

Centrale zorgverlener CVA voor de patiënt en zijn naaste(n) in de chronische fase

Hét centrale aanspreekpunt voor coördinatie van zorg en stimuleren van zelfmanagement

Inhoudsopgave

1. Inleiding	p. 3
2. Doel, taakomschrijving, contactmomenten en competenties van de centrale zorgverlener CVA	p. 5
2.a Taakomschrijving van de centrale zorgverlener CVA	p. 5
2.b Setting, onderwerpen ter afstemming en contactmomenten van centrale zorgverlener CVA met patiënt, naaste(n) en zorgverleners	p. 6
2.c Randvoorwaarden	p. 8
Bijlage 1: Relevante passages uit documenten van het Kennisnetwerk CVA NL	p. 9
Bijlage 2: Competenties van de centrale zorgverlener CVA	p. 10
Bijlage 3: Geraadpleegde bronnen	p. 11

Inleiding

In de brochure *Uitbehandeld! Hoezo? Een leidraad in het doolhof in de chronische fase na een CVA* (februari 2012) is een belangrijke rol weggelegd voor de centrale zorgverlener (CZ). In de implementatietrajecten die de vijf voorbeeldketens in de periode september 2012 – september 2014 hebben doorlopen, nam het maken van afspraken over de centrale zorgverlener dan ook een centrale plaats in.

Ook in de zorgverlenersversie van de *Zorgstandaard CVA/TIA* daterend van november 2012 en de patiëntenversie hiervan, de brochure *Goede Zorg na een CVA/TIA* (juli 2013), is het belang van de centrale zorgverlener genoemd en aangegeven wat de patiënt en naasten(n) van de centrale zorgverlener kunnen verwachten. De centrale zorgverlener is met name ook in de chronische fase belangrijk. In deze fase ervaren patiënten en naasten veel knelpunten.

Op basis van bovenstaande rapporten (zie voor de relevante passages bijlage 1) alsmede op basis van andere geraadpleegde bronnen (zie bijlage 3) heeft de werkgroep Zorg in de chronische fase, met de kennis en ervaringen van de voorbeeldketens, een brochure gemaakt over de centrale zorgverlener CVA*. Jullie treffen informatie aan over het doel, de taken van de centrale zorgverlener CVA, de setting waar deze werkzaam kan zijn, de contactmomenten, afspraken met zorgverleners en patiënten en naaste(n) en competenties, waaraan de centrale zorgverlener in de chronische fase in de optimale situatie dient te voldoen. Tevens worden randvoorwaarden genoemd, die van belang zijn om de rol van centrale zorgverlener CVA goed te kunnen vervullen.

De invulling van de 'rol' van centrale zorgverlener CVA is zeer divers en afhankelijk van de keuze van het CVA-zorgpad in een instelling/CVA-zorgketen. Deze rol kan bijvoorbeeld ingevuld worden door een CVA-verpleegkundige, verpleegkundig specialist CVA, neurologische (wijk) verpleegkundige, praktijkondersteuner van de huisarts of de huisarts zelf.

Gelet op de huidige werkwijzen in diverse CVA-zorgketens en de toekomstige ontwikkelingen in de zorg is het uitbreiden en combineren van de rol van de centrale zorgverlener CVA met die van Niet aangeboren Hersenletsel (NAH) en Neurologie zeer wel mogelijk.

* Onder CVA verstaan we in deze brochure ook TIA, Voor de leesbaarheid noemen we in het vervolg van de tekst de term CVA.

2

Doel, taakomschrijving, contactmomenten en competenties van de centrale zorgverlener CVA

Op basis van de in de inleiding genoemde rapporten en brochures alsmede op basis van andere geraadpleegde bronnen (zie bijlagen 1 en 3) komt de werkgroep Zorg in de chronische fase tot de volgende taakomschrijving van de centrale zorgverlener CVA, onderwerpen ter afstemming met patiënt en naaste(n) en andere zorgverleners, contactmomenten en competenties, alsmede randvoorwaarden.

2a

Doel en taakomschrijving van de centrale zorgverlener CVA

...

De centrale zorgverlener CVA is een spin in het web van zorgverleners, die bijdraagt aan de optimalisering van het functioneren van de CVA-patiënt en diens naaste en hun kwaliteit van leven. De centrale zorgverlener ondersteunt hen bij het omgaan met het veranderde leven om te komen tot optimale eigen regie en zelfmanagement. In overleg met de patiënt en de naaste(n) wordt de centrale zorgverlener benoemd. De functie van centrale zorgverlener CVA en die van casemanager (o.a. op het gebied van dementie) liggen dicht bij elkaar.

