



De kracht van samenwerken

CVA nazorg

Ketenzorg CVA regio Helmond

Quartz

Transmuraal centrum voor de regio Helmond

Inleiding

Jaarlijks worden ongeveer 450 mensen met een CVA opgenomen in het Elkerliek Ziekenhuis. Volgens cijfers van de Hartstichting keert uiteindelijk 70% van hen terug in de thuissituatie. Deze mensen zijn beland in de chronische fase van de aandoening, waarin het leren leven met de (rest)beperkingen centraal staat.

Problematiek in de thuissituatie

Het is bekend dat veel mensen met een CVA, eenmaal thuis, te maken krijgen met klachten. Onderzoek heeft laten zien dat ruim 50% van hen geconfronteerd wordt met onzichtbare uitval. Met name problemen met aandacht, geheugen en informatieverwerking komen veel voor. Deze onzichtbare uitval, vaak gecombineerd met lichamelijke achteruitgang, vraagt veel van de CVA-cliënt en de mantelzorg. Vooral de partner wordt zwaar belast. Uit Fupro-onderzoek blijkt dat 50% van de partners 1 jaar na datum CVA overbelast is. Het is van belang om signalen van problemen en/of dreigende overbelasting van mensen met CVA en hun naasten vroegtijdig te signaleren. Voor die vroegsignalering en een adequaat vervolg hierop, is een goede samenhang tussen professionals essentieel. Daarom is op basis van de Richtlijn 'Uitbehandeld, hoezo?' en de Zorgstandaard CVA-TIA de procedure CVA nazorg ontwikkeld.

Doelgroep en procedure

CVA nazorg richt zich op de groep mensen met CVA en hun naasten, die zich bevinden in de chronische fase van hun aandoening. Het betreft mensen die ontslagen worden uit een intramurale instelling.

De richtlijn 'Uitbehandeld, hoezo?' en de Zorgstandaard CVA-TIA onderstrepen het belang van een centrale zorgverlener als aanspreekpunt voor de CVA-getroffene en zijn naaste en overige betrokken professionals. Binnen ketenzorg CVA regio Helmond is de CVA-verpleegkundige de centrale zorgverlener gedurende de looptijd van CVA nazorg. De CVA-verpleegkundige is een wijkverpleegkundige niveau 5 met aanvullende deskundigheid op het gebied van CVA. Haar/zijn deskundigheid is vastgelegd in een competentieprofiel.

De CVA nazorg heeft een looptijd van 2 jaar en heeft de volgende doelen:

- Behoud en herwinnen van zelfstandigheid en functioneren (participatie);
- Advies en begeleiding;
- Voorlichting;
- Hulp bij het vinden van een nieuw evenwicht;
- Omgang met nieuwe situatie;
- Voorkomen en aanpakken van psychosociale problemen;
- Voorkomen en aanpakken van fysieke problemen;
- Verwijzing voor aanvullende behandeling.

