

Inhoudsopgave Zorgprogramma CVA – TSSZ e.o.

Inleiding.....	2
Stroomschema Zorgprogramma CVA - TSSZ e.o.....	3
Toelichting Behandelfasen	4
Algemene informatie	6
00. Stappenplan Opsporingsfase risicofactoren.....	10
01. Stappenplan Spoedzorg: 0 – 3 uur	11
02. Stappenplan Acute fase: dag 1 t/m dag 7	12
03. Stappenplan Herstelfase thuis	14
04. Stappenplan Herstelfase revalidatiecentrum: 8 – 10 weken.....	16
05. Stappenplan Herstelfase verpleeghuis: herstelunit 10–12 weken	18
06. Stappenplan Chronische fase thuis, nazorgbezoeken	20
07. Stappenplan Chronische fase thuis, jaarcontrole	22

Inleiding

Goede CVA-zorg vanuit de Transmurale Stroke Service Zwolle e.o.

De Transmurale Stroke Service Zwolle en omgeving (TSSZ e.o.) is een regionaal netwerk en samenwerkingsverband tussen de Isala klinieken, revalidatiecentrum de Vogellanden, Thuiszorgorganisaties Icare en Carinova en de verpleeghuizen Isala ouderenzorg, het Zonnehuis, de Voord, Wendhorst en Myosotis. De TSSZ vormt daarmee een regionale zorgketen gericht op een integrale, deskundige en samenhangende zorg voor en behandeling van patiënten met een beroerte.

Als onderdeel van de borgingsfase is een zorgprogramma voor CVA-zorg ontwikkeld.

Wat is een zorgprogramma?

Een zorgprogramma kan gedefinieerd worden als: *een systematische aanpak van de zorg voor mensen met een chronische ziekte met als doel het leren omgaan met de ziekte, voorkoming of uitstel van complicaties en/of verergering van ziekte met behoud van optimale kwaliteit van leven.*

Kenmerken van een zorgprogramma zijn:

- samenhang tussen preventie, diagnostiek, behandeling en begeleiding;
- gericht op voorlichting aan en zelfmanagement van patiënten;
- routinematige rapportage en feedback;
- gebruik van evidence based interventies en landelijke standaarden en richtlijnen.

De basis van dit zorgprogramma is gebaseerd op:

- Startdocument borgingsfase. Transmurale Stroke Service Zwolle e.o., januari 2005
- Zorgprogramma CVA. Stichting Icare, maart 2007

Gebruik van overige literatuur is te vinden in de literatuurlijst.

Voor wie is het bedoeld?

Het zorgprogramma is bedoeld voor zorgverleners die werkzaam zijn binnen de TSSZ e.o.

Wat is de inhoud van het zorgprogramma?

Kern van het zorgprogramma vormt de beschrijving van het behandeltraject van de patiënt met een beroerte en diens mantelzorger. Dit wordt inzichtelijk gemaakt aan de hand van een stroomschema. Iedere fase uit het stroomschema is uitgewerkt in een stappenplan. Daarin staat beschreven welke activiteiten plaatsvinden, welke zorgverlener daar bij betrokken is en welke documenten gebruikt worden.

Tevens is een aantal documenten opgenomen die de basis vormen voor de CVA zorg zoals o.a. de NG standaard en de Zwolse werkafspraken.

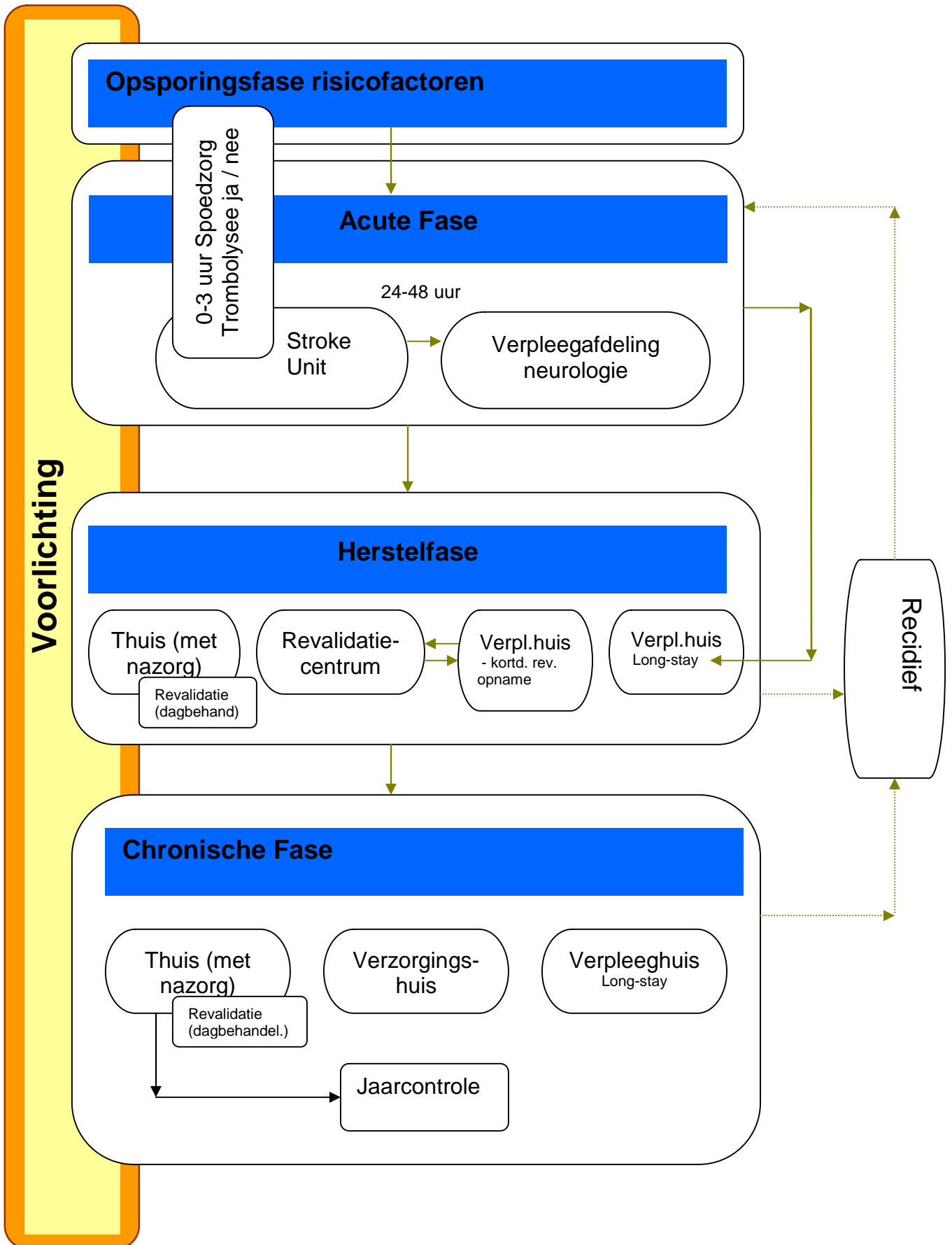
Ketenbrede ontwikkeltrajecten zoals op het gebied van voorlichting en informatie aan patiënt en mantelzorger, hebben ook een plek binnen het zorgprogramma.