2b

TAAKOMSCHRIFJVING

De centrale zorgverlener CVA is een professionele zorgverlener uit het zorgnetwerk rond een persoon met een CVA. De centrale zorgverlener heeft een signalerende, rapporterende en bemiddelende functie aan wie expliciet taken zijn toegewezen op een aantal gebieden:

- **Zorgverlening:** de centrale zorgverlener draagt zorg voor passende zorgverlening welke bestaat uit zelfzorg, zorg voor en door de naaste(n) en professionele zorg.
- **Continuïteit:** de centrale zorgverlener CVA is voor de patiënt en diens naaste(n) de vaste en direct aanspreekbare zorgverlener uit het professionele zorgverleningssysteem; met name bij vragen die voortkomen uit de zorg/het behandelproces in de eerste twee jaar na ontslag naar huis.
- **Coördinatie:** de centrale zorgverlener CVA coördineert de professionele zorgverlening met betrekking tot CVA en draagt zorg voor een adequaat zorgplan en rapportage naar de huisarts.

Coaching, begeleiding en managing maken deel uit van deze drie taakgebieden.

De centrale zorgverlener heeft binnen de zorgketen de rol van zorgregisseur; overziet en coördineert het zorgproces en bewaakt hierin de continuïteit, vanuit een gezamenlijke doelstelling op onafhankelijke, effectieve en efficiënte wijze. Vanuit de regiefunctie schakelt de centrale zorgverlener tussen patiënt, directe naaste(n) en de diverse samenwerkingspartners en verwijst zo nodig (via huisarts of neuroloog, specialist ouderengeneeskunde of revalidatiearts). De centrale zorgverlener is hierin onafhankelijk en kan, waar nodig, zorg buiten het samenwerkingsverband regelen. Het is wenselijk dat deze zorg gegeven wordt gedurende de eerste twee jaar na ontstaan van het CVA en waar nodig langer. De centrale zorgverlener CVA heeft korte lijnen met de andere zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling en begeleiding van de CVA-patiënt (zie competenties van de centrale zorgverlener CVA, bijlage 2).

Setting, onderwerpen ter afstemming en contactmomenten van centrale zorgverlener CVA met patiënt, naaste(n) en zorgverleners

...

SETTING

Er bestaat een grote differentiatie in het traject dat patiënten na ontslag uit het ziekenhuis doorlopen. Globaal genomen ziet dit er als volgt uit:

1. Ruim 50% van de patiënten gaat naar huis of naar een verzorgingstehuis.

- Een deel van deze groep ontvangt thuis geen zorg en geen paramedische begeleiding.
- Een aantal patiënten krijgt alleen paramedische begeleiding.
- Een groep patiënten ontvangt alleen thuiszorg.
- Sommige patiënten krijgen thuiszorg en paramedische begeleiding.
- Een aantal patiënten revalideert poliklinisch.

2. Een deel van de patiënten gaat revalideren in een revalidatiecentrum (circa 9,5 %) en na ontslag.

- Poliklinisch verder revalideren, met of zonder zorg.
- Thuis verder revalideren m.b.v. therapie van eerstelijns zorgverleners, met of zonder verdere zorg.
- Naar een vervolginstelling.

3. Een deel van de patiënten gaat revalideren in een verpleeghuis (geriatrische revalidatie zorg).

Deze revalidatie kan bestaan uit:

- Kortdurende revalidatie voor de duur van maximaal 56 dagen.
- Langdurende revalidatie in een verpleeghuis voor de duur van maximaal 6 maanden.

4. Een deel van de patiënten wordt opgenomen in een verpleeghuis voor permanent verblijf.

De totale groep patiënten die naar het verpleeghuis gaat (3 en 4) bedraagt circa 37%.

5. Een klein percentage van de patiënten wordt overgeplaatst naar een andere afdeling in het ziekenhuis.

Wie in welke situatie de rol van de centrale zorgverlener CVA op zich neemt is heel divers. De invulling is door de verscheidene ketenstructuren en financiële constructies heel verschillend.

