is altijd een neuroloog bereikbaar tijdens de verpleegkundige poli.
- Er is regelmatig overleg met neuroloog.

Zorg in de thuis situatie

De zorg in de thuissituatie kan bestaan uit:

- Zorg door wijkverpleegkundige
- Zorg door verzorgende
- (gespecialiseerde) Gezinszorg
- Huishoudelijke hulp

De wijkverpleegkundige coördineert de zorg rondom de patiënt op basis van de indicatie die gesteld is voor thuiszorg.

De transmuraal CVA verpleegkundige houdt bij ontslag naar huis (eigen woonomgeving van de patiënt) contact met de patiënt. Dit kan zijn door middel van een telefonisch contact of het brengen van een huisbezoek.

De transmuraal CVA verpleegkundige heeft indien gewenst contact met de verpleegkundigen in de thuiszorg.

Rolbeschrijving disciplines

Doel van de functie

- Het geven van voorlichting, instructie en psychosociale begeleiding aan patiënt en relaties, klinisch, poliklinisch en in de thuissituatie, met als doel de kwaliteit van leven te optimaliseren met behoud van eigen identiteit en eigenwaarde.
- Naast de bijdrage aan de ontwikkeling van het verpleegkundig beroep levert hij/zij een bijdrage aan de professionele ontwikkeling van individuele beroepsbeoefenaren middels consulentschap.
- De transmuraal CVA-verpleegkundige initieert veranderingsprocessen die een bijdrage leveren aan de kwaliteit van de zorgverlening aan de CVA patiënt binnen de CVA keten.
- De transmuraal CVA verpleegkundige levert een belangrijke bijdrage in het bevorderen van doorstroming van de CVA patiënten binnen de CVA keten Midden Holland.
- De CVA verpleegkundige werkt nauw samen met de CVA netwerkcoördinator

Functie-inhoud

- Het signaleren van de individuele behoeften van de patiënt en zijn/haar naaste(n) en hierop de benodigde zorg formuleren, uitvoeren en/of delegeren; zo nodig het inschakelen en doorverwijzen naar derden.
- Het geven van voorlichting en informatie over het ziektebeeld en behandeling en de gevolgen hiervan op het dagelijks functioneren.
- Het begeleiden en coachen van de patiënt en zijn/haar naasten in de acute, revalidatie en chronische fase met als doel een voor de patiënt en zijn/haar naasten zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven.
- Het initiëren en coördineren van activiteiten rondom het voorlichting- en begeleidingsproces binnen de CVA keten.
- Het signaleren van lacunes in de zorg aan de CVA patiënt in de CVA keten
- Het geven van adviezen aan verpleegkundigen, verzorgenden en behandelaars en hebben een rol in bevorderen van deskundigheid.
- Het zorgdragen voor adequate verslaggeving en overdracht aan collega's en behandelaars.
- Het houden van verpleegkundig spreekuur voor patiënt en partner/familie.
- Het houden van groepsvoorlichting voor CVA-patiënten en partner/familie.
- Deelname aan multidisciplinair overleg in de diverse instellingen
- Het ontwikkelen en evalueren van protocollen in het kader van de CVA-zorgketen.
- Deelname aan diverse werkgroepen.
- Het registreren van patiëntengegevens.
- Aanspreekpunt voor CVA-patiënt en partner/familie en de verschillende zorgverleners in alle fasen van de zorgketen.
- Contactpersoon tussen de verschillende instellingen in de zorgketen.

Werkafspraken

- Bij opname in GHZ wordt CVA-patiënt aangemeld bij transmuraal CVA-verpleegkundige . De transmuraal CVA-verpleegkundige legt contact met patiënt en familie en oriënteert zich vanaf het eerste contact op de patiëntensituatie.
- Na 5-7 dagen maakt transmuraal CVA-verpleegkundige een afspraak voor gesprek met de arts, CVA-patiënt en familie, waarin diagnose, behandeling en mogelijke ontslagbestemming ter sprake komt.
- Transmuraal CVA-verpleegkundige coördineert de aanvraag eventuele vervolgvoorziening en onderhoudt zonodig contact met transferverpleegkundige en vervolginstelling.
- Bij overplaatsing is de transmuraal CVA-verpleegkundige de contactpersoon tussen de verschillende instellingen in de zorgketen en draagt zorg voor de continuïteit van zorgverlening

- Na ontslag uit ziekenhuis of andere instelling neemt transmuraal CVA-verpleegkundige na twee weken contact op met patiënt en maakt indien gewenst een afspraak voor huisbezoek.
- Afhankelijk van individuele behoefte vinden nog twee vervolghuisbezoeken plaats.
- Indien gewenst draagt transmuraal CVA-verpleegkundige na een jaar de patiënt over aan de praktijkverpleegkundige van de huisarts of de wijkverpleegkundige.

Hoofdstuk 2.

Rolbeschrijving (verpleeg)huisarts

De huisarts is de eerste schakel in de keten van de CVA patiënt. Na het ontstaan van een (recidief) CVA volgt in het stroomdiagram het eerste beslismoment waarbij de huisarts als hoofdverantwoordelijke optreedt.

Taak

Verwijzing van de CVA patiënt na afname anamnese en verrichten lichamelijk onderzoek, op basis van het verwijs en behandelprotocol.

Verwijzing geschiedt naar ziekenhuis of verpleeghuis.

Indien er een contra-indicatie bestaat om de CVA patiënt in het ziekenhuis of op een CVA unit op te nemen en de patiënt blijft thuis blijft de huisarts hoofdbehandelaar.

Verantwoordelijkheden

De huisarts is verantwoordelijk voor het medische beleid in de thuissituatie.

Verslaglegging

De huisarts wordt op de hoogte gehouden van de voortgang middels ontslagbrief van de neuroloog.

Wanneer patiënt weer naar de oude woonsituatie terugkeert wordt de huisarts hiervan in kennis gesteld middels voorlopige ontslagbrief. Op dat moment geldt de huisarts ook weer als hoofdbehandelaar.

De huisarts kan extra informatie verkrijgen van de transmuraal CVA verpleegkundigen en daarnaast zal het transmuraal zorgdossier welke bij de patiënt blijft voor de huisarts informatie opleveren met betrekking tot het eindniveau van revalidatie.

Hoofdstuk 3.

Rolbeschrijving neuroloog

Neuroloog is bij opname in het ziekenhuis of bij verwijzing naar polikliniek de hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijk.

Taken

De neuroloog bepaalt het beleid en stelt het behandelplan op.

De neuroloog regelt de aanvragen voor de overige disciplines.

De neuroloog zit het MDO voor.

De neuroloog bepaalt in nauw overleg met de andere disciplines wat het vervolgbeleid zal zijn.

Verantwoordelijkheden

De neuroloog is verantwoordelijk voor het medische beleid tijdens de opname en het ontslagbeleid.

Verslaglegging

Bij ontslag naar een instelling wordt een voorlopige ontslagbrief meegegeven in het transmuraal zorgdossier.

De huisarts ontvangt zo spoedig mogelijk na ontslag een definitieve ontslagbrief.

Hoofdstuk 4.

Rolbeschrijving revalidatiearts

De revalidatie arts analyseert en stelt een diagnose aan de hand van twee systemen
RAP activiteiten (revalidatie activiteiten programma)
SAMPC (somatiek, ADL, maatschappelijk functioneren, psyche, communicatie)
met betrekking tot de stoornis, beperking en de handicap van de patiënt. De revalidatie arts formuleert naar aanleiding hiervan een prognose. Hierbij wordt rekening gehouden met de te verwachten haalbaarheid van het werken aan de stoornis waarmee de beperking opgeheven of verminderd kan worden.