Zwolle, maart 2007

Aart te Velde, projectleider Transmurale Stroke Service Zwolle e.o.

Irma Zandt-Sijrier, consulent Gezondheidsbevordering en Preventie, Stichting Icare

Stroomschema Zorgprogramma CVA - TSSZ e.o.



Toelichting Behandelfasen

In het behandeltraject van het zorgprogramma Transmurale Stroke Service en omgeving (TSSZ e.o.) wordt een aantal fasen onderscheiden. Belangrijk hierbij is om te realiseren dat de tijdsduur van de fasen voor alle patiënten anders is. Vanuit de herstelfase en de chronische fase kan er sprake zijn van een recidief. In dat geval komt de patiënt opnieuw in de acute fase. In elke fase hebben diverse zorgverleners taken op het gebied van opsporing, diagnose, behandeling, begeleiding en controle.

Opsporingsfase

Het opsporen (actief of passief) van mensen met een hoog risico op hart- en vaatlijden en daarmee een verhoogde kans op het krijgen van een beroerte en het signaleren van mensen met verschijnselen van een mogelijke beroerte.

Acute fase

De acute fase is de periode die aanvangt met het optreden van de beroerte. Elke beroerte moet als een spoedgeval worden beschouwd waarbij spoeddiagnostiek en spoedbehandeling geïndiceerd zijn. In de acute fase staan diagnostiek, complicatiepreventie en eerste behandeling centraal. Hoofddoel is het voorkomen van progressieve schade aan de hersenen en andere complicaties.

De acute fase loopt tot het moment dat de patiënt lichamelijk stabiel is en de acute interventie is beëindigd (Revalidatie na beroerte, NHS, 2001). Na ziekenhuisopname gaat de patiënt naar huis (met nazorg), naar een revalidatiecentrum of naar de herstelunit van een verpleeghuis. Tevens is het mogelijk dat patiënten die buiten de inclusiecriteria vallen (bijv. bij preëxistente ernstige immobiliteit, cognitief disfunctioneren of progressieve ziekte zoals maligniteit) rechtstreeks naar de long-stay afdeling van een verpleeghuis gaan.

Herstelfase

Na de acute fase komt de patiënt met de gevolgen van de beroerte in de herstelfase. Hoofddoel is het voorkomen en verminderen van beperkingen en handicaps die het gevolg kunnen zijn van de beroerte. Zo mogelijk wordt reeds in de acute fase gestart met de revalidatie van de patiënt (Revalidatie na een beroerte, NHS, 2001). De revalidatie kan dan voortgezet worden in de vervolgssetting die gekozen wordt op basis van de situatie van de patiënt (medische prognose, leeftijd, functionele beperkingen, situatie thuis, draagkracht van de mantelzorg en de voorkeur van de patiënt en diens familie).

Patiënten die naar huis gaan kunnen, naast nazorgbezoeken van een CVA-verpleegkundige van de thuiszorg, ondersteuning krijgen vanuit verpleging en verzorging en/of huishoudelijke dienst en hun revalidatie voortzetten op de revalidatie dagbehandeling, dagbehandeling in het verpleeghuis of bij een 1^e lijns therapie.

De herstelfase beslaat over het algemeen het eerste halve jaar na een beroerte (Wachters-Kaufman, 2004).

Chronische fase

De chronische fase vangt aan nadat duidelijk is met welke stoornissen, beperkingen of handicaps de patiënt moet leren leven. Vaak is dit pas na een half jaar duidelijk. In de chronische fase staan acceptatie, verwerking en leren omgaan met de blijvende beperkingen centraal, zowel voor de patiënt zelf als de mensen in zijn directe omgeving (Revalidatie na een beroerte, NHS, 2001).

Vanuit de setting in de herstelfase kan in de chronische fase overgegaan worden naar een andere setting. Dit kan zijn thuis (met nazorg), het verzorgingshuis of het verpleeghuis.

Afhankelijk van de aanwezige stoornissen en beperkingen blijft zorgondersteuning en/of begeleiding van patiënt en mantelzorgers vaak noodzakelijk.

Is er sprake van een situatie van dreigend recidief of dreigende instabiliteit dan wordt teruggedaan naar de acute fase totdat opnieuw een stabiele situatie is bereikt.