Zoals hierboven aangegeven kan de patiënt zich in verschillende settings bevinden. Het is wenselijk dat de centrale zorgverlener CVA daar werkzaam is waar de patiënt de belangrijkste zorg/ behandeling krijgt na ontslag uit het ziekenhuis. Dit kan zijn op de polikliniek van het ziekenhuis, in de thuissituatie (huisarts/ POH/CVA – of neurologische (wijk)verpleegkundige), in het revalidatiecentrum, in combinatie van instelling en thuis of in een verpleeghuis.

Het is wenselijk dat alle patiënten gedurende twee jaar nazorg krijgen van een deskundige zorgverlener op het gebied van CVA of NAH. Het is aan te bevelen om de rol van centrale zorgverlener door de diverse fasen heen door één zorgverlener te laten uitvoeren. Dit om onnodige overdrachten te voorkomen en continuïteit van zorg en eenduidigheid in zorgverlening te bevorderen.

ONDERWERPEN TER AFSTEMMING

Over de volgende onderwerpen dient de centrale zorgverlener CVA met de betrokken zorgverleners en patiënt/naaste(n) afspraken te maken:

- De CVA gerelateerde aandachtsgebieden voor de zorgverlening.
- Het geven van informatie en voorlichting door zorgverleners, m.b.t. de gevolgen van een CVA, secundaire preventie en patiëntenverenigingen.
- Voortzetting van Vasculair Risicomanagement geïndiceerde preventie/secundaire preventie.
- Het gebruik van meet- en signaleringsinstrumenten binnen de gehele keten voor zowel de patiënt als de directe naaste(n).
- Interventies en verwijsmogelijkheden.
- De organisatie van gespreksgroepen voor naasten en groepen voor patiënten binnen de keten en verwijzing hiernaar.
- De uitwisseling van zorginformatie die binnen de CVA-zorgketen plaatsvindt.
- De overdracht van patiëntgegevens vanuit de ontslaginstelling naar de centrale zorgverlener.
- De terugkoppeling tussen de huisarts en de centrale zorgverlener*.
- De terugkoppeling tussen de eerstelijns disciplines en de centrale zorgverlener (minimaal bij de start, tussentijdse screening en interventie(s) en afronding van de behandeling een schriftelijke rapportage)*.

CONTACT MOMENTEN VAN CENTRALE ZORGVERLENER CVA MET PATIËNT, NAASTE(EN) NA ONTSLAG NAAR HUIS

In de brochure *Uitbehandeld! Hoezo?* is aangegeven dat de centrale zorgverlener CVA de patiënt en directe naasten(n) minimaal 2 jaar na ontslag dient te volgen. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de eerste 12 maanden na ontslag naar huis en de periode na 12 maanden na ontslag.

Contactmomenten tot 12 maanden na ontslag naar huis

- Er dienen minimaal 2 contactmomenten plaats te vinden tussen de patiënt, naaste(n) en de centrale zorgverlener.
 - Het eerste contactmoment tussen patiënt, naaste(n) en centrale zorgverlener is nodig binnen 6 weken na ontslag naar huis**.
 - Vervolgens moet er minimaal één huisbezoek worden afgelegd tussen 6-12 maanden na ontslag.

- Afhankelijk van de zorgbehoeften van de patiënt kunnen er meerdere contactmomenten plaats vinden. Enkele kritieke momenten zijn:
 - het afronden van de medische/paramedische zorg
 - hervatten van werk en invullen van dagelijkse activiteiten (zie bijlage 2)
 - bijkomende ziektes en
 - veranderingen in de relationele sfeer

Contactmomenten na 12 maanden na ontslag naar huis

- Er dienen minimaal 2 contactmomenten plaats te vinden tussen de patiënt, directe naaste(n) en de centrale zorgverlener. Wenselijk is dat deze contactmomenten plaatsvinden:
 - Rond 12 maanden na ontslag naar huis.
 - Rond 24 maanden na ontslag naar huis waarbij er een check-up meting wordt uitgevoerd bij patiënt en naaste(n) tijdens huisbezoek (b.v. door het gebruik van de SIGEB (*het Signaleringsinstrument voor de lange termijn Gevolgen van een Beroerte*)).
 - Afhankelijk van de zorgbehoeften van de patiënt en zijn/haar directe naaste(n) kunnen er meerdere contactmomenten plaats vinden (zie boven voor kritieke momenten).

