

Generieke modules

De generieke module die in dit hoofdstuk benoemd worden, zijn van toepassing op meer dan één chronische ziekte. Een generieke zorgmodule is toepasbaar in een bepaalde fase van de ziekte, maar dezelfde zorgmodule kan bij een andere ziekte in meerdere fasen van toepassing blijken. Ook kan een bepaalde zorgmodule soms meermalen bij één ziekte van toepassing zijn, al dan niet in verschillende fasen.² De addenda bij de in dit hoofdstuk genoemde items die specifiek op de CVA zorg van toepassing zijn deels in dit hoofdstuk vermeld maar ook in het Specifieke CVA hoofdstuk. De informatie over de generieke modules is ontleend aan de zorgstandaarden VRM (febr 2009) en de zorgstandaard COPD (juni 2010).

Informatie, voorlichting en educatie

Bij het individueel zorgplan is al beschreven dat patiënten en direct betrokkenen continue behoefte hebben aan goede voorlichting en communicatie door zorgverleners. In de acute fase ligt de focus op medische informatie en moeten naasten al actief worden voorbereid op hun toekomstige rol als mantelzorger.²⁹ In de loop van de tijd is er tevens vraag naar informatie over maatschappelijke aspecten en over ervaringen van andere patiënten. Mondelinge en schriftelijke informatie kunnen het beste gecombineerd en herhaald aangeboden worden. Belangrijke onderwerpen zijn: de beschikbare zorg en hoe deze kan worden verkregen, het leven na een CVA en bijkomende problemen, geschikte oefeningen, informatiepunten, mogelijkheden tot lotgenotencontact, het voorkomen van een recidief, de rol van verschillende organisaties, hulpverleners en patiëntenverenigingen. Belangrijk is dat de informatie wordt toegespitst op de individuele patiënt.⁸ Patiënten en naasten wensen vaak meer informatie te ontvangen dan wordt verkregen. Het is niet ongebruikelijk dat patiënten rapporteren geen informatie te hebben gekregen over hun ziekte, terwijl zorgverleners dit onderwerp wel hebben besproken en geschreven informatie hebben gegeven. Hiervoor kunnen meerdere redenen zijn: de informatie werd niet onthouden als gevolg van stress, was niet duidelijk, te gecompliceerd, te algemeen of had geen betrekking op de persoonlijke situatie.⁵⁸

Het heeft de voorkeur voorlichting op verschillende wijzen en herhaaldelijk aan te bieden: groepsbijeenkomsten en educatieve sessies afgewisseld met individuele voorlichting. Naast mondelinge voorlichting en schriftelijk voorlichtingsmateriaal kan

ook gebruik gemaakt worden van internet of DVD. Stoornissen in het begrijpen en uiten van gesproken en geschreven taal (afasie) en andere cognitieve stoornissen kunnen de informatieverwerking negatief beïnvloeden. Hulpverleners dienen hiervan op de hoogte te zijn en de manier van informatieoverdracht aan te passen aan de mogelijkheden van de patiënt, bijvoorbeeld door gebruik te maken van pictogrammen. Ook kunnen speciale voorlichtingskaarten gebruikt worden. Daarnaast is het belangrijk dat zorgverleners patiënten en naasten herhaald informeren over het bestaan van patiëntenverenigingen en de mogelijkheden die deze verenigingen biedt.⁸ (Zie ook Revalidatie na een beroerte, tabel 3.2. voor een checklist van de voorlichting).²⁰ Naast de zorgverleners verstrekken de verschillende patiëntenorganisaties, Hartstichting en de Hersenstichting ook informatie aan patiënten.

Bewegen

De generieke zorgmodule bewegen is nog niet gereed. Voor de adviezen ten aanzien van bewegen wordt verwezen naar de zorgstandaard VRM.³⁵ Aangezien CVA patiënten te kampen kunnen hebben met blijvende verlamningsverschijnselen kunnen zij hierdoor hinder ondervinden om in voldoende mate te bewegen. Blijven bewegen, taakgeoriënteerde trainingsvormen, lichamelijke conditie en het volhouden van revalidatietrainingen voorkomt een terugval van de motorische functies. Dit heeft bovenal een positief effect op de algemene lichamelijke en emotionele gezondheid.

Voeding en dieet

De generieke module wordt momenteel ontwikkeld door een speciaal hiervoor aangestelde projectgroep (o.a. medewerking van Partnership Overgewicht Nederlands en het Voedingscentrum). Naast de specifieke CVA adviezen met betrekking tot de slikstoornissen, wordt voor de algemene voedingsadviezen ten behoeve van de secundaire preventie verwezen naar de zorgstandaard VRM. Bij motorische en neuropsychologische problemen na een CVA is dieetbegeleiding van belang om onder- en overvoeding te voorkomen en kwaliteit van leven zo veel mogelijk te verhogen. Regelmatige screening op onder- of overvoeding door bijvoorbeeld verpleegkundigen en daaropvolgend begeleiding door een diëtist bij complicaties is noodzakelijk. Voorbeelden van gevalideerde screeningsinstrumenten voor ondervoeding zijn: MUST, SNAQ (ziekenhuis), SNAQrc (verpleeg-/verzorgingshuis). www.stuurgroepondervoeding.nl.

Stoppen met roken

De zorgmodule Stoppen met Roken is beschikbaar (Partnership Stop met Roken). Zie www.stivoro.nl.

Zelfmanagement

Zelfmanagement is effectief wanneer patiënten in staat zijn zelf hun gedragsmatige gezondheidstoestand te monitoren en de cognitieve, gedragsmatige en emotionele reacties te vertonen die bijdragen aan een bevredigende kwaliteit van leven. Het bevorderen van zelfmanagement is een speerpunt binnen de chronische zorg.² Bij CVA patiënten is zelfmanagement niet altijd optimaal haalbaar als gevolg van de cognitieve beperkingen die men door de CVA heeft opgelopen. De focus op wat de patiënt allemaal nog wel kan, is dan van groot belang.⁵⁹ Het hervinden van de balans en het leven weer in eigen regie nemen is een continue en dynamisch proces waaraan de zorgverlening kan bijdragen. Het is belangrijk te kijken naar de cognitieve mogelijkheden van de individuele CVA patiënt en eventuele ondersteuning aan te bieden. Via de Nederlandse CVA-vereniging 'Samen verder' kunnen patiënten en naasten ook leren over het toepassen zelfmanagement. (www.zelfmanagement.com)