De revalidatie arts heeft een aantal middelen:

Medisch:

stoornissen op de somatiek, betrekking hebbende (pijn, kracht, gevoel, etc.)waarbij de arts medicatie voor kan schrijven (spasmolytica, pijnstilling, etc.)

Paramedisch:

middels multidisciplinaire setting therapie aanbieden
inschakelen van paramedische diensten om beperkingen in functie te trainen (bv. fysiotherapie balanstreining, of pijn verminderen)

De revalidatiearts heeft een inzichtelijk coördinerende rol richting de toekomst van de patiënt.

Deelname aan de keten

De revalidatie arts wordt in consult gevraagd door de neuroloog en in het verpleeghuis.

De revalidatie arts neemt deel aan het MDO .

Verslaglegging

Ontslagformulier bij ontslag revalidatie wordt toegevoegd aan het Transmuraal Overdrachts Dossier.

Visie op verplegen en verzorgen

Verplegen van CVA patiënten is het geheel van arbeidstaken, gericht op het verplegen en verzorgen van lichamelijk- en/of geestelijk zieke en/of gehandicapte mensen. Het gaat hierbij om hoogcomplexere zorg.

Uitgangspunt is patiëntgericht verplegen en het uitgaan van het individu, met zijn eigen wensen en behoeften.

Zelfredzaamheid van de CVA patiënt moet worden bevorderd door de patiënt te stimuleren en de mantelzorgers in het zorgproces te betrekken.

Wanneer de zelfredzaamheid van de patiënt tekort schiet, grijpt de verpleegkundige in. In het gehele verpleegproces loopt de rode draad van methodisch handelen.

Methodisch handelen zorgt ervoor dat de verpleegkundige doelgericht, bewust en procesmatig kan werken.

Doel

Het verplegen en verzorgen van de aan hem/haar toevertrouwde CVA patiënten met behoud van hun eigen identiteit en eigenwaarde, volgens van toepassing zijnde wettelijke bepalingen, protocollen en overige binnen de instelling geldende afspraken. Dit geldt voor zowel de intra als extramurale setting.

Deelname aan de CVA keten

De verpleegkundige heeft een belangrijke taak bij:

Het signaleren van veranderingen in de toestand van de CVA patiënt, het hierop aanpassen van de zorgverlening ; het zonodig inschakelen van derden.

Het signaleren van de individuele behoeften van de CVA patiënt en het hierop aanpassen van de zorgverlening ; het zonodig inschakelen van derden.

Het signaleren van de behoefte aan, het mede vormgeven en het uitvoeren van verbeteringen in het zorgproces.

Het signaleren van de behoefte aan, het mede vormgeven en het uitvoeren van verbeteringen in het werkproces.

Verslaglegging

Naast de dagelijkse rapportage in het verpleegkundig dossier/cliëntenmap, wordt indien een CVA patiënt met ontslag gaat naar huis of een vervolginstelling een verpleegkundige overdracht toegevoegd aan het transmuraal overdrachtdossier.

Visie op verplegen en verzorgen

Verplegen van CVA patiënten is het geheel van arbeidstaken, gericht op het verzorgen van lichamelijk- en/of geestelijk zieke en/of gehandicapte mensen.

Uitgangspunt is patiëntgericht verplegen en het uitgaan van het individu, met zijn eigen wensen en behoeften.

Zelfredzaamheid van de CVA patiënt moet worden bevorderd door de patiënt te stimuleren en de mantelzorgers in het zorgproces te betrekken.

Doel

Het verzorgen van de aan hem/haar toevertrouwde CVA patiënten en combinaties van (laag) complexe situaties, met behoud van eigen identiteit en eigenwaarde. De verzorgende assisteert de verpleegkundige bij hoogcomplexe zorgvragen.

Deelname aan de CVA keten

Het signaleren van veranderingen in de toestand van de patiënt, het hierop aanpassen van de zorgverlening; in overleg, zonodig het inschakelen van derden.

Het signaleren van de individuele behoeften van de patiënt en het hierop aanpassen van de zorgverlening; in overleg het zonodig inschakelen van derden.

Het signaleren van de behoefte aan, mede vormgeven en het uitvoeren van verbeteringen in het zorgproces, in overleg met derden.

Het signaleren van de behoefte aan, mede vormgeven en het uitvoeren van verbeteringen in het werkproces, in overleg met derden.

Verslaglegging

Naast de dagelijkse rapportage in het verpleegkundig dossier, wordt indien een CVA patiënt met ontslag gaat naar huis of een vervolginstelling een verpleegkundige overdracht toegevoegd aan het transmuraal overdrachtdossier.

Visie

De vragen, behoeften en mogelijkheden van zorgvragers zijn het uitgangspunt om de zorg zo dicht mogelijk bij de thuissituatie te geven. De zorgverlening aan de cliënt en diens mantelzorg, bij de overgang van de ene organisatie naar de andere moet zo naadloos mogelijk op elkaar aansluiten. Het gaat om de juiste zorg, op de juiste plaats, door de juiste hulpverlener waardoor er continuïteit in de zorg ontstaat.

Bijdrage in de CVA keten

De transferverpleegkundige indiceert en bemiddelt de thuiszorg en tijdelijke opname in het verzorgingshuis in samenspraak met de cliënt, de afdelingsverpleegkundige en de CVA verpleegkundige. De transferverpleegkundige verricht desgewenst een consultfunctie t.a.v. de afdelingsverpleegkundige en de CVA verpleegkundige omtrent mogelijkheden van de zorg. Er is een directe communicatie tussen de CVA-verpleegkundige en de transferverpleegkundige omtrent de wachtlijsten in het verpleeghuis.

Verslaglegging

De transferverpleegkundige legt verslag in het verpleegkundig dossier van het Groene Hart ziekenhuis op het multidisciplinaire blad.

Visie ergotherapie m.b.t. de CVA patiënt

Het handelen wordt na een CVA door senso-motorische en/of cognitieve functiestoornissen vaak beperkt. De ergotherapeut gaat samen met de patiënt na welke activiteiten belangrijk zijn voor de patiënt om de noodzakelijke en gewenste rollen (weer) te kunnen uitvoeren en deel te kunnen nemen aan de maatschappij. Het handelen, staat centraal zowel in observatie als in behandeling.

Doel van de ergotherapie:

De ergotherapeut komt tot een behandelplan middels het verrichten van ergotherapeutische diagnostiek als aanvulling op de medische diagnostiek.

De behandeling is gericht op ontwikkeling, verbetering of herstel van de mogelijkheden tot een zo optimaal mogelijk functioneren van de patiënt voor zowel de korte als lange termijn. De ergotherapeut brengt samen met de patiënt zijn rollen, wensen en behoeften in kaart. Daarnaast kan de ergotherapeut zich richten op coaching en begeleiding van de omgeving (familie, mantelzorgers, verzorgende etc.) en aanpassing van de leefomgeving.

Deelname aan de cva keten

In het ziekenhuis wordt de ergotherapeut zo spoedig mogelijk door de neuroloog in consult gevraagd, indien de situatie van de patiënt dit toelaat. Verwijzing naar de ergotherapie kan ook geschieden via revalidatiearts, verpleeghuisarts of huisarts. Er werken ergotherapeuten in het ziekenhuis, poliklinisch revalidatiecentrum, verpleeghuis, verzorgingshuis en in de eerste lijn.

Afstemming van de behandelingen met andere disciplines vindt plaats in het multidisciplinaire overleg in de intramurale settingen.

Verslaglegging

Ergotherapeutisch overdrachtsformulier en eindverslag worden toegevoegd aan het transmuraal patiëntendossier en eventueel aan het ergotherapeutisch dossier. In de eerste lijn wordt de eindrapportage opgestuurd naar de huisarts en de cva-verpleegkundige.