Jaarcontrole

Onderdeel van de chronische fase voor patiënt en mantelzorgers in de thuissituatie is de jaarcontrole. Het is bekend dat mogelijke problemen ten gevolge van de beroerte nog jaren na het doormaken van de beroerte naar boven komen. Om met de patiënt en de mantelzorgers vast te stellen of hun situatie nog steeds voldoende stabiel is en om daarbij een mogelijk recidief te voorkomen en/of zo vroeg mogelijk op te sporen, zullen deze patiënten, tot 3 jaar na start van de begeleiding door de thuiszorg, jaarlijks gevolgd worden.

Voorlichting

Voorlichting is een onlosmakelijk onderdeel van de zorg en begeleiding van mensen met een beroerte en hun mantelzorgers. Met voorlichting kan, via het vergroten van kennis, inzicht en vaardigheden, de gewenste gedragsverandering worden gerealiseerd. Hierdoor kan de kwaliteit van leven van mensen met een beroerte en hun mantelzorgers verhoogd worden door bijvoorbeeld het voorkomen van een recidief en het leren leven met de beperkingen. De voorlichting vindt zowel individueel als groepsgericht plaats.

Bron

- *Zorgprogramma CVA, Icare, maart 2007*
- *Startdocument borgingsfase, Transmurale Stroke Service e.o., januari 2005*

Algemene informatie

In dit document wordt in hoofdlijnen ingegaan op een beroerte, de terminologie, oorzaken en gevolgen, behandeling, aandachtspunten voor preventie en voorlichting.

CVA

Jaarlijks worden in Nederland ca. 36.000 mensen getroffen door een CVA (RIVM, 2003). Dat komt neer op ongeveer 100 mensen per dag. De afkorting CVA staat voor Cerebraal Vasculair Accident en betekent letterlijk: ongeluk of voorval van de bloedvaten in de hersenen. In het getroffen gedeelte krijgen de hersencellen gebrek aan zuurstof en voedingsstoffen en dat leidt uiteindelijk tot het afsterven van hersencellen. Daardoor valt hun functie uit.

Een CVA treedt meestal op in één van beide hersenhelften. Dit kan ontstaan door een gescheurd bloedvat waardoor een hersenbloeding optreedt. De andere oorzaak betreft een afsluiting van een bloedvat, een zgn. herseninfarct. Ongeveer 80% van de CVA's berust op een herseninfarct.

Het verloop van een CVA kent een acuut begin met vaak chronische gevolgen. Het aantal mensen dat overlijdt aan de aandoening is hoog.

De termen CVA, beroerte, stroke en attaque betekenen hetzelfde en worden door elkaar gebruikt. Het zijn verzamelnamen voor aandoeningen waarbij er iets mis gaat in de bloedvoorziening in de hersenen. In de richtlijn 'Revalidatie na een beroerte' (NHS, 2001) wordt aangegeven dat de voorkeur uitgaat naar het gebruik van de term beroerte. Echter, als gesproken wordt over patiënten met een beroerte wordt de term CVA-patiënten of CVA-getroffenen aangehouden (NHS, 2001).

TIA

Als alle verschijnselen binnen 24 uur verdwenen zijn, dan is er sprake van een TIA (Transient Ischemic Attack). Meestal duurt een TIA korter dan een uur. Volgens de *CBO Richtlijn beroerte (2000)* is een TIA een beroerte, zij het kortdurend en zonder restverschijnselen. TIA-patiënten komen daarom niet in aanmerking voor revalidatie. Wel worden zij vaak ingesteld op medicijnen. Ook bij een TIA is er sprake van nazorg.

Risicofactoren

Risicofactoren voor het ontstaan van een beroerte zijn:

- verhoogde bloeddruk;
- diabetes mellitus;
- te hoog cholesterolgehalte;
- roken;
- overgewicht;
- verkeerde leefstijl: overmatig alcoholgebruik, onvoldoende beweging, verkeerde voeding (zoutgebruik, geringe consumptie groente en fruit);
- erfelijke factoren;
- hoge leeftijd;
- eerder doorgemaakte beroerte;
- stollingsproblemen;
- vaatproblemen;
- hartritmestoornissen.

Gevolgen

De gevolgen van een beroerte verschillen van persoon tot persoon. De gevolgen zijn afhankelijk van het deel van de hersenen dat beschadigd is, hoe groot het beschadigde deel is en de gezondheid van de cliënt zelf (conditie, leeftijd).

Veel voorkomende restverschijnselen na een beroerte zijn:

- verlamming (hemiplegie);
- gezichtsstoornissen;
- geheugenstoornissen en concentratiestoornissen;
- gedragsveranderingen;
- verstoorde waarneming;
- spraakstoornissen; afasie;
- emotionele problemen;
- oververmoeidheid;
- verstijving van gewrichten en spieren;
- epilepsie.

Een aantal verschijnselen is kenmerkend voor een beroerte in de linkerhersenhalft:

- verlammingen of spasticiteit in de rechter lichaamshalft;
- hemi-anopsie rechts (uitval van de rechterhalft van het gezichtsveld);
- dysartrie (problemen met spreken);
- verslikking, moeilijkheden met kauwen;
- incontinentie;
- afasie;
- verminderde concentratie en geheugenstoornissen.

Een aantal verschijnselen is kenmerkend voor een beroerte in de rechterhersenhalft:

- verlamming(en) of spasticiteit in de linker lichaamshalft;
- hemi-anopsie links (uitval van de linkerhalft van het gezichtsveld);
- neglect (verwaarlozing) van de linker lichaamshalft;
- problemen met het ruimtelijke inzicht;
- impulsiviteit;
- overschatting eigen mogelijkheden;
- verlies van initiatief;
- verandering tijdsgevoel.