Autonomie

Herstel dan wel behoud van autonomie is van belang voor de kwaliteit van leven na een CVA. Autonomie omvat drie aspecten: zelfredzaamheid, zelfbeschikking en zelfstandigheid.³¹ Alle drie aspecten van autonomie zijn van belang maar aan het begin is er vooral aandacht voor zelfredzaamheid, terwijl richting het ontslag naar de thuissituatie meer aandacht is voor eigen verantwoordelijkheid en het nemen van beslissingen. Ook bij die patiënten die niet naar een zelfstandige woonvorm ontslagen kunnen worden, geldt dat er aandacht zal moeten zijn voor een zo hoog mogelijk niveau van autonomie. Een aantal praktische aandachtspunten voor zorgverleners die de autonomie van patiënten en direct betrokkenen kunnen bevorderen, zijn:⁶⁰

- overleg over het ontslagmoment en de eisen die de situatie na ontslag stelt;
- bied ruimte voor eigen gewoontes en tijdsplanning;
- bied ruimte voor eigen verantwoordelijkheid en eigen initiatief;
- overleg over behandeling en begeleiding vermijdt betutteling;
- moedig assertiviteit aan;

- geef ruimte voor kritiek, vragen, klachten en opmerkingen;
- moedig het vertrouwen in hun eigen mogelijkheden aan;
- ondersteun bij praktische zaken maar neem deze niet over;
- moedig zoveel mogelijk initiatieven aan die betrekking hebben op de situatie na ontslag.

Ten tijde van de intramurale behandeling moeten CVA patiënten en naasten al voorbereid worden op het uitvoeren van zelfmanagement en het hebben van autonomie in de thuissituatie.^{8, 50}

Organisatiestructuur

In dit hoofdstuk volgt een beschrijving van de organisatiestructuur van het CVA zorgproces.² In paragraaf (i) worden de zorgstandaard-afhankelijke kenmerken beschreven. Het gaat om de aspecten van de ketenorganisatie die speciaal van toepassing zijn op CVA zorg. In paragraaf (ii) staan de algemene zorgstandaard-onafhankelijke kenmerken vermeld: aspecten van de ketenorganisatie die in principe voor alle chronische ziekten van toepassing zijn. In paragraaf (iii) volgt het kwaliteitsbeleid. Tot slot staan in paragraaf (iv) de gegevens die benodigd zijn ten behoeve van kwaliteitsinformatie. Voor de berekening dan wel bepaling van relevante kwaliteitsindicatoren (zie volgende hoofdstuk) zijn deze gegevens nodig.

(i) Zorgstandaard afhankelijke aspecten

CVA zorgketens

De zorg voor CVA patiënten is complex. De aard van de zorgvraag verandert in de loop van de tijd. Van de acute fase (gericht op overleven en het beperken van de schade) naar de chronische fase komen steeds andere zorgelementen naar voren. Aspecten van het herkrijgen van autonomie en inrichten van het leven komt gedurende het zorgproces steeds meer op de voorgrond te staan. Er zijn veel organisaties en disciplines bij betrokken om ervoor te zorgen dat de juiste zorg geleverd wordt aan deze groep patiënten.^{8, 61} Om die reden wordt de CVA zorg vormgegeven in een regionale keten van zorgverleners die gezamenlijk een integrale, deskundige en samenhangende zorg en behandeling voor CVA patiënten waarborgen in alle fasen van de aandoening; de zogenoemde CVA zorgketen, ook wel stroke service genoemd.⁶² In een regionale CVA zorgketen dient het zorgaanbod van de gezamenlijke instellingen gecoördineerd en op elkaar afgestemd te zijn wat betreft de onderlinge verantwoordelijkheden en rollen in het zorgproces.^{20, 21} Dit geldt met name ook voor de CVA zorg in de eerste lijn, waar niet vanzelfsprekend een samenwerkingsverband tussen zorgverleners bestaat zoals dat wel meestal functioneert intramuraal.

In de acute fase is de directe beschikbaarheid van een CT-scan, een neuroloog en een verpleegkundig team dat bekend is met trombolysie procedure van levensbelang. Patiënten komen in het ziekenhuis veelal op een aparte 'stroke unit' terecht. Hier krijgen patiënten intensieve verzorging, die bestaat uit zeer regelmatige controles en

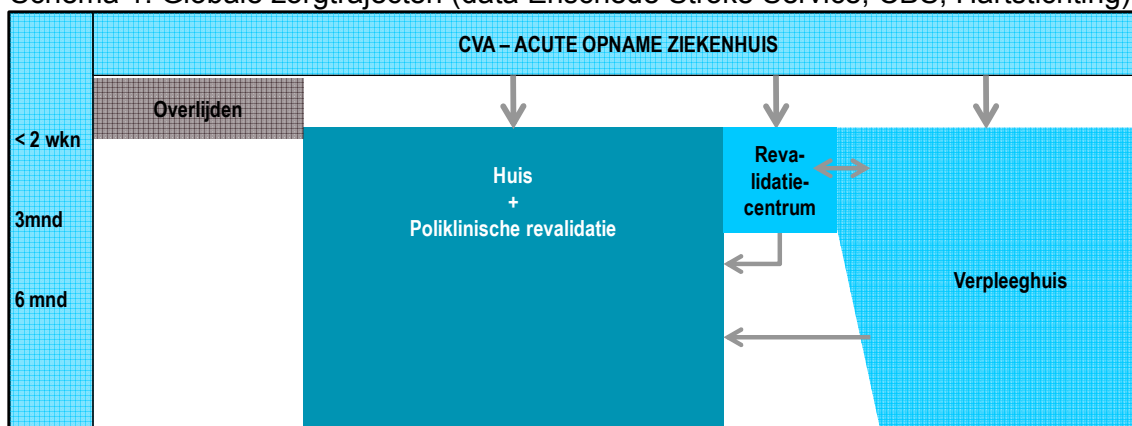
een zo snel mogelijke start van de revalidatie. Patiënten verblijven enkele dagen tot hooguit 2 weken op de stroke unit. Op de stroke unit, is de neuroloog verantwoordelijk voor het stellen van de prioriteiten in behandeling. Vervolgens wordt het benodigde revalidatietraject voor een individuele CVA patiënt besproken in een multidisciplinair team.^{20, 21} Dit team bestaat uit een fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, verpleegkundige, arts (revalidatiearts, specialist ouderengeneeskunde, neuroloog en/of huisarts) en/of een diëtist, maatschappelijk werker en psycholoog. Bij de CVA zorg wordt gestreefd naar behandeling op het 'laagste niveau'. Daarmee wordt bedoeld dat als de behandeling vanuit thuis kan plaatsvinden, deze ook vanuit thuis moet plaatsvinden. Als geen revalidatie mogelijk is en wel een zorgbehoefte kan iemand opgenomen worden op een verpleegafdeling van een verpleeghuis. In de praktijk gaat het merendeel van de CVA patiënten na ontslag van de stroke unit terug naar huis (zie schema). Bij toenemende complexiteit wordt gekozen voor een uitgebreider revalidatieprogramma. Het multidisciplinair team voert minimaal wekelijks multidisciplinair overleg (MDO).^{10, 20} In de revalidatie- en chronische fase ligt de eindverantwoordelijkheid afhankelijk waar patiënt verblijft en revalideert bij de huisarts, de revalidatiearts, of de specialist ouderengeneeskunde.^{20, 21} In de eerste lijn is het belangrijk dat afgesproken wordt welke hulpverlener een coördinerende rol dient te vervullen. De revalidatie kan op verschillende manieren vorm gegeven worden:

1. vanuit de thuissituatie met enkel- of meervoudige eerstelijns therapie;
2. vanuit de thuissituatie met poliklinische revalidatiebehandeling op een revalidatieafdeling van het ziekenhuis of een revalidatiecentrum;
3. vanuit de thuissituatie met dagbehandeling geriatrische revalidatie;
4. klinische revalidatie in een revalidatiecentrum;
5. klinische geriatrische revalidatie in een verpleeghuis.

Het revalidatietraject wordt voorgesteld door het multidisciplinair team en vervolgens met de patiënt en naasten vastgesteld. Harde criteria bij de keuze van het revalidatietraject zijn niet beschikbaar.²⁰ In de bijlage van de richtlijn Revalidatie na een beroerte worden enkele criteria geformuleerd.²⁰ Bij de keuze voor een vervolgssetting, spelen de volgende factoren een rol: de ernst van de beperkingen; de prognose; de leerbaarheid of het leervermogen; de leeftijd; de wens van de patiënt en zijn naaste; hun psychische en sociale draagkracht en de beschikbaarheid van noodzakelijke zorg en voorzieningen.⁵⁰ CVA patiënten die in een revalidatiecentrum worden opgenomen, zijn gemiddeld ongeveer twintig jaar jonger dan degenen die in een verpleeghuis worden opgenomen (58 jaar versus 75 jaar). Zij hebben ook minder comorbiditeit.

Meer dan negentig procent van hen keert naar huis terug. De revalidatiemogelijkheden in verpleeghuizen nemen de laatste jaren toe. In de centra is de revalidatie niet alleen neuropsychologisch en fysiek gericht maar ook op het hervatten van gezinstaken; er is aandacht voor de veranderde ouder-kindrelatie en hoe de rol van ouder weer uit te voeren. Zo mogelijk wordt vanuit de instelling plaatsing in het arbeidsproces nagestreefd. Ook bestaan er zijn gespecialiseerde centra voor arbeidsintegratie.³³ De kwaliteit van de CVA zorg in de chronische fase verdient meer aandacht: patiënten en naasten ervaren veel knelpunten in de zorg in deze fase.¹ Bij het ontslag naar huis en in de thuissituatie is coördinatie van de zorg door een centrale zorgverlener, die kennis van de sociale kaart heeft en tijdig problemen kan signaleren en zorg kan organiseren, van groot belang.

Schema 1. Globale zorgtrajecten (data Enschede Stroke Service, CBS, Hartstichting)



Financiering van de zorg

Een goed functionerende CVA-zorgketen is een kosteneffectief alternatief voor reguliere zorg. Uit zowel zorginhoudelijk als economisch en maatschappelijk oogpunt is ketenzorg daarom wenselijk. Op dit moment wordt de ketenzorg vanuit verschillende bronnen bekostigd. De zorgverzekeringswet bepaalt en betaalt de acute fase en ook de revalidatiezorg gaat over naar de zorgverzekering en zal via DBCs betaald gaan worden. Zorg in verpleeghuis en de thuiszorg wordt vanuit de AWBZ gefinancierd. De gemeenten spelen ook een belangrijke rol in de chronische fase van de zorg, omdat veel voorzieningen vanuit de WMO bekostigd worden. Deze veelheid aan financieringsbronnen bevordert niet de samenhang in de ketenzorg en is de oorzaak van vertraging in het proces. Een eventuele transmurale DBC draagt door zijn integrale karakter bij aan de transparantie van het zorgproces voor zorgaanbieders, verzeke-

raars en patiënten - een van de basisvoorwaarden voor vraagsturing en marktwerking in de gezondheidszorg. Om de belangen van integrale ketenzorg te waarborgen, zou het de voorkeur verdienen als er integraal over prijs en prestaties van en voor de hele zorgketen onderhandeld kan worden. Goede regie van de keten is daarom van groot belang. Afgezien van het transmurale aspect is ook de 'trans-compartimentale' (ZVW, AWBZ, Wmo) bekostiging een onderwerp dat aandacht verdient. Hier zijn niet alleen financiële schotten aan de orde, maar bovendien ook organisatorische taken en rollen die (sterk) verschillen. Om het (maatschappelijke) voordeel van de ketensamenwerking te kunnen benutten is het van belang dat ook op dit gebied samenwerking gestimuleerd wordt.⁸

(ii) Algemene kenmerken

Deze paragraaf over organisatiestructuur vertoont vergaande overeenkomst met andere zorgstandaarden. Als algemene kenmerken van de organisatie in zorg bij chronische aandoeningen kan de aanwezigheid van de volgende elementen genoemd worden, alle toegespitst op de behoefte van de patiënt. Deze elementen dienen door de samenwerkende partners in de CVA zorgketens uitgewerkt te worden:

- individueel zorgplan;
- elektronisch patiëntendossier en informatieoverdracht;
- een centrale zorgverlener;
- ondersteuning van zelfmanagement;
- samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners.

Een deel van deze elementen zijn al beschreven in de voorgaande hoofdstukken.