Visie

De CVA patiënt met zijn/ haar hulpvraag staat centraal in zijn/haar herstelproces. De fysiotherapeut is de begeleider die concrete en meetbare doelen nastreeft, die samen met de patiënt zijn opgesteld.

Doel van de fysiotherapie:

- Samen met andere disciplines zo snel mogelijk beeld vormen van de mogelijke revalidatierichting waarbij de fysiotherapeut met name een inschatting maakt van het motorisch functioneren (rekening houdend met het totale neuropsychologisch functioneren) nu en in de toekomst. En gericht op woon en leefsituatie.
- Het stimuleren van motorische activiteiten, functionele trainingen als zitten, staan, lopen, reiken, steunen, enz. gericht op het dagelijks leven van de patiënt
- Het stimuleren van deelname aan de maatschappij en het oefenen van de voorwaarden (zoals fietsen, sporten, werkhouding
- Het geven van informatie/ advies over het motorisch en cognitief functioneren van de patiënt
- Het controleren en behandelen indien nodig van pulmonale problemen

Deelname aan de keten

De fysiotherapie wordt betrokken bij de keten nadat de neuroloog bepaald heeft dat fysiotherapie geïndiceerd is. Daarnaast kan de CVA patiënt ook doorverwezen worden via verpleeghuisarts, revalidatiearts of een huisarts.

De fysiotherapeut neemt deel aan het MDO

Verslaglegging

Eindniveau na revalidatie wordt toegevoegd aan transmuraal dossier.

Verslaglegging bestemd voor de instelling wordt toegevoegd aan patiënten dossier en het dossier van fysiotherapeut.

Visie logopedie

Bij mensen die een CVA doorgemaakt hebben kunnen neuropsychologische functiestoornissen een belemmerende invloed hebben op het revalidatieproces. Bij de benadering van mensen met een CVA wordt met inachtneming van deze stoornissen begeleiding en behandeling ingezet. Hierbij wordt uit gegaan van die activiteiten welke voor de cliënt belangrijk zijn. Het accent bij de logopedie ligt bij het verbeteren, behouden of in achteruitgang te begeleiden van de communicatieve vermogens van de cliënt met stoornissen op het gebied van stem, taal, spraak of gehoor.

Doelen van de logopedie hebben betrekking op:

- Optimaliseren communicatie
stimuleren / verruimen van resterende verbale en non-verbale communicatie
- Omgang met stoornis
psychosociale begeleiding van patiënt en omgeving begeleiding bij terugkeer naar werk
- Voedingsgedrag
zorgen voor een veilig eet en drink proces.

Deelname aan de cva keten

De neuroloog/ revalidatiearts/ specialist ouderen geneeskunde bepaalt in een zo vroeg mogelijk stadium of logopedie geïndiceerd is. Logopedie wordt ingeschakeld wanneer er sprake is van gestoorde communicatie en /of gestoord oraal voedingsgedrag. De logopedist neemt deel aan het MDO

Verslaglegging

Eindniveau na revalidatie wordt toegevoegd aan transmuraal dossier.

Verslaglegging bestemd voor de instelling wordt toegevoegd aan patiënten dossier en het logopedisch dossier.

Hoofdstuk 11.

Rolbeschrijving diëtetiek

Visie

Na het doormaken van een cva kan een patiënt problemen hebben met eten en drinken. Hierdoor kan de voedingstoestand van de patiënt in gevaar komen. De diëtist is er voor het verbeteren van de voedingstoestand en hierover advies te geven aan patiënt en hulpverleners. Tevens kan de diëtist advies geven bij kauw- en slikproblemen, bij sondevoeding en comorbiditeit.

Doel

Na een intakegesprek en het afnemen van een voedingsanamnese kan door de diëtist een behandelplan worden opgesteld.

De behandeling is gericht op het behouden of verbeteren van de voedingstoestand van de patiënt. Hierbij wordt rekening gehouden met diverse factoren zoals kauw- en slikproblemen en de mogelijkheden van de patiënt om zelf, of zonodig met adequate hulpmiddelen, te kunnen eten. Ook kan de behandeling gericht zijn op het verminderen van de risicofactoren bij Hart- en vaatziekten zoals overgewicht, hypertensie en hypercholesterolemie.

Deelname aan de cva keten

In het ziekenhuis wordt de patiënt binnen 24 uur na opname gescreend middels de SNAQ. Bij een SNAQ score van 3 of hoger wordt de diëtist door de verpleegkundige in consult gevraagd. De diëtist maakt binnen 48 uur een behandelplan.

Doorverwijzing om overige redenen, zoals het starten van sondevoeding, dienen door de arts (assistent) te gebeuren.

In de verpleeghuizen wordt momenteel de screening middels de SNAQ geïmplementeerd.

Bij een rode score is er ondervoeding en is verwijzing naar diëtist nodig.

Bij patiënten die opgenomen worden binnen de verpleeghuizen voor revalidatie of chronisch verblijf is vaak sprake van comorbiditeit en dit zal invloed hebben bij de dieetadvisering, bv diabetes, nierfalen. Binnen afzienbare tijd zal er ook in de eerste lijn gestart gaan worden met de implementatie van het screenen op ondervoeding. Deze patiënten kunnen vervolgens worden doorverwezen naar een diëtist in de eerste lijn.

Bij ontslag uit/opname in ziekenhuis of verpleeghuis verwijzen de diëtisten in de verschillende werkvelden zonodig naar elkaar en zorgen voor een overdracht.

Verslaglegging

Na het eerste consult volgt verslaglegging voor de instelling waar de patiënt verblijft of in de thuissituatie voor de huisarts. Tevens kan er tussentijds verslaglegging plaatsvinden en aan het einde van de behandeling volgt een eindrapportage.

De diëtist heeft tevens een eigen dossier van de patiënt.

Rol van de verpleging/verzorging:

Signaleren ondervoeding of risico op ondervoeding a.h.v. SNAQ en monitoren intake.

Verwijzing voor diëtist vragen aan huisarts.

Wanneer doorverwijzen naar diëtist:

- Ondervoeding: SNAQ-score die onvoldoende /rood is
- Kauw- en slikproblemen
- Sondevoeding
- Diabetes
- Overgewicht: BMI > 28
- Nierfalen
- Hartfalen
- Obstipatie

In de thuissituatie kan de patiënt bij voedings- of dieetvragen zelf contact opnemen met de diëtist. Dat kan telefonisch of via e-mail.

Hoofdstuk 12.

Rolbeschrijving van de psycholoog

Visie

Deze visie is grotendeels gebaseerd op het artikel 'Cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen na een beroerte: evidence based richtlijnen voor revalidatie door C. van Heugden, E. Groet en D. Stolker (Neuropraxis 5, 2003, 152- 162) en de Richtlijnen van de Nederlandse Hartstichting 'Revalidatie na een beroerte' 2001

De (neuro)psycholoog heeft een duidelijke taak ten aanzien van het op systematische wijze in kaart brengen van de cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen na een CVA. In de acute fase, wanneer de patiënt sterk ontregeld is, is uitgebreide diagnostiek niet zinvol. Bij twijfelgevallen zou in een klinische setting een bijdrage geleverd kunnen worden bij het te bepalen ontslagbeleid.