- Na 24 maanden is er overdracht aan de huisarts en/of praktijkondersteuners. De centrale zorgverlener is ook beschikbaar na 24 maanden na ontslag en kan direct door de patiënt of directe naaste(n) worden benaderd, of via de huisarts, en/of praktijkondersteuner.

- Voor patiënten of directe naaste(n) met problematiek die later ontstaat of zichtbaar wordt in de chronische fase is het mogelijk om in te stromen in bestaande trajecten.

* Waar mogelijk gebeurt de overdracht digitaal

** Drie maanden na het CVA vindt (telefonisch) contact plaats met de patiënt voor het afnemen van de Modified Rankin Scale (MRS), dit ten behoeve van de benchmarkregistratie. In de CVA-zorgketen zijn afspraken gemaakt wie de MRS afneemt.

Contact met directe naaste(n)

Tijdens de aanbevolen contactmomenten dient de centrale zorgverlener nog afzonderlijk contact te hebben met de directe naaste(n).

→ Indien er thuiswonende kinderen aanwezig zijn, dient de centrale zorgverlener aandacht aan hen te besteden en, indien gewenst, ze te betrekken in de zorgverlening. Hersenletsel.nl biedt informatieweekenden aan voor kinderen die een ouder met een CVA hebben.

Het is wenselijk dat de centrale zorgverlener CVA bij het laatste Multidisciplinaire overleg (MDO) in de instelling vóór overplaatsing van de patiënt naar huis aanwezig is. Hierbij maakt hij/zij contact met de patiënt en naaste(n), waardoor er een vertrouwensband opgebouwd kan worden. De centrale zorgverlener dient te worden geïnformeerd over de volgende patiëntgegevens (met goedkeuring van de patiënt):

- Functionele toestand van de patiënt, de cognitie, psychosociale situatie en ziekte-inzicht van patiënt en naaste(n);
- Voorgestelde leefomstandigheden;
- Voldoet de geboden zorg aan de wensen/behoefte van de patiënt;
- Sociale netwerk en hun draagkracht ;
- Dagelijkse bezigheden, hobby's en arbeidsparticipatie Voortzetting van intramuraal zorgdossier;
- Stand van zaken m.b.t. secundaire preventie en medicijngebruik.

Deze informatie dient na afsluiting van de intensieve begeleidingsperiode te worden doorgegeven aan de huisarts (POH). Als (POH van) de huisarts centrale zorgverlener wordt, is het van belang dat, wanneer hij/zij zich zorgen maakt (bv. op basis van de afgenomen screeningslijsten (bij voorkeur SIGEB of Beslshulp Beroerte Thuis), de patiënt terugverwezen kan worden naar de eerdere centrale zorgverlener CVA.

2C

Randvoorwaarden

...

De centrale zorgverlener CVA kan zijn of haar taken alleen naar behoren vervullen als aan een aantal randvoorwaarden is voldaan, te weten:

- De zorg conform de aanbevelingen in de brochure *Uitbehandeld! Hoezo?* maakt deel uit van de reguliere zorg. Adequate financiering en borging van financiering van deze taak is noodzakelijk.
- Helderheid bestaat over de noodzakelijke bekwaamheid.
- Adequate scholing.
- Waar wenselijk aanwezigheid van ICT en overige technologische ondersteuning.
- Heldere protocollen en afspraken over verwijzen, informatie-uitwisseling binnen en tussen de organisatie van de CVA-zorgketen.
- Het beschikken over een profiel op de website van CVA Kennisnetwerk Nederland (www.kennisnetwerkcv.nl).

Bijlage 1. Relevante passages uit documenten van het Kennisnetwerk CVA Nederland

Uitbehandeld! Hoezo?

februari 2012

...

In de brochure *Uitbehandeld! Hoezo?* Een leidraad in het doolhof van zorg in de chronische fase na een CVA wordt aangegeven dat het belangrijk is dat in de CVA-keten afspraken worden gemaakt over de chronische fase voor zowel de organisatie van de zorg, het uitvoeringsproces en de inhoud van de zorg. De rol van de centrale zorgverlener is hierin een essentieel onderdeel (Hoofdstuk 4, Aandachtspunten en aanbevelingen voor de zorg in de chronische fase, pag. 11 t/m 19). In Hoofdstuk 2 zijn de relevante punten uit de brochure opgenomen.