Electronisch patiëntendossier en informatieoverdracht

Keteninformatisering kan door verbeterde informatie overdracht en verbeterde continuïteit leiden tot een verbetering in de kwaliteit van zorg.⁸ Tevens bevordert deze informatisering de mogelijkheid om verschillende CVA zorgketens met elkaar te vergelijken aan de hand van de kwaliteitsindicatoren.⁸ Zorgverleners geven aan dat het in de CVA zorgketen momenteel veelal ontbreekt aan een goed registratiesysteem. Dit belemmert onder andere de doorstroom in de keten. Een betere afstemming, coördinatie en registratie binnen het totale zorgproces is daarom gewenst. Dit zou bereikt kunnen worden door: het gebruik van standaarden in de zorg die leiden tot een eenduidige visie; de organisatie van gezamenlijke nascholing; protocollaire afstemming tussen zorgverleners in de CVA zorgketen en overige betrokken, zoals

consultgevers; afstemming van ICT systemen tussen organisaties. Ook in de CBO richtlijn beroerte wordt gewezen op het belang van een optimale samenwerking en afstemming tussen zorgverleners.⁸

Centrale zorgverlener

De beschikbaarheid van een centrale zorgverlener voor de CVA patiënt en naasten kan de kwaliteit van de CVA zorg bevorderen (www.zorgstandaarden.nl). De centrale zorgverlener heeft deskundigheid op het gebied van signalering en voorlichting ten aanzien van de complexe problematiek van de CVA patiënt. Ook speelt de centrale zorgverlener een belangrijke rol bij het ondersteunen van patiënten in het terugvinden en behouden van de regie over de ziekte en hun bestaan. De centrale zorgverlener kent het zorgaanbod en kan de behoeften bij de patiënt naar boven halen. Per stroke service wordt afgesproken welke zorgverleners per fase - acuut, revalidatie, chronisch – deze rol op zich kunnen nemen. Om onnodige overdrachten te voorkomen en continuïteit en eenduidigheid in de zorgverlening te bevorderen, is het aan te bevelen de rol door de diverse fasen heen door een zorgverlener te laten uitvoeren. In overleg met de patiënt en de naasten wordt de centrale zorgverlener benoemd. De centrale zorgverlener is een van de betrokken hulpverleners. De centrale zorgverlener stelt samen met de betrokken hulpverleners het gezamenlijke beleid en de taakverdeling tussen de betrokken hulpverleners vast. De centrale zorgverlener fungeert als primair aanspreekpunt voor de patiënt en diens naasten, en overlegt regelmatig met hen.¹⁰ In het eerste jaar na ontslag naar huis zou deze functie vervuld kunnen worden door een CVA verpleegkundige. Welke hulpverlener de centrale zorgverlener zal zijn, is afhankelijk van de afspraken die hierover gemaakt zijn in de regionale CVA zorgketen en van de wensen van de patiënt en/of de naaste. Op kortere of langere termijn zal daar in een rol weggelegd zijn voor de huisarts en/of de praktijkondersteuner.

Wat mag de CVA patiënt van de centrale zorgverlener verwachten?

Deze zorgverlener:

- Is het aanspreekpunt voor de patiënt, naaste en voor andere zorgverleners
- Ziet erop toe dat de afspraken aansluiten op de behoeften van de patiënt
- Zorgt voor afstemming tussen de behandelingen en afspraken
- Bewaakt het nakomen van de afspraken.

(iii) Kwaliteitsbeleid

Het besturen en borgen van CVA zorgketens, en daarmee van goede CVA zorg is gezien de organisatie van zorgketens complex.⁶² Het is belangrijk om te benoemen welke partijen deel uitmaken van de keten en welke partijen als samenwerkingspartners worden aangemerkt, waarbij alle diensten in de keten (diagnostiek en behandeling, revalidatie, verzorging en begeleiding) goed vertegenwoordigd zijn.⁸ Partijen die zich verbinden aan de keten, worden geacht een gezamenlijke verplichting aan te gaan om voor de doelgroep CVA patiënten zorg van een bepaalde kwaliteit en vanuit een bepaalde visie te verlenen. Voor het goed functioneren van de keten is het belangrijk dat er een ketencoördinator is. Deze coördinator behoort ten dienste te staan van de hele keten, en niet namens één partij te opereren. Het gebruik van indicatoren wordt aanbevolen om het functioneren van de keten te monitoren en kwaliteit te bewaken. In de praktijk blijkt de inzetbaarheid van kennis en expertise van disciplines in het totale zorgproces niet consistent en niet continue gewaarborgd te zijn.⁵ Dit heeft een nadelig effect op de tijdigheid en doelmatigheid van de zorg voor CVA patiënten. Zorgverleners signaleren met name knelpunten op het gebied van:⁵

(1) De acute diagnostiek en behandeling

Voor een optimale behandeling in de acute fase is het van belang dat de zorg goed is georganiseerd.⁸ De volgende knelpunten werden ondermeer genoemd:

- tijdverlies tussen TIA verschijnselen, bezoek TIA-poli en afronding diagnostiek en behandeling;
- tijdsverlies begin verschijnselen – aankomst ziekenhuis ('begin-tot-deur');
- tijdsverlies aankomst ziekenhuis – begin behandeling ('deur-tot-naald' tijd)
- niet tijdig uitvoeren van beeldvormende diagnostiek van de halsslagaders;
- niet tijdig verwijderen van carotisstenoses.

(2) Beschikbare behandeluren en personeel

Een veel genoemd knelpunt in de zorg voor CVA patiënten is het gebrek aan behandeluren. Bestaande richtlijnen en protocollen kunnen daardoor niet worden gevolgd en patiënten ontvangen niet de benodigde zorg. Daarnaast is de bezetting van personeel ook niet altijd optimaal waardoor het leveren van continue zorg aan CVA patiënten in het gedrang komt. Om aan het gebrek aan behandeluren en personeel tegemoet te komen stellen de zorgverleners vast dat flexibiliteit en creativiteit binnen de zorgverlening belangrijk is. Voor zorgprofessionals ontstaat de noodzaak de zorg op een meer efficiënte manier vorm te geven, zodanig dat (ook) aan de behoeften van de

patiënt en naaste voldaan wordt. Denk bijvoorbeeld aan groepsoefeningen, circuittrainingen, hulp van vrijwilligers, enzovoorts.

(3) Continue zorgcoördinatie (beschikbaarheid en organisatie)

Het bewaken en bevorderen van kwaliteit van het totale zorgproces vereist een kwaliteitsbeleid en een beleidscyclus.² Zoals eerder beschreven, werd in 2006 onder leiding van de International Society of Internal Medicine het Europese beleid ten aanzien van CVA geactualiseerd. Een van de doelstellingen uit de Helsingborg Declaration 2006 on Stroke Strategies betrof het doel dat alle lidstaten in 2015 een systeem hebben voor het routinematig verzamelen van gegevens die nodig zijn voor de evaluatie van de kwaliteit van zorg na een beroerte.^{3, 4} De stichting Kennisnetwerk CVA Nederland is in 2006 opgericht om de CVA zorg in Nederland te verbeteren en te borgen waarbij de Helsingborg Declaration 2006 on Stroke Strategies als uitgangspunt werd genomen.³ Het Kennisnetwerk CVA Nederland heeft van de participerende zorgketens in de afgelopen 5 jaar gegevens verzameld over een beperkt aantal indicatoren.³ Dit systeem moet nu uitgebouwd worden tot een service systeem voor alle Nederlandse stroke services, zodat de gewenste indicatoren aan de diverse vragende partijen geleverd kunnen worden volgens de gewenste definitie. In de komende tijd zal een minimale data set worden gedefinieerd en is veel ontwikkelwerk nodig voor de gewenste validering en gegevenskwaliteit. Ook wordt gewerkt aan het opzetten van een certificerings- en auditeringstraject voor CVA ketens. Zorgverzekeraars Nederland hecht grote waarde aan het verzamelen van zorggegevens en beveelt de zorgverzekeringsmaatschappijen aan CVA zorg te contracteren en kosten voor ketencoördinatie en de gegevensverzameling van het kennisnetwerk te vergoeden.