Er vindt later in de revalidatiefase een uitgebreid neuropsychologisch onderzoek plaats om de cognitieve functies te inventariseren. Daarnaast worden tevens de emotionele en gedragsmatige gevolgen op een rij gezet door middel van gestandaardiseerde tests en/of klinische observaties, anamnese en heteroanamnese. Bij patiënten bij wie cognitieve stoornissen een rol spelen is het van belang dat er gedurende het herstelproces diagnostiek plaats vindt zodat veranderingen en behoeften goed gevolgd kunnen worden. Bij de diagnostiek wordt gebruik gemaakt van 'De richtlijnen voor de screening van cognitief functioneren bij patiënten met een CVA' van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP). De direct betrokkenen, c.q familieleden worden bij de diagnostiek betrokken en krijgen naast de patiënt ook voorlichting over de gevolgen van het CVA. De psycholoog ondersteunt en adviseert tevens de behandelaars omtrent het omgaan, c.q behandelen van de stoornissen op het gebied van cognitie, gedrag of emotie.

Naast bovengenoemde diagnostiek vindt er behandeling plaats. Deze multidisciplinaire revalidatie behandeling (cognitieve revalidatie) kan de volgende doelen bevatten:

- voorlichting/psychoeducatie over de stoornissen in cognitie, emotie en gedrag en adviezen over het leren omgaan met deze stoornissen aan zowel de patiënt als aan zijn directe omgeving.
- het versterken of herwinnen van oude vaardigheden of gedrag
- verwerven van nieuwe cognitieve vaardigheden door compensatoire cognitieve mechanismen voor het verstoorde neurologisch systeem
- verwerven van nieuwe vaardigheden door het gebruik van externe compensatoire mechanismen
- leren omgaan met cognitieve beperkingen.
- gedragsmodificatie om vormen van ongewenst gedrag af te leren of bepaalde vaardigheden aan te leren (bijvoorbeeld sociale vaardigheden)
- psychotherapie en relatietherapie. Deze behandeling wordt aangepast aan de beperkingen van de patiënt
- een vorm van groepspsychotherapie kan ingezet worden om bepaalde vaardigheden of compensatiestrategieën aan te leren. Ook kan dit de verwerking van het lestel bevorderen.

Deelname in de keten

Zoals eerder gezegd is de rol van de (neuro)psycholoog in de acute fase klein te noemen. Eventueel kan de psycholoog adviseren omtrent gedragsproblemen en/of emotionele problemen.

In de revalidatiefase is de rol van de psycholoog aanzienlijk (zoals hierboven beschreven) en wordt dan ook standaard aanbevolen.

De (neuro)psycholoog kan in de chronische fase voor zowel voor diagnostiek als voor behandeling op indicatie ingezet worden bij optredende complicaties en/of een veranderde thuissituatie.

Verslaglegging

Van een neuropsychologisch onderzoek wordt een verslag geschreven en na elke behandeling wordt er een eindverslag geschreven met daarin een samenvatting van de behandeling, de adviezen en de eindresultaten.

Visie maatschappelijk werk

Een CVA is een ingrijpende gebeurtenis waarvan we uit de praktijk weten dat die de emotionele balans van de patiënt en zijn directe omgeving kan verstoren. Een nieuw evenwicht zal gevonden moeten worden. Een van de manieren om dit herstel van balans te bespoedigen is het inschakelen van het Maatschappelijk werk.

Maatschappelijk werk kan hulp bieden bij problemen van psychosociale aard. Wanneer de hulpverlening niet is afgerond en verwijzing noodzakelijk is, dan wordt contact opgenomen met en verwezen naar het maatschappelijk werk in de vervolginstelling of de eerstelijns hulpverlening.

Doel medisch maatschappelijk werk

Kortdurende, procesmatige hulpverlening gericht op het oplossen dan wel verminderen van problemen van de patiënt en/of zijn netwerk welke verband houden met ziekte, behandeling of factoren die het herstel belemmeren. Het maatschappelijk werk is dus gericht op verandering.

Deelname CVA - keten

De maatschappelijk werker kan worden ingeschakeld door de verpleging, de neuroloog en of de revalidatiearts. Daarnaast kunnen patiënten c.q. familie zelf contact opnemen met de maatschappelijk werker.

Verslaglegging

Er wordt gerapporteerd in het patiëntendossier en mondeling tijdens de daarvoor bestemde en wekelijkse multidisciplinaire bespreking.

Hoofdstuk 14.

Rolbeschrijving netwerkcoördinator

Doel van de functie

De toegankelijkheid van de CVA zorg in de regio te optimaliseren voor de cliënt en zorgverleners, door het afstemmen van de activiteiten van de verschillende organisaties en zorgverleners op elkaar om daarmee eenduidigheid, optimale bereikbaarheid, toegankelijkheid en benutting van de aanwezige deskundigheid en zorg te creëren.

Afgeleide doelen

- Optimaliseren van de samenwerking tussen zorgaanbieders in de zorgverlening
- Ontwikkeling van een gezamenlijke beleidsvisie
- Optimaliseren van de bestuurlijke samenwerking
- Optimaliseren van de toegankelijkheid en bereikbaarheid van het zorg aanbod
- Werken aan een kwaliteitskader
- Aansluiting zoeken bij regionale ontwikkelingen op het gebied van transmurale zorg

Plaats van de functie

De coördinator Netwerk CVA Midden-Holland is werkzaam voor het Transmuraal bureau. Het Transmuraal Bureau maakt deel uit van de Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland en is belast met beleids- en projectondersteuning voor transmurale zorgontwikkeling. De coördinator Netwerk CVA richt zich op alle zorgverleners en organisaties in de regio die betrokken zijn bij CVA zorg.

Functie-inhoud

- Ondersteunen en toetsen van condities voor een goede samenwerking en activeren en verbinden van netwerkpartners op de verschillende niveaus, zoals het bewaken van afspraken, het bevorderen van samenwerking en het signaleren van knelpunten.
- Bevorderen van professionalisering en deskundigheid door het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen en het coördineren van (bij)scholingsactiviteiten.
- Realiseren en onderhouden van een netwerksysteem ter ondersteuning van cliënten met een CVA en hun mantelzorgers.
- Voortgangsrapportage en informatie aanleveren aan de regiegroep CVA
- PR en voorlichtingsactiviteiten volgens het opgestelde communicatieplan.
- Initieert veranderingsprocessen die een bijdrage leveren aan de kwaliteit van de zorgverlening aan de CVA patiënt binnen de CVA keten.
- levert een belangrijke bijdrage in het bevorderen van doorstroming van de CVA patiënten binnen de CVA keten Midden Holland
- Het signaleren van lacunes in de zorg aan de CVA patiënt in de CVA keten met daaruit voortvloeiende interventies.
- Deelname aan diverse werkgroepen.
- Verzamelen van sturingsgegevens om zicht te houden op de CVA Zorgketen.

Inhoudelijke omschrijving behandeldisciplines

Hoofdstuk 1. Ergotherapie inhoudelijke omschrijving werkzaamheden

Inventarisatie en observatie fase	
Doel	Inventariseren van de mogelijkheden en beperkingen in het handelen. De handelingsgebieden zijn: zelfredzaamheid, productiviteit (arbeid) en vrije tijd.
Aandachtsgebieden	Functioneren voor opname Woonsituatie en sociale situatie ADL observatie of het handelen beïnvloed wordt door cognitieve of sensomotorisch stoornissen en zo ja in welke mate en hoe activiteiten m.b.t. :zelfzorg: o.a. wassen, aankleden eten drinken handonderzoek: oedeem, kracht, sensibiliteit, basisvaardigheden en functioneel handelen observatie NPFS huishouden zitten en liggen (decubituspreventie) verplaatsen ((elektrische) rolstoel, scootmobiel) transfers hobby's huisbezoek (observatie inventarisatie zie behandelfase)
Middelen	Anamnese, onderzoek en observatie Verpleegkundige intake, andere disciplines , familie(heteroanamnese) ergotherapeutische observaties : A one, AMPS, ONO, C.O.P..M NPFS observatie NVE observatie volgens WCN lijst Huisbezoek Handfunctietesten: sensibiliteit (monofilamenten, 2-puntsdiscriminatie, stereognosis), Jamar meting (meting voor knijpkracht)
Opstellen behandelplan	Op basis van de verzamelde gegevens stelt de ergotherapeut een beroepsspecifiek oordeel op over de patiënt. Hierin worden de doelen geformuleerd van de behandelbare stoornissen/ beperkingen en de geplande interventies