Behandeling van de gevolgen van een beroerte

Behandeling is enerzijds gericht op het voorkomen van een nieuwe beroerte (recidief) of extra schade aan de hersenen. Anderzijds is de behandeling gericht op het revalideren en het beperken van de gevolgen van de beroerte voor het dagelijkse leven.

In de behandeling worden 3 fasen onderscheiden:

1. In de acute fase staan diagnostiek, complicatiepreventie en eerste behandeling centraal. Hoofddoel van deze fase is het voorkomen van progressieve schade aan de hersenen en andere complicaties. De acute fase loopt tot het moment dat de cliënt lichamelijk stabiel is en de acute interventie is beëindigd (NHS, 2001).
2. De herstelfase is gericht op het voorkomen en verminderen van beperkingen en handicaps die het gevolg kunnen zijn van de beroerte. Zo mogelijk wordt reeds in de

acute fase gestart met de revalidatie van de patiënt (NHS, 2001). Deze fase beslaat over het algemeen het eerste halve jaar na een beroerte (Wachters-Kaufman, 2004).

3. De chronische fase vangt aan nadat duidelijk is met welke beperkingen en handicaps de patiënt en mantelzorgers moeten leren leven. Vaak is dit pas na een half jaar duidelijk. In de chronische fase staan acceptatie, verwerking en leren omgaan met de blijvende beperkingen centraal zowel voor de patiënt zelf als de mensen in zijn directe omgeving (NHS, 2001).

Bij de zorg voor mensen met een beroerte is meestal sprake van ketenzorg: vanuit verschillende organisaties wordt aansluitend en in afstemming met elkaar, zorg geleverd. Per regio zijn hierover onderling afspraken gemaakt tussen de betrokken ketenpartners.

Cliëntstelsysteem

Om optimale zorg te kunnen verlenen aan mensen met een beroerte is het belangrijk om deze zorg ook te richten op hun mantelzorgers. Het Zorgprogramma CVA gaat daarom uit van cliëntstelsysteem gerichte zorg. Hieronder wordt verstaan:

Hulp die zich richt op het totale (cliënt) systeem waarbij de patiënt en de mantelzorgers worden gezien als onderdeel van het gehele (sociale) systeem waarbinnen zij functioneren.

Hulpverleners zijn in staat het gehele cliëntstelsysteem te betrekken bij hun zorgverlening en weten gebruik te maken van elkaars deskundigheid, of ze weten, als bepaalde zorg ontbreekt, deze in te schakelen.

Informele zorg en mantelzorgondersteuning

Naast formele zorg die geboden wordt door o.a. huisartsen, ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, revalidatiecentra en thuiszorg, bestaat informele zorg. Mantelzorg en vrijwilligerswerk worden vaak samengevat onder de noemer 'informele zorg' ter onderscheiding van de professionele zorg en de zelfzorg.

Mantelzorg is de zorg die aan een hulpbehoevende gegeven wordt door één of meer leden uit diens directe omgeving voortvloeiend uit de sociale relatie. Hierbij is geen sprake van beroepsmatige zorg.

Vanuit zowel de formele als de informele zorg is er sprake van begeleiding/ ondersteuning van mensen met een beroerte en hun mantelzorgers. Momenteel is hierbij nog sprake van twee gescheiden vormen van zorg. De formele zorg is niet altijd bekend met de mogelijkheden van de informele zorg en omgekeerd. De informele zorg kan de formele zorg aanvullen en omgekeerd. Daarmee kunnen zij elkaar versterken, waardoor de patiënt en de mantelzorgers de juiste zorg en begeleiding krijgen.

Door vroegtijdig (over)belasting te signaleren en mantelzorgondersteuning in te zetten kan overbelasting of uitval van mantelzorgers voorkomen worden.

Op veel plaatsen bestaat mantelzorgondersteuning uit de Vrijwillige Thuiszorg en de Steunpunten Mantelzorg.

Vrijwillige thuiszorg

Een vrijwilliger kan ingezet worden die op een éénmalige of regelmatige basis een paar uurtjes, een dagdeel of zelfs een weekend de zorg overneemt. Wanneer de vrijwilliger bij de

hulpbehoevende is, heeft de mantelzorgertijd voor zichzelf. Mantelzorgondersteuning is er ook voor de alleenstaande hulpbehoevende die niet kan terugvallen op een mantelzorgert.

Steunpunten Mantelzorg

Bij een Steunpunt Mantelzorg kan de mantelzorgert terecht voor informatie, advies en ondersteuning. Via individuele gesprekken met de mantelzorgconsulent wordt samen met de mantelzorgert gezocht naar passende ondersteuning.

Voorlichtingsbijeenkomsten, cursussen en lotgenotencontact voor mantelzorgers worden georganiseerd. Ook jonge mantelzorgers en hun verzorgers kunnen voor ondersteuning terecht.

Preventie

Preventie is gericht op het voorkómen van een beroerte of een recidief of op het beperken van de gevolgen ervan. Aangrijpingspunten voor preventie liggen op 3 niveaus:

1. Primaire preventie: opsporen van mensen met risicofactoren voor een beroerte en het inzetten van begeleiding om deze risicofactoren terug te dringen en zo een beroerte te voorkomen.
2. Secundaire preventie: vroegtijdige opsporing van mensen met verschijnselen van een beroerte zodat de behandeling snel kan worden ingezet. Gevolgen voor mensen die een beroerte doormaken kunnen zo beperkt worden, evenals de kans op complicaties of een recidief.
3. Tertiaire preventie: verbeteren van de gezondheidstoestand van mensen die een beroerte hebben doorgemaakt door herstel te versnellen of complicaties te voorkomen. Om voldoende te kunnen revalideren en de gevolgen van een beroerte voor het dagelijkse leven te beperken en de kans op een recidief te verkleinen, is een gezonde leefstijl en adequaat leren omgaan met de gevolgen van een beroerte (toereikende coping vaardigheden) van belang.