In de implementatietrajecten van de aanbevelingen uit de brochure *Uitbehandeld! Hoezo?*, die de 5 voorbeeldketens Zorg in de chronische fase met ondersteuning vanuit de werkgroep Zorg in de chronische fase hebben doorlopen, stond de rol van de centrale zorgverlener centraal. In de Checklist en tips voor implementatie van de brochure *Uitbehandeld! Hoezo?*, die in maart 2015 digitaal op de website www.kennisnetwerkcv.nl is geplaatst, is volop aandacht voor het maken van afspraken over (de taken van) de centrale zorgverlener. De voorbeeldketens gaven aan behoefte te hebben aan een taakomschrijving en een overzicht van competenties e.d. waaraan de CZ dient te voldoen.

Zorgstandaard CVA/TIA

november 2012

...

In Hoofdstuk 4 Organisatiestructuur is onder 4.1. Zorgstandaard afhankelijke aspecten, Zorgketens (pag. 25) ten aanzien van de centrale zorgverlener het volgende opgenomen: '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. 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'.

Vervolgens is bij 4.2. Algemene kenmerken, centrale zorgverlener (pag. 26) de volgende tekst opgenomen: 'De beschikbaarheid van een centrale zorgverlener voor de CVA-patiënt en zijn naasten kan de kwaliteit van de CVA-zorg bevorderen. De 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 CVA-zorgketen 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. In het eerste jaar na ontslag naar huis zou deze functie ingevuld 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 daarin een rol weggelegd zijn voor de huisarts en/of de praktijkondersteuner (POH). 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.'

Brochure Goede zorg na een CVA/TIA

juli 2013

...

In deze brochure voor patiënten en naasten wordt in Hoofdstuk 5 'Welke zorgverleners en instanties zijn betrokken bij de zorg?' (pag. 29), de rol van de centrale zorgverlener beschreven. 'Omdat er veel zorgverleners bij de zorg betrokken zijn, is het prettig als u één aanspreekpunt, één centrale zorgverlener heeft. Een centrale zorgverlener is bijvoorbeeld een gespecialiseerd verpleegkundige, een huisarts of praktijkverpleegkundige of een maatschappelijk werker. Vraag wie u centrale zorgverlener is of kan zijn. In de loop der tijd kan de rol van centrale zorgverlener overgenomen worden door een andere zorgverlener, dat kan wanneer u bijvoorbeeld voor een behandeling naar een revalidatiecentrum in een andere regio gaat. Een centrale zorgverlener helpt om alle zorg die u nodig heeft af te stemmen op uw behoeften en wensen. Hij of zij houdt contact met andere zorgverleners en helpt bij het regelen van de zorg. Ook helpt hij/zij u om meer grip te krijgen op het leven met de ziekte. Bij deze persoon kunt u terecht met uw vragen over de zorg. Ook kan de centrale zorgverlener informatie geven over een CVA, de gevolgen ervan, de zorg die u krijgt en over voorzieningen.'

Bijlage 2. Competenties van de centrale zorgverlener CVA

De centrale zorgverlener CVA dient op basis van taakomschrijving, genoemd in hoofdstuk 2.a over verschillende competenties te beschikken. Competenties die van elke zorgverlener worden verwacht, worden hier niet specifiek genoemd.

De centrale zorgverlener CVA:

- Heeft ervaring en affiniteit met de doelgroep en geeft psychosociale zorg en begeleiding aan de CVA-patiënt en/of naaste(n). Tevens is er kennis van en inzicht in het verwachte verloop na een CVA.
- Heeft kennis van de verschillen tussen herseninfarct, hersenbloeding, TIA en subarachnoïdale bloeding (SAB) en behandelwijzen inclusief de basisprincipes uit de anatomie, de neuroanatomie, -fysiologie, -pathologie en farmacologie; Tevens is er kennis van comorbiditeit en de gevolgen van de interacties met andere ziekte beelden en medicatie.
- Kan een afweging maken tussen de verschillende begeleidingsstijlen en de juiste gesprekstechniek waarbij de volgende aspecten worden betrokken:
 - het begeleiden van een patiënt bij het uitvoeren van taken tegenover het overnemen van taken en verantwoordelijkheden;
 - vrijheid geven versus sturend optreden;
 - proactief begeleiden (begeleiden om problemen voor te zijn) versus reactief begeleiden (begeleiden op het moment dat zich problemen voordoen).
- Ondersteunt de patiënt en naaste(n) bij het zoeken naar informatie, het meedenken in keuzeprocessen. Dit door het geven van voorlichting en educatie (individueel of groepsgevoel) ten behoeve van de inbedding van de behandeling en de ziekte in het gewone leven. Kan informatie geven over veranderingen in rollen en relaties als gevolg van ziektebeeld en beperkingen aan patiënt en naaste(n) en bevordert lotgenotencontact. Kan de naaste(n) bij de zorg betrekken en zorgen dat deze participeert/participeren in de zorg en heeft kennis

over patiëntverenigingen en andere organisaties die patiënt en naasten ondersteuning kunnen bieden in de periode na ontslag.