Behandelfase	
Algemeen behandelgoal	Optimaal functioneren in eigen woon-, leef- en werksituatie
Middelen	Het opnieuw of anders aanleren van handelingen en activiteiten Het geven van adviezen en uitleg zowel aan patiënt als familie hoe met beperkingen en handicaps om te gaan Het doen van aanvragen voor hulpmiddelen en aanpassingen bij de betreffende organisaties Orthesen

Toegepaste therapie	
Dagelijkse activiteiten	Gericht op optimaal gebruik eigen mogelijkheden Training sensomotorische en cognitieve vaardigheden d.m.v. alledaagse activiteiten Zelfzorg: o.a. wassen, kleden decubituspreventie Eten en drinken: o.a. zelfstandig hanteren van bestek, brood smeren en snijden, etc. Huishoudelijke activiteiten, o.a. zelfstandig voorbereiden en koken van een maaltijd Communicatie: o.a. schrijven, telefoneren, boodschappen doen, betalen. Vrijtijdsbesteding: hobby ontwikkeling Arbeid: werkbegeleiding/ werkhervatting/ voorbereiding etc.
Handfunctietraining	Optimaal inschakelen van de aangedane hand /arm Opdoen van bewegingservaring Verbeteren functionaliteit Aanleren zorg te dragen voor aangedane hand/ arm (positioneren, zorgvuldige omgang) Oedeempreventie contractuurpreventie
Hulpmiddelen en aanpassingen	Advies t.a.v. aanschaf en training gebruik hulpmiddelen/ voorzieningen
Leren omgaan met Neuro-psychologische functiestoornissen	training (b.v. oriëntatietraining, apraxietraining, etc) doorspreken resultaten en implicaties met patiënt, familie en behandelteam geven van omgangs- en begeleidingsadviezen
Orthesen.	vervaardigen van eenvoudige orthesen (spalk, sling) adviseren t.a.v. overige orthesen i.o.m. desbetreffende firma's
Huisbezoek	huidige woonsituatie beoordelen op de mogelijkheid voor patiënt daar zelfstandig te functioneren advies t.a.v. woningaanpassingen, hulpmiddelen en voorzieningen die het zelfstandig functioneren optimaliseren observatie functioneren patiënt in eigen woonomgeving Afnemen AMPS in thuissituatie.
Mobiliteit	Adviseren t.a.v. soort en aanpassingen aan rolstoelen Geven van training in rolstoel (handbewogen of elektrisch) of scootmobiel Transfers
Evaluatie fase	Geformuleerde doelen evalueren Ingezette therapie evalueren Eindniveau's rapportage t.b.v. zorgverleners vervolginstellingen, eerste lijn etc.

Hoofdstuk 2.**Fysiotherapie inhoudelijke omschrijving werkzaamheden**

Inventarisatie en observatiefase	
Doel	Inventariseren hoofdproblemen op stoornis- en beperkingen niveau
Aandachtpunten	Bewustzijn Nevenpathologie Belastbaarheid (lichamelijk en psychisch) Motoriek (Parese/ paralyse, ataxie, tonus) Sensibiliteit Links/rechtshandigheid Pijn Visus/ hemianopsie Fatische stoornissen Neuropsychologische functiestoornissen Neglect Ziekte inzicht, begrip Aandacht, concentratie Functioneren voor het CVA Sociale context
Middelen	Fysiotherapeutische anamnese en onderzoek Medische status / verpleegplan Transmuraal zorgdossier FAC score Berg Balance Test Thrunck Controle Test Modified Ashworth Scale
Opstellen behandelplan	Hierin wordt aan de hand van de geïnventariseerde gegevens behandelbare grootheden beschreven en daaraan gekoppeld behandel doelen opgesteld.
Algemeen behandelgoal	Een zo optimaal mogelijk functioneel herstel

Behandeling	
Specifieke aandachtspunten	Streven naar symmetrie in houding en beweging Oefenen vanuit symmetrie naar gedissocieerd bewegen Oefenen van functionele handelingen I.g.v. neglect: maximale aandacht voor het betrekken van de aangedane zijde Positieve benadering: wat kan nog wel of spoedig weer wel, waarbij een reële voorstelling van de mogelijkheden en verwachtingen wordt gegeven
Acute stadium - bedrust	Interventie is gericht op het voorkomen van complicaties en het bereiken van een stabiele situatie van waaruit de therapie gestart kan worden
Behandeling richt zich op	Controle op de ademhaling Onderhouden mobiliteit, contractuur bestrijding Tonusregulatie (bedhouding, schouderklachten, pusherbeeld) Begeleiden en voorlichten van patiënt, familie en verpleging Bijzondere aandacht schouder

Subacute/ revalidatie fase	Hier gaat de aandacht met name uit naar het zo zelfstandig mogelijk functioneren van de patiënt met optimale inschakeling van aangedane zijde en een zo normaal mogelijk bewegingspatroon. Daarnaast blijf er aandacht voor het voorkomen van complicaties zoals bijv. schouderpijn en spasticiteit.
Mobilisatiefase 1, bed ↔ stoel	
Mobiliseren in bed, bed in zitstand	Bij niet alerte patiënt Bij een pulmonaal belaste patiënt Bij een patiënt met een zeer matige conditie
Basisvaardigheden	Omdraaien in bed Komen tot zitstand Verplaatsen
Transfer	patiënt met een hypotone romp: tillift patiënt met een matige rompbalans: lage (omvattende) transfer, hoge transfer met 2 personen patiënt met een goede rompbalans: hoge transfer zelfstandige, transfer met of zonder hulpmiddel
Fysiotherapeutische oefeningen	tonusopbouw bij hypotonie tonus inhiberen bij hypertonie trainen rompbalans armactiviteit (steunen, oefenen kracht en coördinatie) steunname aangedane been
Mobilisatie fase 2, het staan	
Voorbereidende fase	op indicatie: statafel passief en / of geleid staan
Voorwaarden voor actief staan	rompbalans aanwezig alерtheid en begrip aanwezig
Fysiotherapeutische oefeningen gericht op:	gewichtsverdeling en symmetrie stabiliteit in heup, knie en enkel rompactiviteiten oefenen armactiviteiten gespecificeerd in: kracht en mobiliteit steun- en opvangreacties grote motoriek (scapulothoracaal glijden) fijne coördinatie vaardigheden (functioneel gebruiken)
Chronische fase	Hierbij gaat de aandacht uit naar het behouden van het bereikte niveau van zelfstandigheid en het bereiken van een veilige en comfortabele woonomgeving. Daarnaast blijft er aandacht voor het voorkomen van complicaties
Mobilisatie fase 3, het gaan	
Voorbereidende fase	gericht op zekerheid en veiligheid

Fysiotherapeutische oefeningen gericht op:	gewichtsverdeling stabiliteit in heup, knie en enkel snelheid en ritme conditie dubbeltaken looptraining zonder hulpmiddel armactiviteiten idem als in fase 2 functioneren in thuissituatie aandacht voor: ADL (drempels en trap) Huishouden Hobby Sport Werk Vervoer (fietsen)
--	---

Aandachtpunten in alle fasen

Structuur aanbrengen in de behandeling (zelfde therapeut, zelfde omgeving, herhalen oefeningen)
 Alert zijn op het overschatten /onderschatten van de patiënt van zijn eigen kunnen
 Rekening houden met vaak lage belastbaarheid
 Uitleg geven aan patiënt en familie
 Uitwisseling van informatie met andere disciplines
 Hulpvraag centraal stellen en de korte en lange termijndoelen hierop afstemmen