Op alle 3 niveaus gaat het om het stimuleren van gezond gedrag op het gebied van:

- roken;
- voeding;
- gezond gewicht;
- bewegen;
- stress;
- depressie;
- leren leven met de gevolgen(coping);
- draagkracht en draaglast bij mantelzorgers.

Het geven van voorlichting is een middel om gedragsverandering te realiseren. Hierbij gaat het om voorlichting op maat waarbij de informatie die gegeven wordt afgestemd wordt op persoonlijke wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van patiënt en mantelzorgert.

Bron: Zorgprogramma CVA, Stichting Icare, maart 2007

00. Stappenplan Opsporingsfase risicofactoren

Activiteit opsporingsfase risicofactoren		Basisdocument
Opsporen (actief of passief) van mensen met een hoog risico op hart- en vaatlijden en daarmee een verhoogde kans op het krijgen van een beroerte en het signaleren van mensen met verschijnselen van een mogelijke beroerte		<ul style="list-style-type: none"> - NHG standaard CVRM - Zwolse werkafspraken CVRM - Bericht bij Zwolse WA CVRM - FAST test
Opsporen	Functionaris	Documenten
Opstellen risicoprofiel	<ul style="list-style-type: none"> - huisarts - verpleegk. 	<ul style="list-style-type: none"> - Risico screening Gezond en Wel
Inschatten		
Maken risicoschatting	<ul style="list-style-type: none"> - huisarts - verpleegk. - huishulpen + verzorgenden 	<ul style="list-style-type: none"> - Risico screening Gezond en Wel - Signaleringskaart NAH
Bij verdenking TIA verwijzen naar TIA poli	<ul style="list-style-type: none"> - neuroloog 	<ul style="list-style-type: none"> - Zwolse werkafspraken HVRM - Bericht bij Zwolse WA HVRM
Behandelen		
Starten medicamenteuze behandeling	<ul style="list-style-type: none"> - huisarts 	
Starten risicomangement	<ul style="list-style-type: none"> - verpleegk. 	<ul style="list-style-type: none"> - Stappenplan voorlichting
Bij verwijzing TIA behandeling TIA poli	<ul style="list-style-type: none"> - neuroloog - TIA verpl.k. 	<ul style="list-style-type: none"> - Advies voor huisartsen

01. Stappenplan Spoedzorg: 0 – 3 uur

Activiteit spoedzorg		
Stellen juiste diagnose, starten complicatiepreventie en eerste behandeling		
Opname	Functionaris	Documenten
Met spoed diagnose stellen	<ul style="list-style-type: none"> - huisarts - neuroloog 	<ul style="list-style-type: none"> - NHG standaard TIA - NHG standaard CVA - FAST test - Zwolse werkafspraken CVA/TIA - RAV protocol - Ritformulier - In- en exclusiecriteria voor Stroke Service
Zo nodig trombolysen starten	<ul style="list-style-type: none"> - neuroloog 	<ul style="list-style-type: none"> - Trombolysprotocol

02. Stappenplan Acute fase: dag 1 t/m dag 7

Activiteit acute fase		Basisdocument
Stellen juiste diagnose, starten complicatiepreventie en eerste behandeling		- NHG standaard CVA
Opname	Functionaris	Documenten
Opnemen patiënt	- neuroloog - arts-assistent - verpleegk.	- Stroke unit protocol ICVA/HCVA
Afnemen anamnese	- neuroloog - arts-assistent - verpleegk.	- Medische anamnese - Verpleegkundige anamnese
Aanmelden patiënt bij paramedici	- verpleegk.	- Stroke unit protocol ICVA/HCVA
Aanmelden bij transmuraal verpleegkundige	- verpleegk.	
Voorlichting en informatie geven aan patiënt en mantelzorg	- behandelteam ¹	- Stappenplan voorlichting
Kennismaken met patiënt en mantelzorg	- transmuraal verpleegk.	
Behandeling		
Revalidatiearts in consult vragen	- neuroloog	
Onderzoek en behandeling <i>Klinimetrie (Het systematisch beoordelen van veranderingen in functies, activiteiten en participatie aan de hand van bestaande indexen en beoordelingschalen. Per patiënt wordt bekeken welke test gedaan wordt)</i>	- verpleegk. - fysiotherapeut - ergotherapeut - logopedist - revalid. arts	- Verpleegkundig dossier - Codeboek zorglijn fysiotherapie - Klinimetrie fysiotherapie - Dossier TSSZ fysiotherapie - Zorglijn ergotherapie - Richtlijnen logopedie T.S.S.Z
<u>Dag 4:</u> uitvoeren verpleegkundige screening (t.b.v. indicator)	- verpleegk.	- Barthel Index
Voorlichting en informatie geven aan patiënt en mantelzorg	- behandelteam	- Stappenplan voorlichting
Ontslag		
Bespreken situatie patiënt: ontslag- of vervolgbestemming	- behandelteam	- Checklist MDO
Regelen voor patiënten, indien geïndiceerd: - aanvraag H.u.b - thuiszorg - dagbehandeling - aanmelden nazorg door CVA verpleegkundige thuiszorg	- transmuraal verpleegk.	- Gewijzigde afspraken CIZ: indicatiestelling TSSZ - Aanvraagformulier AWBZ zorg - Aanmeldingsformulier Standaard Indicatie Protocol - Aanmeldformulier nazorg huisbezoeken
Voeren ontslaggesprek	- verpleegk.	