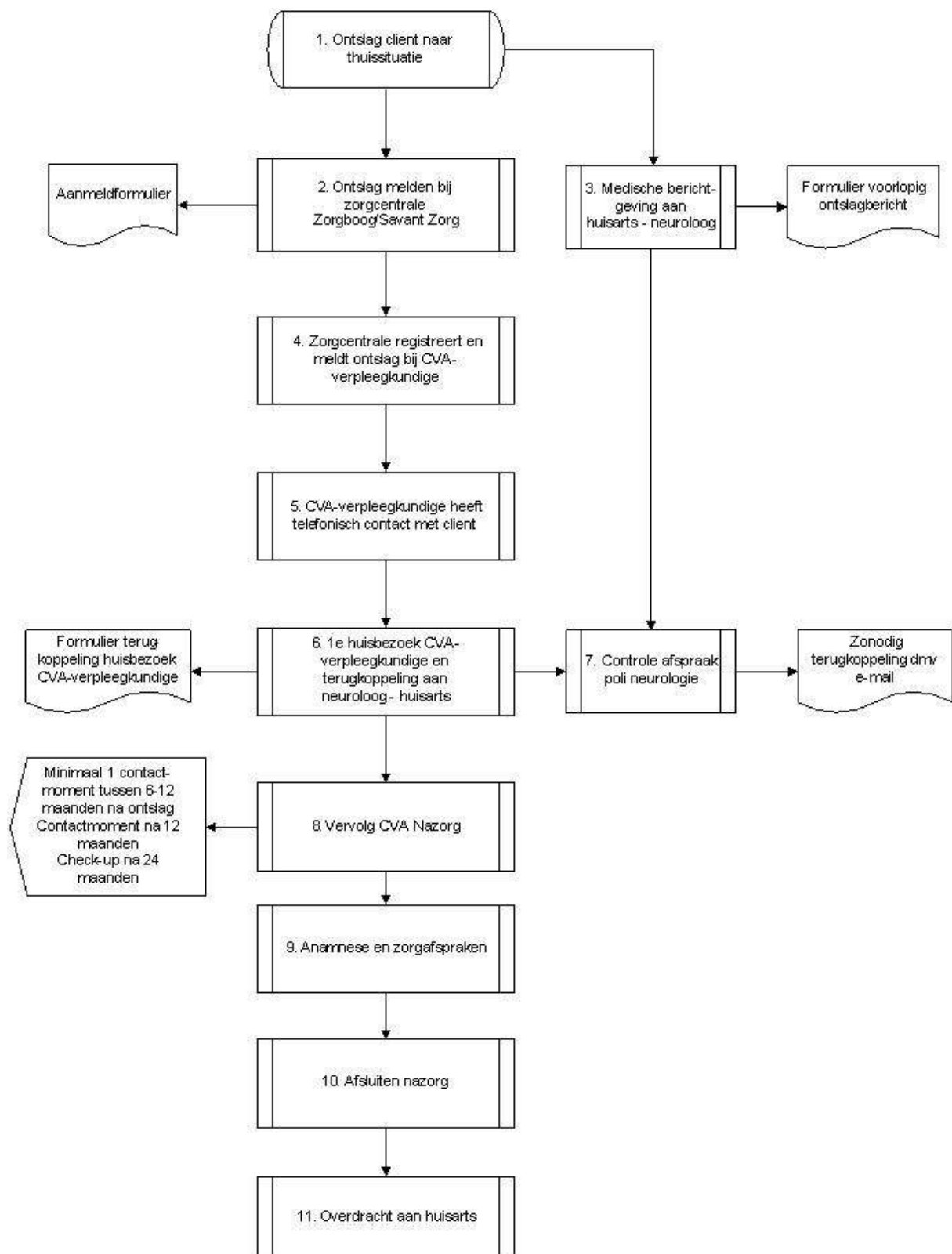
Uitgangspunt is dat de CVA-verpleegkundige nauw afstemt met de huisarts, de praktijkondersteuner en de Zorg- en Welzijnsinstellingen in de eigen leefomgeving van de cliënt - naaste.

Alles met als doel dat de CVA-cliënt samen met de naaste een zo hoog mogelijk niveau van participatie bereikt en komt tot een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven.

Joke Driessen, programmaleider Ketenzorg CVA en Kwetsbare Ouderen, Quartz
Ruth Kempers, verpleegkundig expert, de Zorgboog
Tessa van Tongeren, casemanager, Savant Zorg

Versie december 2015

Stroomschema Procedure CVA Nazorg



Beschrijving procedure CVA nazorg aan de hand van de punten in het stroomschema

De cijfers in het stroomschema corresponderen met de cijfers in de beschrijving.

Uitgangspunt is dat alle CVA-cliënten na ontslag uit het ziekenhuis en (psycho)geriatrie revalidatie van aangemeld worden voor CVA nazorg.

Uitzondering hierop zijn de cliënten die bezwaar hebben tegen aanmelding. Deze cliënten worden gemonitord op de poli neurologie. Na afloop van die monitoring wordt de folder 'Huisbezoek wijkverpleegkundige CVA' (bijlage 2) en Meldpunt NAH uitgereikt.

Aanmelding voor CVA-nazorg vanuit Medisch Specialistische Revalidatie vindt plaats op indicatie.

TIA-cliënten die alleen op de SEH komen, komen altijd terug voor een consult op de poli neurologie. In principe worden deze cliënten niet aangemeld voor CVA nazorg. De nazorg vindt plaats door de huisarts-praktijkondersteuner met zonodig terugval op de CVA-verpleegkundige. In enkele gevallen, op basis van bijkomende factoren en de klinische inschatting van de neuroloog wordt een afweging gemaakt voor in te zetten nazorg.