Hoofdstuk 3. Logopedie inhoudelijke omschrijving werkzaamheden

Inventarisatie en observatiefase		
Doel	Inventariseren problemen met: slikken, spraak, taal en gehoor	
Algemene middelen	AAT, SAN, UCO, PALPA (Psychologisch Assessments of Language Processing in Aphasia) WEZT(werkwoorden en zinnentest) RH onderzoek van v. Boxtel en Dharmaperwira	
Behandelplan	Beschrijven behandelbare grootheden, met daaraan gekoppeld het behandeldoel en geplande interventies	
Afasie		
Aandachtspunten Bij afasie onderzoek	Spontane taalproductie Taalbegrip Woordvinding Zinsbouw Klankstructuur Functionele communicatie Articulatie	non verbale communicatie communicatief gedrag mondapraxie lezen schrijven
Methode	Genormeerde taaltest (S.A.N.test, Akense Afasie test, U.C.O. ANTAT= Amsterdam-Nijmegen Test voor alledaags Taalgebruik	
Dysfagie		
Slikscreening	In ziekenhuis: alle patiënten voorafgaand aan onderzoek logopedist, binnen 24 uur In revalidatiecentrum/ CVA unit op indicatie	
Aandachtspunten bij dysfagie onderzoek	Aanwezigheid sonde Houding Organisch afwijkingen mondgebied Neurologisch afwijkingen mondgebied Neurologische afwijkingen (tonus, reflexen, sensibiliteit, motoriek) Afwijkingen per slikfase Observatie van eten en drinken	
Methode	Geen genormeerde testen voorhanden	
Dysarthrie en verbale apraxie		
Aandachtspunten bij dysarthrie onderzoek	Algehele verstaanbaarheid Ademhaling Stemgeving resonantie	prosodie sensibiliteit tonus en reflexen (mondgebied) mondmotoriek
methode	Geen genormeerde test beschikbaar, op indicatie Frenchay test	
Taalstoornis bij rechter hemisfeer		
Aandachtspunten bij onderzoek	prosodie abstracte taal mentale organisatie van taal klok kijken	rekenen communicatief gedrag functionele communicatie en taalbegrip
Methode	Geen genormeerde test beschikbaar	
Gehoor		
Aandachtspunten	Niet direct CVA gerelateerd, maar wordt wel altijd beoordeeld als randvoorwaarde bij therapeutische mogelijkheden	

Onderzoek	audiogram
-----------	-----------

Behandelfase

Algemeen behandeldoel	Optimaliseren slikfunctie en communicatie
-----------------------	---

Afasie

Behandeling kan bestaan uit	<p>voorlichting aan /begeleiding van partner/ mantelzorgers en verzorging voorwaarden training: auditieve en visuele perceptietraining</p> <p>stoornis gerichte therapie gericht op het verbeteren taalbegrip en taalgebruik: semantische therapie, auditieve training, taalbegrip op woord/ zinsniveau, zinsbouw</p> <p>training lezen en schrijven</p> <p>functionele therapie: gebruik alternatieve communicatie middelen, PACE</p> <p>gebruik van computer als oefenmiddel</p>
-----------------------------	--

Dysfagie

Behandeling richt zich op	<p>sensibiliteitstraining</p> <p>tonusregulatie</p> <p>mondmotoriek</p> <p>sliktraining</p>	<p>adviseren m.b.t. voedselconsistentie</p> <p>houdingscorrectie</p> <p>compensatiestrategieën</p>
---------------------------	---	--

Dysarthrie

Behandeling richt zich op	<p>mondmotoriek</p> <p>ademhaling</p> <p>adem/ stemkoppeling</p> <p>articulatie</p> <p>prosodie</p> <p>houdingscorrectie</p> <p>evt. gebruik van alternatieve communicatie hulpmiddelen</p> <p>evt. doorverwijzing naar KNO arts</p>
---------------------------	--

Taalstoornis bij een rechter hemisfeer laesie

Behandeling kan bestaan uit	<p>voorlichting aan omgeving</p> <p>afhankelijk van het ziekteinzicht individuele therapie, gericht op:</p> <p>produceren informatieve inhoud</p> <p>integreren van informatie</p> <p>begrijpen en uiten van prosodie</p>
-----------------------------	---

Gehoer

Behandeling bestaat uit	<p>verwijzing naar KNO arts</p> <p>begeleiden hoortoestelaanpassing</p>
-------------------------	---

Vervolgfase

Behandeling / begeleiding richt zich op:	<p>In de eerste lijnszorg: Tijdens huisbezoek nadruk betrokkenheid partner en mantelzorgers</p> <p>Deelname door patiënt en/of partner aan afasiegroep, CVA praatgroep</p>
--	--

Hoofdstuk 4.**Diëtetiek inhoudelijke omschrijving werkzaamheden**

Inventarisatie fase	
Doel	Het in kaart brengen van de problemen op voedings- en dieet gebied. Het verbeteren van de voedingstoestand van de patiënt. Het advies geven aan patiënt en hulpverleners.
Aandachtsgebieden	Ondervoeding Kauw- en slikproblemen Sondevoeding Diabetes Overgewicht Nierfalen Hartfalen Obstipatie
Middelen	Screeningsinstrument (bv de SNAQ) Consult behandelend arts Advies van logopedist t.a.v. consistentie Diëtistisch onderzoek: Voedingsanamnese Medische achtergrond Sociaal economische situatie van de patiënt
Opstellen behandelplan	Beschrijven behandelbare problemen, met daaraan gekoppeld het behandeldoel en geplande interventies.
Behandelfase	
Doel	Het verbeteren en/of bewaken van de voedingstoestand, waarbij de consistentie is aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt, daarbij rekening houdend met een eventueel dieetvoorschrift.
Toegepaste behandeling	
Ondervoeding	Aan de hand van de voedingsanamnese wordt de energiebehoefte berekend. Op basis daarvan wordt een energie- en eiwitverrijkt dieet opgesteld.
Kauw- en slik problemen	Na slikonderzoek van de logopedist wordt de consistentie van de voeding aangepast.
Diabetes	Extra behandeldoel: normalisatie van de bloedglucosewaarden. De spreiding van de koolhydraten in de voeding wordt zonodig aangepast.
Obstipatie	Extra behandeldoel: verbeteren van het ontlastingspatroon en gastrointestinale klachten, door optimaliseren van de intake van vezels en vocht.
Nierfalen	Extra behandeldoel: verbeteren en/of behouden van de nierfunctie. Op basis van de labwaarden de voeding zonodig aanpassen bijvoorbeeld qua eiwit-, natrium- of kaliumintake
Hartfalen	Extra behandeldoel: verminderen van vochtretentie en ondersteunen van de bloeddrukregulatie Op basis hiervan de voeding qua vocht en natrium aanpassen.
Overgewicht	Inzicht geven in het eetgedrag. Afhankelijk van de situatie en diagnose reduceren van het lichaamsgewicht.


Middelen	Overleg met logopedist t.a.v. de gewenste aanpassing van de consistentie Overleg met/instructie aan verpleging en voedingsassistentie Overleg in het MDO Behandeling en begeleiding van de patiënt Evaluatie behandelplan
----------	---

Bijlagen

Hoofdstuk 1. Toelichting stroomdiagram

* zorg in thuissituatie hieronder vallen: dagbehandeling (behandelingsgerichte zorg) revalidatie, thuiszorg, verzorgingshuis zorg, verpleeghuis zorg, transmuraal CVA verpleegkundige.