- Heeft zicht op de breuk in de levenslijn: de patiënt heeft al een leven doorgemaakt vóór het CVA, met een eigen leefstijl en waarden en normen. De centrale zorgverlener is bereid en in staat om zich hierin te verdiepen. De centrale zorgverlener is op de hoogte van de verschillende levensfasen van de mens, principes van zelfmanagement en coping stijlen en is tevens op de hoogte van culturen en cultuurgebonden opvattingen van gezondheid en cultuurgebonden gezondheidsproblemen.
- Is ingebed in de regionale zorg- en ondersteuningsstructuur, zodat er een direct beroep gedaan kan worden op andere welzijns-, zorg-, en hulpverleners bij een hulpvraag van patiënt of wanneer de centrale zorgverlener aanwijzingen heeft voor problemen. Kan indicatie(s) aanvragen, of verzoek voor indicatie(s) doorsturen naar daartoe bevoegd persoon en heeft kennis en mogelijkheden om aanpassingen en hulpmiddelen aan te vragen.
- Is op de hoogte van ketenprocessen en de organisatie van de CVA-zorg in de eigen keten. Kent en onderhoudt kennis van de sociale kaart, bij voorkeur met zorgverleners gespecialiseerd op het gebied van CVA om patiënt en naasten(n) te adviseren en/of te kunnen doorverwijzen.
- Kan systematisch gegevens verzamelen om de (uitgangs)situatie van de CVA-patiënt en naaste(n) in kaart te brengen en stelt samen met de patiënt en naasten(n) /patiëntensysteem een individueel zorgplan op.
- Geeft informatie over een gezonde levensstijl, stimuleert en motiveert de patiënt en naaste om een veranderproces in gang te zetten om het risico op een recidief te verkleinen.
- Geeft informatie over de werking, de bijwerking en de inname van medicatie en bevordert de therapie trouw.
- Heeft kennis over neurorevalidatie strategieën om beperkingen in het

functioneren t.g.v. het CVA te voorkomen, te verminderen of vaardigheden opnieuw te leren. Is in staat de daarbij horende vragenlijsten o.b.v. b.v. de SIGEB af te nemen.

- Is in staat om volgens wettelijke bepalingen (BIG / WGBO/ BOPZ) te handelen en heeft kennis over het bepalen van wils(on) bekwaamheid; Tevens heeft de centrale zorgverlener kennis van het zorgverzekeringssysteem en sociale wetgeving.
- Kan multidisciplinair overleg organiseren en voorzitten.
- Heeft een hoge mate van zelfstandigheid bij het stellen van prioriteiten, het nemen van initiatieven en het plannen en uitvoeren de werkzaamheden; De centrale zorgverlener is creatief in het oplossen van problemen in de meest uiteenlopende situaties.
- Op basis van de mogelijkheden en draagkracht van de patiënt en naaste(n) bekijkt de centrale zorgverlener CVA in hoeverre de patiënt in staat is en er belang bij heeft om van fouten te leren, om op die manier het zelfbeeld bij te kunnen stellen, de zelfstandigheid te vergroten of het gevoel van autonomie te versterken. De centrale zorgverlener CVA kan vaktal in gewone mensentaal omzetten, rekening houdend met de communicatieve mogelijkheden van de patiënt en naaste(n).
- Kan een netwerkanalyse van de patiënt maken en het sociale netwerk rond een patiënt versterken. Draagt hiermee bij aan het voorkomen van sociaal isolement.
- Heeft kennis van de rouwverwerkingsprocessen in combinatie met beperkingen als gevolg van hersenletsel.
- Is op de hoogte van de actuele richtlijnen en professionele standaarden en is in staat te werken volgens richtlijnen en daar beargumenteerd vanaf te wijken als de situatie of de eigen professionele of morele afwegingen daartoe aanleiding geven.
- Een opleiding op HBO niveau, of kan op HBO niveau denken en handelen.