1. Ontslag CVA-cliënt naar thuissituatie

Ontslag uit:

- Elkerliek ziekenhuis, afdeling neurologie/SEH:
 - CVA-cliënten die zonder reguliere zorg naar huis gaan, worden aangemeld voor het nazorgtraject.
 - CVA-cliënten die met nazorg van fysio, ergo, logo naar huis gaan, worden aangemeld voor het nazorgtraject.
 - Voor CVA-cliënten die na ontslag reguliere thuiszorg hebben als gevolg van de opname indicatie CVA, regelt de transferverpleegkundige de aanvraag van reguliere thuiszorg. De inschakeling van reguliere thuiszorg wordt vermeld op het aanmeldformulier CVA nazorg (bijlage 1).
- De Zorgboog:
 - Vitassist (GZR);
 - Keyserinnedael (GRZ Dementie).
- Libra Revalidatie & Audiologie, locatie Blixembosch: opvolging door revalidatiearts/physician assistant / artsondersteuner zo lang als nodig.

2. Cliënt aanmelden voor CVA nazorg bij Zorgcentrale m.b.v. fax of e-mail:

De cliënt wordt zo spoedig mogelijk na ontslag gemeld bij de Zorgcentrale van de Zorgboog of Savant Zorg met behulp van het aanmeldformulier CVA Nazorg (bijlage 1):

Ontslag uit:

- Elkerliek Ziekenhuis, wordt gemeld door de verpleegkundige neurologie;
- Elkerliek Ziekenhuis poli neurologie, wordt gemeld door physician assistant of neuroloog;
- Vitassist, wordt gemeld door de zorgcoördinator;
- Keijserinnedael, wordt gemeld door de zorgcoördinator;
- Libra Revalidatie & Audiologie, locatie Blixembosch: aanmelding op indicatie.

Bij ontslag krijgt de cliënt de volgende folders mee: 'Huisbezoek wijkverpleegkundige CVA' (bijlage 2), 'Aandachtspunten bij een beroerte' (bijlage 3) en op indicatie de patiënten versie 'Zorgstandaard CVA-TIA' (bijlage 4). De cliënt en zijn naaste kunnen de vragen in de folder 'Aandachtspunten bij een beroerte' (bijlage 3) gebruiken om zich voor te bereiden op het gesprek met de CVA-verpleegkundige of een andere hulpverlener.

3. Medische berichtgeving aan huisarts

Bij opname stuurt de neuroloog als eerste het SEH formulier naar de huisarts. Zo is de huisarts meteen geïnformeerd over de opname. Binnen 2 weken na ontslag wordt de ontslagbrief verzonden.

In de ontslagbrief wordt vermeld of de patiënt is aangemeld voor nazorg door een CVA-verpleegkundige.

Een controle afspraak op de poli neurologie wordt gepland (7 tot 8 weken na ontslag) (zie punt 7. stroomdiagram).

4. De Zorgcentrale registreert en meldt ontslag bij CVA-verpleegkundige

- De Zorgboog:
 - De Zorgcentrale registreert en meldt ontslag bij de verpleegkundig expert;
 - De verpleegkundig expert informeert de CVA-verpleegkundige.
- Savant Zorg:
 - De Zorgcentrale registreert en meldt ontslag bij casemanager / CVA-verpleegkundige.

5. De CVA-verpleegkundige legt telefonisch contact met cliënt

Binnen twee weken na ontslag naar de thuissituatie wordt telefonisch contact opgenomen met de cliënt door de CVA-verpleegkundige. Doel van het telefonisch contact: het plannen van het eerste huisbezoek en eerste vragen van de cliënt beantwoorden.

6. Opstart CVA nazorg: eerste huisbezoek CVA-verpleegkundige en terugkoppeling aan neuroloog/huisarts

Het eerste huisbezoek door de CVA-verpleegkundige vindt plaats voorafgaand aan de controle afspraak op de poli neurologie, 7 – 8 weken na ontslag uit het ziekenhuis.

Het doel van het huisbezoek is:

- Kennismaken met de cliënt/naaste;
- Eerste oriëntatie op hoe het gaat met de cliënt en de naaste. Ingang hiervoor zijn de vragen in de folder 'Aandachtspunten bij een beroerte' (bijlage 3) ingevuld door de cliënt en de naaste;
- De ingevulde vragen kunnen gebruikt worden als insteek voor het afnemen van de ACAS/SIGEB (bijlage 6);
- Afspraak maken voor vervolcontact;
- Doorgeven naam CVA-verpleegkundige en telefoonnummer Zorgcentrale: visitekaartje achterlaten.

De CVA-verpleegkundige koppelt de bevindingen van het eerste huisbezoek terug aan de neuroloog met behulp van het rapportageformulier CVA nazorg (bijlage 5) en stuurt een kopie naar de huisarts. Deze terugkoppeling vindt plaats vóór de controle afspraak op de poli neurologie (6 weken na ontslag).