Bovengenoemde zorg kan enkelvoudig zijn of een combinatie van de diverse zorg soorten

Beslismomenten weergegeven in: 

Inhoud beslismoment:

Beslismomenten zijn gebaseerd op vastgelegde afspraken tussen de verwijzer en ontvanger in het CVA ketentraject. Per beslismoment wordt een hoofdverantwoordelijke aangesteld.

Bij de beslismomenten wordt gebruik gemaakt van onderstaande (medische) protocollen en criteria.

Verwijsprotocol huisarts, Stroke protocol opname stroke unit, criteria voor revalidatie richting, overplaatsing criteria ziekenhuis ⇒ intramurale instellingen, overplaatsing criteria ziekenhuis / verpleeghuis / revalidatiecentrum ⇒ thuissituatie

Betrokken disciplines en hoofdverantwoordelijke per beslismoment:

Hoofdverantwoordelijke (verwijzer) per beslismoment is verantwoordelijk voor het behandelplan, vraagt zonodig andere disciplines in consult en geeft in samenspraak met diverse disciplines richting aan het zorgproces van de CVA patiënt.

Eén

Huisarts	hoofdverantwoordelijk
Neuroloog (arts assistent)	
CPA	
Verpleeghuisarts	
Patiënt	

Twee

Neuroloog	hoofdverantwoordelijk
arts assistent neurologie	
Verpleegkundige SEH	
CVA-verpleegkundige	

Drie

Neuroloog	hoofdverantwoordelijk
CVA verpleegkundige	
Revalidatiearts	
Para medische diensten	
Verpleeghuisarts	
Verpleegkundige	

Vier

Verpleeghuisarts	hoofdverantwoordelijk
Revalidatiearts	
Maatschappelijk werk	
Paramedische diensten	
CVA-verpleegkundige	
Verpleegkundigen /verzorgenden	

Vijf

Revalidatiearts	hoofdverantwoordelijk
Maatschappelijk werk	
Paramedische diensten	
Verpleegkundigen /verzorgenden	

Hoofdstuk 2. Inhoudsopgave stroke protocollenboek

1. Protocol stroke unit
2. Zorgtraject stroke unit
3. Protocol slikken
4. Protocol koorts
5. Protocol bloeddruk
6. Protocol diepveneuze trombose
7. Protocol mictie
8. Protocol defaecatie
9. Protocol decubituspreventie
10. Criteria multi disciplinair overleg stroke unit
11. Mobilisatieschema fysiotherapie
12. Ergotherapie bij CVA
13. Criteria voor overplaatsing
14. Handleiding transmuraal overdrachtdossier

Hoofdstuk 3.

Neurorevalidatie CVA zorgketen

Visie neurorevalidatie CVA zorgketen Midden Holland

Een CVA patiënt is een uniek individu, die door het CVA beperkt is in zijn motoriek, handelen, communicatie en cognitie. Bij benadering van mensen met een CVA en zijn omgeving wordt met inachtneming van deze stoornissen begeleiding en behandeling ingezet.

Hierbij wordt uitgegaan van die activiteiten welke voor de patiënt belangrijk zijn; het accent ligt op functioneel niveau met aandacht voor normale houding en beweging tijdens deze activiteit.

Uniformiteit in behandeling en benadering is een must voor zowel de patiënt als alle zorgverleners betrokken in de CVA zorgketen³.

Centrale uitgangspunt:

Stimuleren van het functioneel en taakgericht uitvoeren van taken die in de context van het dagelijks leven en welbevinden voor de patiënt belangrijk zijn.

Uitgangspunten zijn:

- uniformiteit en afstemming in de CVA keten.
- doel en taakgericht handelen
- functioneel trainen
- aandacht voor psychosociale gevolgen (cognitie, communicatie)
- ondersteuning van mantelzorg

³ Aanbeveling 17, Richtlijnen revalidatie na een beroerte, Nederlandse Hartstichting, 2001

Hoofdstuk 4.**Zorgtraject Stroke unit Groene Hart Ziekenhuis**

Naam:

PIN:

Wanneer	Wat	Door wie	Datum / paraaf
Opnamedag 1 - 3	Gesprek over voorlopige medische diagnose	Arts ass. / Neuroloog	
	Opnamegesprek	Verpleegkundige	
	Informatie geven over afdeling, stroke unit	Verpleegkundige	
	Afnemen slikprotocol	Verpleegkundige	
	Aanvraag onderzoeken vlgs protocol:		
	Lab.	Arts ass. / Neuroloog	
	Duplex carotiden	Arts ass. / Neuroloog	
	ECG	Arts ass. / Neuroloog	
	CT scan / MRI	Arts ass. / Neuroloog	
	Young stroke protocol	Arts ass. / Neuroloog	
	Disciplines inschakelen:		
	Fysiotherapie	Arts ass./ verpleegkundige	
	Ergotherapie	Arts ass./ verpleegkundige	
	Logopedie	Arts ass./ verpleegkundige	
	Transmuraal CVA vpk	Arts ass./ verpleegkundige	
	Revalidatie arts	Arts ass.	
	Op indicatie:		
	Maatschappelijk werk	Arts ass./ verpleegkundige	
	Diëtiste	Arts ass./ Verpleegkundige	
	Afspraken maken in zorgdossier mbt controles	Arts ass.	
	Observaties en acties vlgs protocollen	Verpleegkundige	
Dag1- 2	Verpleegkundige anamnese complementeren.	Verpleegkundige	
Dag 1-2	Patiënteninformatiedossier (PID) geven aan patiënt	Verpleegkundige	
Dag 2 - 3	Gesprek plannen dag 6 - 7	Transmuraal CVA vpk	
Dag 4 - 5	Barthelindex	Verpleegkundige	
Dag 6 - 7	Doelen stellen, Vervolgbeleid bepalen	MDO	
	Gesprek met pat. / familie over medische diagnose, behandelplan, beleid bij complicaties, ontslagbestemming.	Arts. Ass. /Neuroloog, verpleegkundige, transmuraal CVA verpleegkundige	
	Verslaglegging in vpk dossier	Verpleegkundige	
	Vervolgvoorziening aanvragen	Neuroloog / arts ass./verpleegkundige	
	CIZ formulieren invullen en wegbrengen	Verpleegkundige	
Dag voor het ontslag	Transmuraal Overdrachtdossier /recepten /vervolgafspraken regelen.	Verpleegkundige/ arts ass./ neuroloog/ afdelingssecretaresse	
Dag voor het ontslag	Alle betrokken disciplines	Verpleegkundige	

Hoofdstuk 5. Overdrachtsformulier CVA-zorgketen Ergotherapie

Algemene gegevens

Cliënt: Geb. d.d.:
Adres: Postcode en woonplaats:
Tel.: Zorgverzekeraar:

Naam instelling:
Ergotherapeut: Tel.:
Datum:

Aanvraag voorzieningen

Huisbezoek: J/ N

Woning:

Vervoer:

Functioneren bij ontslag

Lichamelijk functioneren:

NPFS:

Communicatie:

Productiviteit:

Huishouden:

Zelfverzorging:

Mobiliteit:

Vrijtijdsbesteding:

Behandelperiode

Bijzonderheden

Bijlage

θ Intake θ AMPS θ Anders,

A-One θ Huisbezoek

C.c.