Bijlage 3. Geraadpleegde bronnen

Coördinatieplatform Zorgstandaarden. Even voorstellen: De centrale zorgverlener! Verslag van de Invitational Conference De centrale zorgverlener, gehouden op 3 oktober 2011

...

Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid. Niet-aangeboren Hersenletsel en Arbeidsparticipatie, Multidisciplinaire Richtlijn voor Beoordelen, Behandelen en Begeleiden. 2012

...

CVA zorgketen Noord-Limburg. <http://cvaketen.nl/over-cva/wat-doet>. CVA zorgketen, zorgtrajectbegeleiding

...

CVA zorgketen Noord-Limburg. Takenpakket zorgtraject begeleider binnen de CVA keten. Convenant CVA Ketenzorg Noord-Limburg aangepast 10 januari 2007

...

Franke CC, Blokstra A. Beroerte: Hoe zijn preventie en zorg georganiseerd? Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2011 www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/hart vaatstelsel/beroerte/hoe-zijn-preventie-en-zorg-georganiseerd

...

Kennisnetwerk CVA Nederland Uitbehandeld! Hoezo? Een leidraad voor aanbevelingen in de zorg aan mensen met een CVA in de chronische fase. Maastricht, februari 2012

...

Kennisnetwerk CVA Nederland Zorgstandaard CVA/TIA. Maastricht, november 2012

...

Kennisnetwerk CVA Nederland Goede zorg na een CVA/TIA, Informatie voor patiënten en hun naasten. Maastricht, juli 2013

...

Kennisnetwerk CVA Nederland Checklist en tips voor implementatie brochure Uitbehandeld! Hoezo? Maastricht, maart 2015 <http://kennisnetwerkcvanl.nl/document/checklist-en-tips>

...

Krikke-Sjardijn, drs. T, specialist ouderengeneeskunde. Gevolgen van een CVA op de lange termijn (werktitel de CVA-APK), Haarlem, april 2014

...

Lambregts drs. J, Grotendorst drs. A, Schuurman Prof. dr. M, Projectgroep V en V 2020. Beroepsprofiel verpleegkundige. Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020 Deel 3.

...

Medisch centrum Haaglanden. De verpleegkundig consulenten Neurologie. Informatie voor de patiënt, maart 2014.

...

Transmurale zorg. Zorgprogramma Dementie regio Haaglanden, functiebeschrijving case manager dementie, regio Haaglanden, versie 2, 2014 http://transmuralezorg.nl/tmz_activiteiten.php/activiteit/Dementie/3

...

Spreeuwenberg. Prof. dr. C. De Centrale Zorgverlener, 4 oktober 2011 20111004_De_Centrale_Zorgverlener_Cor_Spreeuwenberg.pdf

...

WERKGROEP ZORG IN DE CHRONISCHE FASE

Jorien van Baal

huisarts, kaderarts CVRM, Zorggroep Almere

Silvie Bollars

ketencoördinator CVA keten Oss-Uden Veghel

Jos van Erp

psycholoog, Nederlandse Hartstichting

Elly van Gorp

bestuurslid, vertegenwoordiger Hersenletsel.nl

Jozé van Hoppe

zorgtrajectbegeleider CVA ketenzorg Noord-Limburg

Mirjam van Loo

revalidatiearts Groene Hart ziekenhuis, Gouda

Marthè Moonen

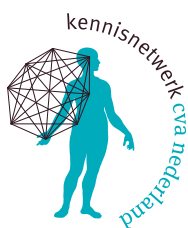
verpleegkundig specialist stroke neurologie, Sint Lucas

Andreas ziekenhuis, Amsterdam

Suus Benjaminsen

programmamanager Kennisnetwerk CVA Nederland

Joke de Meris (CVA nazorgconsulent, Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag) was tot november 2014 voorzitter/lid van deze werkgroep. Mede dankzij haar enthousiaste inzet en vele werk is deze brochure tot stand gekomen.



postadres p/a azM Patiënt & Zorg
Postbus 5800 | 6202 AZ Maastricht
telefoon +31 (0) 43 387 44 28
email info@kennisnetwerkcva.nl
www.kennisnetwerkcva.nl

Tekst
Werkgroep Zorg in de chronische fase

Grafisch ontwerp
Ontwerpburo Bertus, Maastricht

© Maastricht, oktober 2015