Zorgverleners geven aan dat nieuwe inzichten en technieken op het gebied van de CVA zorg niet altijd tijdig worden geïmplementeerd in het zorgproces. Aandacht voor de daadwerkelijke implementatie van nieuwe kennis (maar ook bestaande kennis/protocollen) is van belang om de zorg voor CVA patiënten te optimaliseren. Gebrek aan kennis en competenties bij de zorgverleners dient tijdig te worden aangepakt zodat kwalitatief goede zorg wordt verleend.

(iv) Gegevens ten behoeve van kwaliteitsinformatie betreffende de ketenorganisatie

Om de kwaliteit van de ketenorganisatie te kunnen bewaken en bevorderen is de beschikbaarheid van deugdelijke gesystematiseerde informatie vereist.² Deze informatie kan worden verzameld aan de hand van kwaliteitsindicatoren. Kwaliteitsindicatoren zijn onder te verdelen in proces-, uitkomst- en structuurindicatoren. Procesindicatoren geven een indicatie over het verloop van processen in een organisatie en uitkomstindicatoren geven een indicatie over de uitkomsten van de zorg. Structuurindicatoren geven informatie over de organisatorische voorwaarden waarbinnen een instelling verantwoord zorg kan leveren. In 2008 werden indicatoren opgesteld behorend bij de CBO richtlijn Beroerte.^{8, 63} Daarnaast zijn er ook indicatoren ontwikkeld door Zichtbare Zorg (ZiZo) en de Inspectie van de gezondheidszorg. Een ontwikkeltraject is nodig voor het verder valideren en verbeteren van de indicatoren (zie volgende hoofdstuk).

Kwaliteitsindicatoren

Voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg kunnen verschillende instrumenten worden gebruikt zoals bijvoorbeeld scholing, audits, indicatoren, visitatie en certificatie van praktijken/-instellingen. Indicatoren zijn meetbare elementen van de zorgverlening die een aanwijzing geven over de mate van de kwaliteit van de geleverde zorg. Een indicator heeft een signaalfunctie: het is geen directe maat voor kwaliteit, maar wijst op een bepaald aspect van het functioneren en kan aanleiding zijn tot nader onderzoek. Het betreft hier de kern van de kwaliteitszorg: het daadwerkelijk meten van de kwaliteit van zorg en op grond van die meting het eventueel invoeren van verbeteringen met als doel de kwaliteit van zorg gericht te verbeteren.

De indicatoren Beroerte hebben als doel het inzichtelijk maken van het zorgproces met betrekking tot de CVA zorg. De indicatoren kunnen worden gebruikt voor bijsturing en ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering binnen het eigen centrum of de keten. Op grond van meting van de indicatoren kunnen gerichte verbeteracties in gang gezet worden. Daarnaast kunnen de indicatoren als basis dienen voor het opzetten van een kwaliteitskader rondom beroertezorg (bijvoorbeeld door opname van de indicatoren in kwaliteitsvisitation). Uiteindelijk zal dit moeten resulteren in een verbetering van de kwaliteit van zorg voor CVA patiënten. De set behorend bij de richtlijn Beroerte bestaat uit de volgende indicatoren⁶³:

1. percentage trombolyse
2. deur-tot-naald tijd
3. slikscreening
4. tijdigheid TIA-diagnostiek
5. tijd TIA/stroke tot carotisingreep
6. mobilisatie binnen 24 uur
7. frequentie en intensiteit van de oefentherapie
8. gezondheidstoestand 3 maanden na beroerte
9. stroke service: aanwezigheid ketencoördinator
10. begeleiding mantelzorg

Kwaliteitsindicatoren worden onderverdeeld in procesindicatoren, uitkomstindicatoren en structuurindicatoren.

Procesindicatoren

Procesindicatoren weerspiegelen de uitvoering van het individuele zorgproces, zowel ziektespecifiek als generiek. De procesindicatoren die van toepassing zijn op

- de CVA zorg (hoofdstuk 1)
- de generieke zorg (hoofdstuk 2); deze procesindicatoren zijn uiteraard dezelfde als die vermeld staan in de betreffende zorgmodules;
- de wijze waarop deze procesindicatoren worden berekend en/of bepaald.

Uitkomstindicatoren

Uitkomstindicatoren weerspiegelen de uitkomst van het individuele zorgproces, zowel ziektespecifiek als generiek. De uitkomstindicatoren die van toepassing zijn op:

- de CVA zorg (hoofdstuk 1)
- de generieke zorg (hoofdstuk 2); deze uitkomstindicatoren zijn uiteraard dezelfde als die vermeld staan in de betreffende zorgmodules;
- de wijze waarop deze uitkomstindicatoren worden berekend en/of bepaald.

Structuurindicatoren

Structuurindicatoren weerspiegelen de kwaliteit van de ketenorganisatie. De structuurindicatoren die van toepassing zijn op:

- de organisatie en organisatiestructuur (hoofdstuk 3);
- de wijze waarop deze structuurindicatoren worden berekend en/of bepaald.

De werkgroep Zorgstandaard CVA/TIA van Het Kennisnetwerk CVA Nederland ontwikkelt in samenwerking met het Platform Vitale Vaten de kwaliteitsindicatoren. Zodra de indicatoren zijn vastgesteld worden ze toegevoegd aan deze Zorgstandaard CVA/TIA.