¹ Behandelteam bestaat uit: neuroloog, arts-assistent, verpleegkundige, transmuraal verpleegkundige, paramedici, revalidatiearts, diëtist (op verzoek)

Overdracht vervolginstelling of 1e lijn	<ul style="list-style-type: none"> - neuroloog - verpleegk. - paramedici 	<ul style="list-style-type: none"> - Transmuraal overdrachtdossier - Medische overdracht kort - Verpleegkundig overdrachtformulier TSSZ - Fysiotherapie CVA registratieformulier - Overdrachtformulier fysiotherapie - Telefonische overdracht fysiotherapie - Overdracht ergotherapie - Overdracht logopedie - Overdracht dieetbehandeling (bij consult op verzoek)
---	---	---

03. Stappenplan Herstelfase thuis

Activiteit herstelfase thuis		Basisdocumenten
Voorkomen en verminderen van beperkingen en handicaps die het gevolg kunnen zijn van de beroerte		<ul style="list-style-type: none"> - NHG standaard CVA - Zwolse werkafspraken CVA/TIA, stap 6a - Revalidatie na een beroerte (NHS, 2001) - Zorg voor de mantelzorg (NHS, 2004) - AIV protocol neurologische aandoeningen - AIV protocol mantelzorgondersteuning - Standaard verpleegplan CVA thuiszorg - Folder nazorg bij CVA
Vorbereiding	Functionaris	Documenten
Nagaan of overdracht is gedaan, <u>anders bellen naar vorige instelling</u>	- CVA verpleegk. ²	- Transmuraal overdrachtdossier
Afnemen verpleegkundige anamnese	- CVA verpleegk.	<ul style="list-style-type: none"> - Aanmeldformulier product AIV voor thuiszorg - Aanvraagformulier AIV neurologische aandoeningen - Terugrapportageformulier huisarts/ neuroloog - Anamnese CVA thuiszorg
Begeleiding		
Voorkomen en verminderen van stoornissen en beperkingen in activiteiten en participatie	- CVA verpleegk.	<ul style="list-style-type: none"> - ADL plan CVA - Procedure (dreigend) ondergewicht - Signaleringslijst cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van CVA - Signaleringslijst depressie - Pijnprotocol - Decubitus preventieprotocol (wijkverpleegkundige standaard en decubitusscorelijst) - Deelnemersmateriaal huisbezoeken 'Verder na een beroerte'
Voorkomen recidief	- CVA verpleegk.	- Deelnemersmateriaal huisbezoeken 'Verder na een

² Met CVA verpleegkundige wordt bedoeld een wijkverpleegkundige van de Thuiszorg die gespecialiseerd is in de zorg voor mensen met een beroerte

		beroerte'
Aandacht besteden aan rol en belasting mantelzorg	- CVA verpleegk.	- Protocol MZO en inventarisatielijst - Signaleringslijst depressie - Care Giver Strain Index (CSI) - Deelnemersmateriaal huisbezoeken 'Verder na een beroerte'
Aandacht besteden aan mogelijkheid cognitieve screening	- CVA verpleegk	- Zwolse werkafspraken CVA/TIA - Terugrapportageformulier huisarts/neuroloog
Voorlichting en informatie geven aan patiënt en mantelzorg	- CVA verpleegk.	- Stappenplan voorlichting
Gevraagd en ongevraagd adviseren thuiszorgmedewerkers V&V en HHD	- CVA verpleegk.	
Evaluatie		
Beoordelen situatie patiënt en mantelzorg: - niet stabiel - stabiel	- CVA verpleegk.	- Stappenplan chronische fase thuis, nazorgbezoeken - Stappenplan chronische fase thuis, jaarcontrole

Revalidatie Herstelfase thuis

Revalidatie	Functionaris	Documenten
Patiënt heeft geen specifieke revalidatie		
Patiënt gaat naar revalidatie dagbehandeling	- revalid. arts	
Patiënt gaat naar dagbehandeling in verpleeghuis	- verpleegh. arts	
Patiënt gaat voor revalidatie naar 1 ^e lijns therapie	- huisarts	

04. Stappenplan Herstelfase revalidatiecentrum: 8 – 10 weken

Herstelfase revalidatiecentrum		Basisdocumenten
Voorkomen en verminderen van beperkingen en handicaps die het gevolg kunnen zijn van een beroerte		- NHG standaard CVA - Zwolse werkafspraken CVA/TIA, stap 6B
Opname	Functionaris	Documenten
Nagaan of overdracht is gedaan, anders bellen naar vorige instelling	- verpleegk.	- Transmuraal overdrachtdossier
Opnemen patiënt	- verpleegk.	- Protocol - Anamneseformulier
Afnemen lichamelijk en revalidatieonderzoek	- rev.arts	
Voorlichting en informatie geven aan patiënt en mantelzorg	- rev. arts - verpleegk.	- Stappenplan voorlichting
Behandeling		
Opstellen (voorlopig) zorgplan	- verpleegk.	- Verpleegkundig dossier
Intake met patiënt (en mantelzorg)	- verpleegk. - paramedici	- ADL intake - Intakeformulier per vakgroep
Onderzoek en behandeling <i>Klinimetrie (Het systematisch beoordelen van veranderingen in functies, activiteiten en participatie aan de hand van bestaande indexen en beoordelingschalen. Per patiënt wordt bekeken welke test gedaan wordt)</i>	- verpleegk. + paramedici - logopedist - ergotherapeut - psycholoog - fysiotherapeut - bewegingsag. - activit.therap. - maatsch.werk	- WCN lijst - Richtlijnen logopedie TSSZ ³ - A-One - AMPS - Copm - Onderzoek arm/hand functie - NPO
Opstellen behandelplan en starten therapie	- verpleegk. - paramedici	- Verpleegkundig dossier - Paramedische status - Revalidatie Activiteiten profiel
Bieden Basis Medische Zorg (BMZ)	- rev. arts	
Uitvoeren verpleegkundige screening	- verpleegk.	- Barthelindex
Bespreken revalidatie patiënt	- behandelteam ⁴	
Houden arm-schouderspreekuur	- rev. arts - paramedici	- Screeningslijst schouder/armklachten
Patiënt en mantelzorg	- maatsch. werk	

³ De richtlijnen logopedie TSSZ gelden ketenbreed. Hierin staan de diverse testen beschreven. Aangezien de andere disciplines nog geen ketenbreed document hebben staan daar, voor zover bekend, de testen apart genoemd.