7. Controle afspraak poli neurologie en zonodig terugkoppeling aan huisarts / CVA-verpleegkundige

Binnen 6 weken na ontslag naar de thuissituatie vindt een controle afspraak plaats op de poli neurologie.

De neuroloog/physician assistant neurologie geeft antwoord op de eventuele vragen in de invulbrief van de CVA-verpleegkundige en koppelt zijn/haar bevindingen naar aanleiding van de controle afspraak zonodig terug aan de huisarts en CVA-verpleegkundige.

Terugkoppeling van de neuroloog/physician assistant neurologie aan de huisarts gebeurt volgens gebruikelijke werkwijze.

De terugkoppeling vindt zonodig plaats. Hierbij geldt: geen bericht = goed bericht. De cliënt wordt terugverwezen naar de huisarts. Door de huisarts wordt de cliënt opgenomen in het zorgprogramma cardiovasculair risicomanagement secundaire preventie.

8. Vervolg CVA nazorg

Conform de richtlijn 'Uitbehandeld, hoezo?' wordt de cliënt en zijn naaste gevolgd gedurende een periode van twee jaar na ontslag uit de instelling.

De minimale contactfrequentie is 2x per jaar, als volgt:

- *Minimaal 1 contactmoment tussen 6-12 maanden na ontslag;*
- *Contactmoment na 12 maanden;*
- *Check-up na 24 maanden;*
- *Er vindt afzonderlijk contact plaats met de mantelzorgers.*

De CVA-verpleegkundige kan gefundeerd afwijken van deze richtlijn. Na elke contact vindt terugkoppeling plaats naar de huisarts.

De huisarts en praktijkondersteuner vervolgen de cliënt conform het zorgprogramma cardiovasculair risicomanagement secundaire preventie.

De CVA-verpleegkundige signaleert behoefte aan aanvullende zorg en behandeling, aan hulpmiddelen-woningaanpassingen, aan vervoer en welzijnsvoorzieningen. Ze adviseert de huisarts/neuroloog omtrent verwijzing naar specialist Ouderengeneeskunde/revalidatiearts/psycholoog/ergotherapeut/fysiotherapeut/logopedist/diëtiste. In de afweging van haar verwijsadvies baseert ze zich op het 'Overzicht Revalidatievormen Ketenzorg CVA regio Helmond'. Bij het advies voor verwijzing attendeert de CVA-verpleegkundige op het overzicht Behandelaars met expertise CVA-NAH (revalidatiefase sociale kaart) op de website van Quartz, zodat er zoveel mogelijk continuïteit in de (vervolg)behandeling zit.

9. Opstellen/bijstellen zorgplan?

Bij een eenmalig contact ontvangt de cliënt en zijn naaste een kopie van het rapportage-formulier CVA nazorg aan de neuroloog/huisarts. Bij meermalig contact wordt op basis van de ACAS/SIGEB-lijst (bijlage 6) door de CVA-verpleegkundige samen met de patiënt en de naaste een plan van aanpak voor de begeleiding opgesteld en verwerkt in het Zorgleefplan. Na de evaluatie wordt het plan van aanpak voor de begeleiding eventueel bijgesteld.

10. Afsluiten CVA nazorg

Na afloop van twee jaar vindt check-up plaats aan de hand van de ACAS/SIGEB-lijst (bijlage 6) en een evaluatie. Op basis hiervan wordt besloten of het Zorgplan afgesloten kan worden.

Afsluiten Zorgplan?

Zo ja?: naar punt 11; Afsluiten Zorgplan en overdracht aan huisarts.

Zo nee?: terug naar punt 9: Opstellen/Bijstellen Zorgplan.

11. Overdracht naar huisarts

De CVA-verpleegkundige sluit het Zorgplan af. De cliënt en zijn naaste krijgen de folder van het Informatiepunt NAH. De zorg wordt weer overgedragen aan de huisarts. Bij een nieuwe hulpvraag van de cliënt kan weer contact gezocht worden met de neuroloog of CVA-verpleegkundige.

Bijlagen:

- Bijlage 1: [Aanmeldformulier CVA nazorg](#)
- Bijlage 2: [Folder Huisbezoek wijkverpleegkundige CVA](#)
- Bijlage 3: [Folder Aandachtspunten bij een beroerte](#)
- Bijlage 4: [Patiëntenversie Zorgstandaard CVA-TIA](#)
- Bijlage 5: [Rapportageformulier CVA nazorg](#)
- Bijlage 6: [ACAS/SIGEB](#)