Referenties

1. Kennisnetwerk CVA Nederland. Patiëntenperspectief op CVA zorg. [Rapportage: HR Voogdt-Pruis, S. Benjaminsen, M. Limburg et al.] Samen met Afasie Vereniging Nederland en de Nederlandse CVA-vereniging 'Samen Verder'. 2011.
2. Coördinatieplatform Zorgstandaarden. Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten. Den Haag: ZonMw, 2010.
3. Limburg M, Beusmans G, Courlander J, et al. CVA-zorg in kaart gebracht. *Medisch Contact* 2010; **65**: 404-406.
4. Kjellström T, Norrving B, Shatchkute A. Helsingborg declaration 2006 on European stroke strategies. Copenhagen: World Health Organisation, 2006.
5. Kennisnetwerk CVA Nederland. Zorgstandaard CVA/TIA. Fase 1. versie 2.0, 22 september 2010. [Door A. Huizing et al]. 2010.
6. Bots ML, Eysink PED. Wat is een beroerte en wat is het beloop? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 2006.
7. Van Binsbergen JJ, Verhoeven S, Van Bentum STB, et al. NHG-Standaard TIA. *Huisarts Wet* 2004; **47**: 458-467.
8. CBO, NVN. Richtlijn Beroerte. Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte. [voorzitter M Limburg]. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Neurologie en het CBO, 2008.
9. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Gezondheid en ziekte / ziekten en aandoeningen / hartvaatsstelsel / beroerte. Gedownload 22 mei 2011. 2011.
10. Faber E, De Bont M, Beusmans GHMI, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak CVA. *Huisarts Wet* 2007; **50**: S5-S8.
11. Vaartjes I, van Dis I, Visseren F, Bots M. Hart- en vaatziekten in Nederland, cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. Den Haag: Nederlandse Hartstichting. 2010.
12. Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheid en zorg in cijfers. *www.cbs.nl* 2009.
13. Dalemans R. Patiëntenperspectief op CVA zorg bij afasie: ervaringen van patiënten en naasten. [Rapportage in opdracht van Kennisnetwerk CVA Nederland]. 2011.
14. Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie. Basisset Kwaliteitscriteria: het patiëntenperspectief op de zorg voor chronisch zieken. 2010.
15. Stier-Jarmer M, Grill E, Ewert T, et al. ICF Core Set for patients with neurological conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil* 2005; **27**: 389-395.
16. WHO-FIC Collaborating Centre in the Netherlands, RIVM. ICF classificatie: beschrijving van het functioneren van mensen inclusief factoren die op dat functioneren van invloed zijn. Bilthoven. 2001/2002.
17. Geyh S, Cieza A, Schouten J, et al. ICF Core Sets for stroke. *J Rehabil Med* 2004: 135-141.
18. Ewert T, Grill E, Bartholomeyczik S, et al. ICF Core Set for patients with neurological conditions in the acute hospital. *Disabil Rehabil* 2005; **27**: 367-373.
19. Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. *Lancet* 2011; **377**: 1693-1702.
20. De Nederlandse Hartstichting. Revalidatie na een beroerte. Richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners. Redactie CM van Heugten / EAM Franke. Den Haag. 2001.
21. Consortium Cognitieve Revalidatie. Richtlijn Cognitieve Revalidatie Niet-aangeboren Hersenletsel. 2007.
22. CBO, NHG. Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement 2011. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap en het CBO, 2011; 46.
23. Platform Vitale Vaten. Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement Den Haag: Platform Vitale Vaten, 2008.
24. Kwan J, Hand P, Sandercock P. A systematic review of barriers to delivery of thrombolysis for acute stroke. *Age Ageing* 2004; **33**: 116-121.
25. NIVEL. CQ-index CVA: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van zorg na een CVA of beroerte vanuit het patiëntenperspectief. [Door W. den Brok, M. Triemstra, J. Rademakers] Utrecht. 2011.
26. Nederlands Huisartsengenootschap (NHG). Richtlijn CVA (M84). 2004.

27. Giesen AGM, Franke CL, Wiersma T, *et al.* Landelijke Transmurale Afspraak TIA/CVA. *Huisarts Wet* 2004; **47**: 521-526.
28. Ambulancezorg Nederland. Landelijk protocol Ambulancezorg, Zwolle. 2011.
29. De Nederlandse Hartstichting. Zorg voor de mantelzorg: A Visser-Meily, C. van Heugten. 2004.
30. Fens M, Heugten van C, Beusmans G, Hoef van L, Limburg M, Metsemakers J. Development and psychometric testing of an assessment tool to detect long-term stroke-related problems: the ACAS tool (submitted). 2011.
31. Proot IM, ter Meulen RH, Abu-Saad HH, Crebolder HF. Supporting stroke patients' autonomy during rehabilitation. *Nurs Ethics* 2007; **14**: 229-241.
32. Visser-Meily A, Meijer R, Berdenis van Berlekom S. *Beslissing Beroerte. Testset voor het bepalen van het zorgpad voor mensen met een beroerte in de ziekenhuisfase*. Hilversum: Mewadruk 2010.
33. Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Angststoornissen, Beroerte, Borstkanker. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. 2007/05. 2007.
34. Koninklijke Nederlandse Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Praktijkrichtlijn beroerte: CD rom + samenvattingskaart. 2006.
35. Platform Vitale Vaten. Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement Den Haag: Platform Vitale Vaten, 2009.
36. Integraal Kankercentrum Midden-Nederland/Oost. Richtlijn Delier. 2005.
37. Turner-Stokes L, Hassan N. Depression after stroke: a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. Part 1: Diagnosis, frequency and impact. *Clin Rehabil* 2002; **16**: 231-247.
38. Boter H, Rinkel GJ, de Haan RJ. Outreach nurse support after stroke: a descriptive study on patients' and carers' needs, and applied nursing interventions. *Clin Rehabil* 2004; **18**: 156-163.
39. Nederlands Instituut van Psychologen. Richtlijn voor een kort neuropsychologisch onderzoek bij patiënten met een beroerte. 2010.
40. Cicerone K, Langenbahn D, Braden C, *et al.* Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 to 2008. *Arch Phys Med Rehabil* 2011; **92**: 519-530.
41. Rasquin S, Bouwens S, Dijcks B, Winkens I, Bakx W, Heugten van C. Effectiveness of a low intensity outpatient cognitive rehabilitation programme for patients in the chronic phase after acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation* 2010; **20**: 760-777.
42. Geurtsen G, Heugten van C, Martina J, Geurts A. Comprehensive rehabilitation programmes in the chronic phase after severe brain injury: a systematic review. *J Rehabil Med* 2010; **42**: 97-110.
43. Geurtsen G, Heugten van C, Martina J, Rietveld A, Meijer R, Geurts A. A prospective study to evaluate a residential community reintegration program for patients with chronic acquired brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2011; **92**: 696-704.
44. Shaw LC, Price CI, van Wijck FM, *et al.* Botulinum Toxin for the Upper Limb after Stroke (BoTULS) Trial: effect on impairment, activity limitation, and pain. *Stroke* 2011; **42**: 1371-1379.
45. Visch-Brink E, van de Sandt-Koenderman W, El Hachoui H. ScreeLing. Houten: Bohn Stafleu van Loghem 2010.
46. Yorkston KM, Hakel M, Beukelman DR, Fager S. Evidence for effectiveness of treatment of loudness, rate or prosody in dysarthria: A systematic review. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 15(2). 2007.
47. Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA). Richtlijn Slikproblemen. 2001.
48. Stuurgroep Ondervoeding. Richtlijn Screening en behandeling van ondervoeding. <http://www.stuurgroepondervoeding.nl>. 2011.
49. Mensink PAJS, De Bont MAT, Remijnse-Meester TA, *et al.* Landelijke eerstelijnsamenwerkingsafspraken Ondervoeding (NHG, NVD, VN&N). 2010.
50. Nederlandse Vereniging van Ergotherapie. Ergotherapierichtlijn Beroerte: E.H.C. Cup, E.M.J. Steultjens. Utrecht, NVE. 2005.
51. De Nederlandse Hartstichting. Bespreken van seksualiteit: aanbevelingen om seksualiteit te bespreken met patiënt & partner na hartinfarct, hartfalen of CVA. 2011.