⁴ Behandelteam bestaat uit revalidatiearts, verpleegkundige, logopedist, ergotherapeut, fysiotherapeut, bewegingsagoog, activiteitentherapeut, psycholoog, maatschappelijk werker. Soms aangevuld met een arbeidsdeskundige.

voorbereiden op vervolgtraject		
Organiseren meeloopdag	- verpleegk.	- Protocol
Voorlichting en informatie geven aan patiënt en mantelzorg	- behandelteam	- Stappenplan voorlichting
Ontslag		
Bespreken situatie patiënt: ontslag- of vervolgbestemming	- behandelteam	
Regelen van voorzieningen als rolstoel, rollator e.d.	- diverse disciplines	
Regelen voor patiënten naar huis, indien geïndiceerd: - thuiszorg - revalidatie dagbehandeling (RDB) - aanvraag bij CIZ in geval verpleeghuisdagbehandeling of activiteitencentrum - thuiszorg wat betreft ADL hulp - aanmelden nazorg door CVA verpleegkundige thuiszorg: * aan het eind van de RDB * wanneer revalidant niet in RDB gaat	- maatschap. werker - verpleegk. - maatschap. werker - verpleegk.	- Gewijzigde afspraken CIZ: indicatiestelling TSSZ - Aanvraagformulier AWBZ zorg - Aanmeldingsformulier Standaard Indicatie Protocol - Aanmeldformulier nazorg huisbezoeken
Voorgesprek met patiënt	- rev. arts	
Nagesprek met patiënt en mantelzorg	- rev. arts	
Overdracht vervolginstelling of 1 ^e lijn: - ontslag uit de kliniek - eind RDB periode - doorgaan met 1 ^e lijn behandeling - horizontale overplaatsing of andere woonvorm	- verpleegk. - rev. arts - betreffende therapeut - iedere behandelend therapeut	- Transmuraal overdrachtdossier - Verpleegkundig overdrachtsformulier TSSZ - Afsluitende brief namens hele team - Overdrachtsformulier per discipline - Overdrachtsformulier per discipline

05. Stappenplan Herstelfase verpleeghuis: herstelunit 10–12 weken⁵

Activiteit herstelfase verpleeghuis		Basisdocumenten
Voorkomen en verminderen van beperkingen en handicaps die het gevolg kunnen zijn van de beroerte		- NHG standaard CVA - Zwolse werkafspraken CVA/TIA, Stap 6B
Opname	Functionaris	Documenten
Nagaan of overdracht is gedaan, anders bellen naar vorige instelling	- evv-er	- Transmuraal overdrachtdossier
Aanmelden patiënt bij afdeling en arts	- maatschap. werker	- Voorinformatieformulier
Opnemen patiënt	- evv-er	- Verpleegkundig anamneseformulier
Aanmelden patiënt bij paramedici	- arts	
Afnemen anamnese en lichamelijk onderzoek	- arts	
Voorlichting en informatie geven aan patiënt en mantelzorger	- arts - evv-er	- Stappenplan voorlichting
Behandeling		
Opstellen (voorlopig) zorgplan	- arts - evv-er	- Zorgdossier
Uitvoeren vaste zorgafspraken	- evv-er	- Zorgdossier
Intake met patiënt (en mantelzorger)	- activiteiten begeleider	- Intakeformulier activiteitenbegeleiding
Uitvoeren hetero anamnese	- psycholoog	- NPO-verslag
Onderzoek en behandeling <i>Klinimetrie (Het systematisch beoordelen van veranderingen in functies, activiteiten en participatie aan de hand van bestaande indexen en beoordelingschalen. Per patiënt wordt bekeken welke test gedaan wordt)</i>	- arts - psycholoog - evv-er - fysiotherap. - logopedist - ergotherapeut	- Intakeformulier - WCN Observatielijst Cognitie, emotie en gedrag - Barthelindex - Tinetti - Berg Balance schaal - Trunk-control test - Ashworth schaal - Richtlijnen logopedie TSSZ ⁶ - R.H.C.O. - A-ONE - AMPS
Opstellen behandelplan en starten therapie	- verpleegk. - verzorgende - paramedici	- Zorgdossier

⁵ Waarvan de eerste 8 weken extra gefinancierd worden door het Zorgkantoor

⁶ De richtlijnen logopedie TSSZ gelden ketenbreed. Hierin staan de diverse testen beschreven. Aangezien de andere disciplines nog geen ketenbreed document hebben staan daar, voor zover bekend, de testen apart genoemd.

Organiseren meeloopdag voor familie	- evv-er	
Voorlichting en informatie geven aan patiënt en mantelzorger	- behandelteam ⁷	- Stappenplan voorlichting
Ontslag		
Bespreken situatie patiënt: ontslag- of vervolgbestemming	- behandelteam	
Regelen voor patiënten naar huis, indien geïndiceerd: - thuiszorg - dagbehandeling in verpleeghuis - aanmelden nazorg door CVA verpleegkundige thuiszorg	- maatschap. werker	- Gewijzigde afspraken CIZ: indicatiestelling TSSZ - Aanvraagformulier AWBZ zorg - Aanmeldingsformulier Standaard Indicatie Protocol - Aanmeldformulier nazorg huisbezoeken
Voeren ontslaggesprek c.q. familiegesprek	- arts - evv-er - maatsch. werker	
Overdracht naar vervolginstelling	- arts - evv-er - activiteiten begeleider - paramedici	- Transmuraal overdrachtdossier - Ontslagchecklist - Ontslagbrief - Verpleegkundig overdrachtsformulier TSSZ - Overdrachtsformulier per discipline

⁷ Behandelteam bestaat uit arts, evv-er, maatschappelijk werker, psycholoog, activiteitenbegeleider, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist.