HOOFDSTUK 6.**Overdrachtsformulier CVA-zorgketen Fysiotherapie**

Naam:
Diagnose:

Geboortedatum
Neveniagnose:

Datum opname:

Score: 0 = niet aanwezig/niet mogelijk **1** = onvoldoende/veel hulp **2** = voldoende/weinig hulp/verbale ondersteuning **3** = goed/zelfstandig
N = niet getest/niet van toepassing

Datum					
Romp					
Romp					
Arm					
Been					
Sensibiliteit					
Romp					
Arm					
Been					
Activiteit					
Pijnlijke schouder					
Selectief bewegen romp					
Selectief bewegen arm					
Selectief bewegen been					
Transfers					
Ruglig → Zijlig hemiplegische zijde					
Ruglig → Zijlig gezonde zijde					
Lig → Zit					
Zit → Zit					
Zit → Stand					
Bruggetje					
Balans					
Zit					
Stand					
Lopen					
Lopen					
Zonder hulp					

HOOFDSTUK 7.

Overdrachtsformulier CVA-zorgketen Logopedie

patient:
naam
adres
wnplts
geb.dd.

datum naam

diagnose

- amnestische afasie
motorische afasie
sensorische afasie
globale afasie
anders, tw:

dysartrie
verbale apraxie
anders, tw:

dysfagie
gehoorstoornis

gebruikte onderzoeksmethode(n)

AAT
SAN
UCO
Palpa
WETZ
ANTAT
RH test
Franchay test
slikonderzoek, tw:

- anders, tw:

toegepaste therapie, tw:

advies:

Naam patiënt:.....

Geboortedatum:.....

(sticker van de patiënt)

Hoofdstuk 8. Verpleegkundig overdrachtsformulier

Opgenomen van: tot:.....
Instelling herkomst: Afdeling:.....
Patiënt gaat naar:
Contact gehad/ gesproken met: Naam:.....Afdeling:

Afspraken kaart: ja nee

Medische diagnose/ prognose:

Medische behandeling:

Behandeling fysiotherapie:

Behandeling logopedie:

Behandeling ergotherapie:

Andere klachten en / of ziekten:.....

Reden overplaatsing:

Medicatie: zie bijlage. (medicijnkaart/ fax formulier van de apotheek)

1. Gezondheidsbeleving en instandhouding.

1. Hoe ervaart de patiënt zijn ziekte/ behandeling?

.....
.....

2. Heeft de patiënt ziekte inzicht? Ja nee

3. Overige aantekeningen (motivatie / gezondheidsgedrag/ gevolgen voor voorschriften)

2. Voeding- en stofwisselingspatroon.

Allergie: nee ja, nl.....

Dieet:

Sonde nee ja, Soort:.....

Datum inbrengen:.....

Sonde voeding: nee ja, Soort:.....

Hoeveelheid:.....per 24 uur

Hulp bij eten en drinken: nee ja, nl.....

Hulpmiddelen: nee ja,

nl.....

Slikproblemen: nee ja,

nl.....

Kunstgebit: nee ja (b/ o)

Huid problemen: nee ja, nl.....

Wond: nee ja, nl.....

Wondbehandeling:

Overige aanvullingen:

3. Uitscheidingspatroon:

Incontinent: nee ja, nl.....
Defeacatie patroon: Datum laatste defeacatie.....
Katheter: nee ja, soort:.....nr.....
Datum ingebracht:.....
Datum katheter verwijderd:.....
A.P. nee ja, Soort materiaal.....
U.P. nee ja, Soort materiaal.....

(A.P. en U.P. voor 24 uur materiaal meegeven)

Overige aanvullingen.....

4. Activiteitenpatroon:

Mobiliteit: Hulp nodig: nee ja, nl.....
Hulpmiddelen: nee ja, nl.....
NDT: nee ja nvt.
Transfers:belastbaarheid:.....%.....
Lichamelijke verzorging
Hulp nodig: Wassen: nee ja, nl.....
Aankleden: nee ja, nl.....
Hulpmiddelen aan bed: nee ja, nl.....

5. Slaap/ rustpatroon:

Problemen met slapen: nee ja, nl.....
Rust uur: nee ja, nl.....

6. Denk- en waarnemingspatroon:

Gezichtsvermogen: Bril: nee ja
Contactlenzen: nee ja
Gehoor: Gehoorapparaat: nee ja (r / l)
Stoornissen in: Geheugen: nee ja, nl.....
Concentratie: nee ja, nl.....
Sprak: nee ja, nl.....
Desoriëntatie Tijd.....
Plaats.....
Persoon.....

Pijn: nee ja, nl.....

7. Zelfbelevingspatroon:

Last van: Angstgevoelens: nee ja, nl.....
Eenzaamheid: nee ja, nl.....
Wisselende emoties: nee ja, nl.....
Last van verandering lichaamsfuncties: nee ja, nl.....

8. Rol- en relatiepatroon:

Gezinssamenstelling:.....

Hoofdstuk 9.

Prestatie-indicatoren registratie CVA Zorgketen Midden Holland

In de regiegroep CVA is afgesproken om per 1 januari 2007 te starten met het verzamelen van sturingsgegevens om zicht te houden op de CVA Zorgketen.

De volgende drie invalshoeken m.b.t. de registratie zijn gekozen:

- Instroom (ziekenhuis, verpleeghuis, revalidatiecentrum, thuiszorg)
- Doorstroom (ziekenhuis, verpleeghuis, revalidatiecentrum, thuiszorg)
- Uitstroom (ziekenhuis, verpleeghuis, revalidatiecentrum, thuiszorg)

Ziekenhuis		
<i>Instroom</i>	Alle CVA patiënten op de SEH / via poli GHZ	Naam Geboortedatum Geslacht Bloedig / onbloedig CVA tum en tijdstip ontstaan neurologische klachten en vermelden in SEH brief (ivm thrombolyse) Datum en tijdstip presentatie op SEH Slikscreening Trombolyse Tijdstip trombolyse
	Alle TIA patiënten op de SEH / via poli GHZ	Naam Geboortedatum Geslacht tum en tijdstip ontstaan neurologische klachten Datum diagnose tia poli
	Van de patiënten die opgenomen zijn in het GHZ	Opnamedatum Barthelscore, gescoord 4 dagen na optreden CVA, met datum van vermelding
<i>Doorstroom</i>	Van de patiënten die opgenomen zijn in het GHZ	Datum indicatiestelling = op wachtlijst
<i>Uitstroom</i>	Van de patiënten die opgenomen zijn stroke unit	Ontslagdatum uit ziekenhuis Datum overlijden Ontslagbestemming: Vervolginstelling met naam Modified Ranking Scale, gescoord 3 maanden na het optreden van het CVA
Verpleeghuis, Revalidatiecentrum		
<i>Instroom</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Naam ○ Geboortedatum ○ Geslacht ○ Bloedig/onbloedig CVA ○ Opnamedatum ○ Datum beëindiging CVA gelabeld bed ○ Datum beëindiging revalidatie ○ Ontslagdatum revalidatie afdeling ○ Datum overlijden 	

<i>Uitstroom</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ontslagdatum ○ Datum start thuiszorg ○ Ontslagbestemming (naam vervolginstelling)
Revalidatie dagbehandeling verpleeghuis / Poliklinische revalidatie Sophia	
<i>Instroom</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Datum aanmelding vervolgbehandeling ○ Datum aanvang behandeling
<i>Uitstroom</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Datum beëindiging behandeling
Thuiszorg	
<i>Instroom</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Datum aanvraag indicatie ○ Datum aanmelding ○ Datum beëindiging thuiszorg
<p>Meetinstrument Het meetinstrument is een formulier waarop per patiënt registratie van bovenstaande gegevens plaatsvindt. De instellingen zijn verantwoordelijk voor het aanleveren van de juiste gegevens; de netwerk coördinator CVA is eindverantwoordelijk voor het verwerken van alle gegevens.</p> <p>Frequentie Er wordt permanent gemeten.</p> <p>Gegevensverzameling Er is een registratieprogramma waarin alle gegevens verwerkt worden en aan de hand van het programma vindt rapportage plaats.</p> <p>Rapportage 1 x per 6 maanden</p>	