52. Veerbeek JM, Van Wegen EE, Harmeling-Van der Wel BC, Kwakkel G. Is accurate prediction of gait in nonambulatory stroke patients possible within 72 hours poststroke?: The EPOS study. *Neurorehabil Neural Repair* 2010; **25**: 268-274.
53. English C, Hillier S. Circuit class therapy for improving mobility after stroke: a systematic review. *J Rehabil Med*; **43**: 565-571.
54. Nederlandse vereniging van revalidatieartsen. Niet aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie. 2011.
55. Visser-Meily A, Heugten van C, Luning E. Zorg voor de mantelzorgers van CVA patiënten. Richtlijnen en aanbevelingen voor begeleiding. *Tijdschrift voor VerpleeghuisGeneeskunde* 2005; **30** 8-11.
56. Nederlandse Huisartsengenootschap (NHG). Richtlijn TIA (M45). 2004.
57. van de Port IG, Kwakkel G, van Wijk I, Lindeman E. Susceptibility to deterioration of mobility long-term after stroke: a prospective cohort study. *Stroke* 2006; **37**: 167-171.
58. Idema K. Voorlichting aan patiënt en partner: rollen van zorgverleners en patiëntenverenigingen. In: Franke CL, Limburg M, redactie. Handboek cerebrovasculaire aandoeningen. Utrecht: De Tijdstroom. 2006: 433-445.
59. CBO. Zelfmanagement. Utrecht: CBO Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, 2010.
60. Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging. Wat vindt u er zelf van? Aandacht voor autonomie in de zorg voor CVA patiënten. LCVV/Elsevier de Tijdstroom. 1999.
61. Eyck A, Peerenboom P. Revalidatie in Nederland. De grenzen van AWBZ en ZVW. ETC TANGRAM, Leusden, oktober 2006. *Rapport* 2006.
62. Kennisnetwerk CVA Nederland. Naar duurzame CVA-ketenzorg. Sturing met het oog op resultaat. [Werkgroep Sturing en Borging]. 2007.
63. CBO. Interne indicatoren Beroerte; concept. [voorzitter: M Limburg]. Utrecht: CBO, 2008.
64. CBO. Richtlijn Beroerte. 2005.
65. KNFG. Praktijkrichtlijn beroerte (CD rom). 2005.
66. Nederlandse vereniging van revalidatieartsen. Richtlijn Neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel. 2007.

Bijlagen

Bijlage 1 Deenemers fase 2 'Ontwikkeling concept Zorgstandaard CVA/TIA'

Voorzitter: Martien Limburg, neuroloog

Coördinator en auteur: Helene Voogdt-Pruis

| Naam | Functie | Vertegenwoordiger |
|-----------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| Suus Benjaminsen | Programmamanager | Kennisnetwerk CVA NL |
| Stuurgroep | | |
| George Beusmans | Huisarts / bestuurslid | Kennisnetwerk CVA NL |
| Paul Brouwers | Neuroloog | Wg Neurovasculaire aandoeningen |
| Luikje van der Dussen | Revalidatiearts | VRA/WCN |
| Elly van Gorp | Bestuurslid | CVA Ver. 'Samen verder' |
| Tineke Krikke | Specialist ouderengeneeskunde | VERENSO |
| Gert Kwakkel | Vz Dutch Society NeuroRehabilitation | KNGF |
| Henk Rosendal | Voorzitter | V&VN |
| Werkgroep | | |
| Ina Berg | Klinisch neuropsycholoog | Nedl Instituut van Psychologen |
| Rene van den Berg | Neuroradioloog | NV Radiologie |
| Rona Bosman | Beleidsmedewerker | Centrum Indicatiestelling Zorg |
| Ageeth Bruinsma | Revalidatiearts | VRA/WCN |
| Talina Brouwer | Beleidsmedewerker | Afasie Vereniging NL |
| Bert Coert | Neurochirurg | NV Neurochirurgie |
| Joke Driessen | Neurologie verpleegkundige | V&VN Eerstelij |
| Pietermel van Exter | Medisch manager ambulancezorg | NV Med. Managers Ambulancezorg |
| Linda Hazenkamp | Senior beleidsmedewerker WMO | Ver. van Nedl Gemeenten |
| Caroline van Heugten | Klinisch neuropsycholoog | Nedl Instituut van Psychologen |
| Karin Kanselaar | Verpleegkundig specialist | V&VN Neuroverpleegk./verzorg. |
| Karin Kouwenoord | Diëtist | NV Diëtisten |
| Werner Mess | Klinisch neurofysioloog | NV Klinische Neurofysiologie |
| Judith Oostveen | Logopediste | NV Logopedie en Foniatrie |
| Tonny van der Steen | Maatschappelijk werker | NV Maatschappelijk werkers |
| Esther Steultjens | Ergotherapeut | Ergotherapie Nederland |
| Anco Vahl | Vaatchirurg | NV Heelkunde/ Vaatchirurgie |
| Janne Verbeek | Fysiotherapeut wtsch. | KNGF |
| Evy Visch-Brink | Klinisch linguïst | Ver. voor Klinische Linguïstiek |
| Ronald de Vos | Medisch manager ambulancezorg | NV Med. Managers Ambulancezorg |
| Thea van der Zwet | Neurologie verpleegkundige | V&VN Neuro- & Revalidatie |