06. Stappenplan Chronische fase thuis, nazorgbezoeken

Activiteit chronische fase thuis, nazorgbezoeken		Basisdocumenten
Leren accepteren, verwerken en omgaan met beperkingen als gevolg van de beroerte		<ul style="list-style-type: none"> - Revalidatie na een beroerte (NHS, 2001) - Zorg voor de mantelzorg (NHS, 2004) - AIV protocol neurologische aandoeningen - AIV protocol mantelzorg-ondersteuning - Anamnese CVA - Standaard verpleegplan CVA
Vorbereiding	Functionaris	Documenten
Nagaan of overdracht is gedaan, <u>anders bellen met vorige instelling</u>	- CVA verpleegk.	
(Eventueel) afnemen verpleegkundige anamnese	- CVA verpleegk.	<ul style="list-style-type: none"> - Aanmeldformulier product AIV voor thuiszorg - Aanvraagformulier AIV - Terugrapportageformulier huisarts/ neuroloog - Anamnese CVA thuiszorg
Begeleiding		
Aanpassen leefstijl en dagelijkse activiteiten aan nieuwe situatie. Aandacht voor: <ul style="list-style-type: none"> - acceptatie, verwerken en leren omgaan met blijvende beperkingen - voorkomen recidief 	- CVA verpleegk.	<ul style="list-style-type: none"> - ADL-plan CVA - Procedure (dreigend) ondergewicht - Signaleringslijst cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van CVA - Signaleringslijst depressie - Deelnemersmateriaal huisbezoeken 'Verder na een beroerte'
Aandacht besteden aan mogelijkheid cognitieve screening	- CVA verpleegk.	<ul style="list-style-type: none"> - Zwolse werkafspraken CVA/TIA - Terugrapportageformulier huisarts/neuroloog
Voorkomen overbelasting mantelzorger(s)	- CVA verpleegk.	<ul style="list-style-type: none"> - Protocol MZO en inventarisatielijst - Signaleringslijst depressie - Care Giver Strain Index (CSI) - Deelnemersmateriaal huisbezoeken 'Verder na een beroerte' - Stappenplan voorlichting
Zo nodig verwijzen naar andere hulpverleners/ informele zorg	- CVA verpleegk.	<ul style="list-style-type: none"> - Folder Steunpunt Mantelzorg - Folder Vrijwillige Thuiszorg

		- Folder MEE
Voorlichting en informatie geven over voorkomen recidief en zo optimaal mogelijk leven met een beroerte	- CVA verpleegk.	- Stappenplan voorlichting
Gevraagd en ongevraagd adviseren thuiszorgmedewerkers V&V en HHD	- CVA verpleegk.	
Evaluatie		
Beoordelen situatie patiënt en mantelzorger: - niet stabiel - stabiel	- CVA verpleegk.	- Stappenplan chronische fase thuis, nazorgbezoeken - Stappenplan chronische fase thuis, jaarcontrole

Revalidatie Chronische fase thuis

Revalidatie	Functionaris	Documenten
Patiënt heeft geen specifieke revalidatie		
Patiënt gaat naar revalidatie dagbehandeling	- revalid. arts	
Patiënt gaat naar dagbehandeling in het verpleeghuis	- verpleegh. arts	
Patiënt gaat voor revalidatie naar een 1 ^e lijns therapie	- huisarts	

07. Stappenplan Chronische fase thuis, jaarcontrole

Activiteit chronische fase thuis, jaarcontrole		Basisdocumenten
Jaarlijks controleren van patiënten en mantelzorgers die een stabiele situatie hebben bereikt (in ieder geval tot 3 jaar na start begeleiding)		<ul style="list-style-type: none"> - Anamnese CVA - Standaard verpleegplan CVA - ADL-plan CVA - Procedure (dreigend) ondergewicht - Signaleringslijst cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van CVA - Signaleringslijst depressie - Care Giver Strain Index (CSI) - Deelnemersmateriaal huisbezoeken 'Verder na een beroerte'
Vorbereiding	Functionaris	Documenten
Afspraak maken met patiënt en mantelzorger of checken al gemaakte afspraak	<ul style="list-style-type: none"> - CVA verpleegk. 	
Begeleiding		
Informeren naar en zonodig aanvullende voorlichting geven: <ul style="list-style-type: none"> - algemeen ziektebeeld - acceptatie, verwerking en leren leven met een beroerte en de gevolgen - voorkomen recidief - draagkracht en draaglast mantelzorger 	<ul style="list-style-type: none"> - CVA verpleegk. 	<ul style="list-style-type: none"> - Stappenplan voorlichting
Zo nodig verwijzen naar andere hulpverleners/ informele zorg	<ul style="list-style-type: none"> - CVA verpleegk. 	<ul style="list-style-type: none"> - Folder Steunpunt Mantelzorg - Folder Vrijwillige Thuiszorg - Folder MEE
Gevraagd en ongevraagd adviseren thuiszorgmedewerkers V&V en HHD	<ul style="list-style-type: none"> - CVA verpleegk. 	
Evaluatie		
Beoordelen situatie patiënt en mantelzorger: <ul style="list-style-type: none"> - niet stabiel - stabiel: controle na 1 jaar; na 3 jaar afronden begeleiding 	<ul style="list-style-type: none"> - CVA verpleegk. 	<ul style="list-style-type: none"> - Stappenplan chronische fase thuis, nazorgbezoeken - Stappenplan chronische fase thuis, jaarcontrole