Bijlage 2 Richtlijnen en Transmurale afspraken

| WWW. | Initiatief | Jaar | Titel, richtlijn (rl) |
|----------------------------|---|------|--|
| cbo.nl | NV Neurologie | 2009 | Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte ^{8, 64} |
| cbo.nl | NV Neurologie | 2008 | Concept Interne indicatoren Beroerte ⁶³ |
| cbo.nl | CBO/NHG | 2006 | Multidisciplinaire RI CVRM ³⁵ |
| cbo.nl | CBO/NHG, Orde van medisch specialisten | 2008 | Diagnostiek, preventie en behandeling van veneuze trombo-embolie en secundaire preventie van arteriële trombose (p.255 e.v.) |
| cbo.nl | | 2001 | RI verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden |
| psynip.nl | NIP, Revalidatie en Neuropsychologie | 2010 | RI voor een kort neuropsychologische onderzoek bij patiënten met een beroerte. ³⁹ |
| nhg.artsennet.nl | NHG, V&VN | 2007 | LESA CVA ¹⁰ |
| | NHG, NVN | 2004 | LTA CVA/TIA ²⁷ |
| | NHG | 2004 | RI CVA M81 ²⁶ |
| | NHG | 2004 | RI TIA M45 ⁵⁶ |
| kngf.nl | KNGF | 2006 | RI Beroerte ⁶⁵ |
| verenso.artsennet.nl | VERENSO | 2001 | RI Slikproblemen ⁴⁷ |
| verenso.artsennet.nl | VERENSO | 2007 | RI Mondzorg |
| internisten.nl | NV Internisten | 2010 | RI hypertensieve crisis |
| klinische-linguistiek.nl/ | NV Klinische linguïstiek | 2010 | RI Analyse voor Spontane Taal bij Afasie |
| hersenswerk.nl | Consortium | 2007 | RI Cognitieve Revalidatie NAH ²¹ |
| hersenswerk.nl | NV Ergotherapie | 2005 | RI ergotherapie ⁵⁰ |
| hersenswerk.nl | Hartstichting | 2004 | RI Zorg voor de mantelzorg ²⁹ |
| hersenswerk.nl | Hartstichting | 2001 | Revalidatie na beroerte ²⁰ |
| hersenswerk.nl | KNGF | 2004 | RI Fysiotherapie Beroerte -update '12 ³⁴ |
| Boek | Haftensdóttir, Schuurmans | 2009 | RI Verpleegkundige revalidatie Beroerte |
| zorgentabak.nl | Partn. 'Stop met roken' | 2010 | Generieke zorgmodule 'Stoppen met roken' |
| partnerschapovergewicht.nl | Partn. 'Overgewicht NL' | 2012 | Generieke zorgmodule Voeding |
| gezondheidsraad.nl | Gezondheidsraad | 2007 | Verzekeringsgeneeskundige protocol ³³ |
| kennisnetwerkcv.nl | Kennisnetwerk CVA NL | 2006 | Helsingborg declaration |
| ambulancezorg.nl | Ambulancezorg NL | 2011 | Landelijke protocol ambulancezorg ²⁸ |
| revalidatiegeneeskunde.nl | VRA | 2007 | RI Neuropsychiatrische gevolgen NAH ⁶⁶ |
| stuurgroepondervoeding.nl | Stuurgroep en Diëtisten Ondervoeding Nederland | 2011 | Richtlijn ondervoeding ⁴⁸ |
| nvdiëtist.nl | NHG, VDN, VN&N | 2010 | LESA ondervoeding ⁴⁹ |

Bijlage 3 Afkortingen met betekenis

Incidentie

Het aantal nieuwe mensen met een ziekte per tijdseenheid, per aantal van de bevolking.

LESA

Landelijke eerstlijnssamenwerkingsafspraken

LTSA

Landelijke transmurale afspraken,

NAH

Niet aangeboren hersenletsel

Prevalentie

Het aantal mensen dat op enig moment aan een ziekte lijden.

Vraaggerichte zorg

Vraaggerichte zorg is de gezamenlijke inspanning van patiënt en zorgverlener die erin resulteert dat de patiënt de zorg ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan de professionele richtlijnen. De zorgverlener betreft de patiënt zo veel mogelijk actief bij het vaststellen van de zorginhoud en het zorgproces. Dit speelt zich vooral af in de interactie tussen de zorgverlener en de individuele patiënt. Middels een gezamenlijk besluitvormingsproces kiezen de zorgverlener en de patiënt voor behandelingen die aansluiten op de behoefte van de patiënt. Hiermee kan de patiënt zijn optimale autonomie bewaren.

Stroke Unit

De Stroke Unit is een gedeelte binnen de neurologische afdeling van het ziekenhuis waar patiënten met een beroerte behandeld worden. Op deze unit geschiedt snel onderzoek naar de oorzaak van een beroerte. Vervolgens starten ze in een vroeg stadium met een behandelplan.

Bijlage 4 Overige website van nut voor CVA zorg

WWW

| | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|---|
| kennisnetwerkcv.nl | Kennisnetwerk CVA NL | Forums, richtlijnen, workshops |
| kennisnetwerkcv.nl | VRA | Beslissing beroerte (2010) |
| testweb.bsl.nl/ | NV Klinische linguïstiek | Testen ogv Logopedie |
| revalidatienederland.nl | Ver. Revalidatieartsen | Prestatieindicatoren revalidatiecentra |
| nvv.nl | NV Neurochirurgie | Patienteninformatie hersenbloeding |
| hartstichting.nl | Hartstichting. | 2001 Revalidatie na een beroerte? Patiëntenfolder 'Beroerte en dan?' Publicaties en trainingen over CVA |
| centrumklantervaringzorg.nl | NIVEL | Klanttevredenheidsvragenlijsten: Revalidatiecentra CVA CQ index |
| cva-samenverder.nl | Patiëntenvereniging | Informatie voor patiënt/naaste Reïntegratie Niet-aangeboren hersenletsel Oefenboek "Zelf oefenen na een beroerte" |
| afasie.nl | Patiëntenvereniging | Informatie voor patiënt/naaste Overzicht van behandelingen |
| nvdietist.nl | Diëtisten | Leefstijl en bewegen in de eerste lijn. |
| ciz.nl | Centrum Indicatie Zorg | Patiëntenfolder 'U heeft zorg nodig? Hoe regelt u dat?' |
| vng.nl | NL Gemeenten | Modelverordening WMO |
| mezzo.nl | Ver. voor mantelzorgers | Tips |
| vilans.nl | Heugten et al. | Signaleringslijst voor CVA patiënten |
| nhg.artsennet.nl | NHG | NHG Patiëntenbrieven |
| cbo.nl | CBO | 2008 Patiëntenversie richtlijn beroerte |
| ancds.org | Academy | Richtlijnen communicatiestoornis |
| Cerebraal.nl | Patiëntenvereniging | Informatie voor patiënten |
| Hersenletstel.nl | Samenwerkende patiëntenverenigingen | Informatie voor patiënten |