

## REGIONAAL CONVENANT WERKAFSPRAKEN CVA-KETENZORG ZUID-HOLLAND NOORD

Versie:           Versie 3.0  
Datum:           22 november 2023

### A    Algemeen

In de regio Zuid-Holland Noord hebben zorgaanbieders binnen het Transmuraal Netwerk Zuid-Holland Noord (Transmuralis), regionale ketenafspraken gemaakt op het gebied van ketenzorg voor CVA-patiënten. De volgende zorgaanbieders hebben zich binnen de CVA-keten Zuid-Holland Noord momenteel gecommitteerd aan deze ketenafspraken:

- de ziekenhuizen: LUMC en Alrijne Ziekenhuis;
- de VVT-organisaties: ActiVite, Marente
- het revalidatiecentrum/ -afdelingen: Basalt (MSR) , Alrijne (GRZ), Marente (GRZ), Topaz (GRZ);
- het netwerk van eerstelijns paramedici: Neuronet

De in dit Convenant opgenomen ketenafspraken zijn door de bestuurders van de betreffende zorgaanbieders bekrachtigd door ondertekening van het Convenant. In het Algemeen Bestuur van Transmuralis is het Convenant ter kennisgeving gedeeld op de bestuursvergadering van 13 februari 2024.

### B    Beschrijving behandelproces

In de behandeling van een beroerte kunnen drie fasen worden onderscheiden: de acute fase, de revalidatiefase en de chronische fase.

1. In de acute fase wordt de patiënt opgenomen in het ziekenhuis, direct via de SEH of na verwijzing van de huisarts. Er vindt onderzoek plaats en de behandeling wordt gestart.
2. Na de acute fase start de revalidatiefase. Revalideren kan thuis met hulp vanuit de eerste lijn (fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, diëtië en psychosociaal therapeut) of poliklinisch in het revalidatiecentrum. Revalidatie kan ook klinisch plaatsvinden: medisch specialistische revalidatie (MSR) in het revalidatiecentrum of geriatrische revalidatie zorg (GRZ) in één van de GRZ instellingen.
3. Na de revalidatiefase leert de patiënt hoe deze kan omgaan met de gevolgen van een beroerte. In deze fase wordt de behandeling van de patiënt vervolgd door een neurologisch verpleegkundige of een wijkverpleegkundige in de rol van centrale zorgverlener en de huisarts als de patiënt thuis woont. Indien de situatie daarom vraagt wordt ondersteuning verleend vanuit de thuiszorg en indien nodig passende dagbesteding georganiseerd. Mocht thuis wonen niet meer mogelijk zijn dan wordt gezocht naar een andere woonvorm. Bij nieuwe hulpvragen kan de huisarts verwijzen naar de 1e lijn of naar het revalidatiecentrum.

## C Werkafspraken Convenant CVA ketenzorg

### Artikel 1: Proces Opname en triage

**Art 1.1.** Uitgangspunt is dat de medisch stabiele CVA-patiënt bij voorkeur binnen 5 werkdagen na het CVA het ziekenhuis kan verlaten.

**Art 1.2.** Op de dag van opname vindt het medisch onderzoek en de behandeling plaats. Op de dag na opname wordt de situatie van de patiënt multidisciplinair beoordeeld met behulp van de klinimetrische basis-set. Ook in het vervolg van de behandeling worden de meetinstrumenten uit de basis-set afgenomen om het herstel van de patiënt te volgen. (Zie bijlage 1)<sup>1</sup>.

**Art 1.3.** Aan de hand van de uitslag vindt triage en aanmelding voor vervolgzorg plaats. Triage wordt afgenomen volgens het regionale Triage-model. Tevens zijn afspraken gemaakt over de af te nemen klinimetrie. Met betrekking tot het triagemodel en de klinimetrie wordt verwezen naar bijlage 1 en 2 van dit convenant.

### Artikel 2: Proces Vervolgzorg in de GRZ/MSR na CVA

*Proces van ziekenhuis naar vervolginstelling:*

Dag 0: Opname

Dag 1: Diagnose

Dag 2-3: Uitstroombestemming bekend → voor 12 uur aanmelden

Dag 2-3: Voor 16 uur aannemen/ afwijzen

Dag 4-5: Overname

*NB: het gaat hierbij om werkdagen*

**Art 2.1.** Triage wordt in het MDO uitgevoerd volgens het regionale Triage model. Hieruit komt de (verwachte) uitstroombestemming MSR, GRZ of naar huis (zie bijlage 2). De doorverwijzingscriteria beschreven in het Zorgpad Geriatrie Revalidatie en het Behandelkader volwassenen met Niet-Aangeboren-Hersenletsel van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen zijn leidend bij het bepalen van de route van uitstroom.

**Art 2.2.** De uitstroombestemming en de dag waarop de patiënt met ontslag kan is idealiter op dag 2 bekend.

**Art 2.3.** Er wordt een POINT-aanvraag voor de betreffende uitstroombestemming gemaakt met een regulier formulier en miv 2023 na koppeling met HIX m.b.v. het CVA-tabblad wanneer aanmelding GRZ betreft. De aanmelding voor MSR loopt via de revalidatie arts in het ziekenhuis rechtstreeks bij het revalidatiecentrum.

**Art 2.4.** De POINT-aanvraag wordt door het ziekenhuis verzonden zodra de patiënt akkoord is met de uitstroombestemming en de datum bekend is waarop de patiënt medisch klaar is voor ontslag uit het ziekenhuis.

**Art 2.5.** De POINT-aanvraag wordt door de ontvangende partij zo snel als mogelijk in behandeling genomen. Indien de POINT-aanvraag voor 12 uur is ontvangen wordt er voor 16 uur een antwoord gegeven.

**Art 2.6.** Door de ontvangende partij wordt de aanvraag als volgt beantwoord:

→ Is er acceptatie op indicatie?

**Ja:** Kan de patiënt worden opgenomen?

1. Ja, en wel op de genoemde dag: de zorgaanbieder keurt de aanvraag goed waarbij aanvraag groen kleurt. In het communicatiejournaal wordt aangegeven wanneer de patiënt kan komen.
2. Ja, maar er is een wachttijd van maximaal 1 week: nadere specificatie wordt aangegeven in het communicatiejournaal. De aanvraag blijft op wit staan. Tussen aanvrager en aanbieder zal contact zijn waarin besloten wordt of aanvraag op wit (wachtlIJst), op groen (akkoord) of op rood (afgewezen) kan worden gezet.
3. Ja, maar er is geen beschikbaarheid binnen 1 week: in POINT wordt aangegeven dat er binnen 1 week geen beschikbaarheid is. Na overleg tussen ziekenhuis en ontvangende partij wordt de aanvraag op rood (afwijzing), op wit (wachtlIJst) of op groen als er reeds een opnamedatum gepland kan worden, gezet.

**Nee** In POINT wordt de reden van afwijzing aangegeven.

### Artikel 3: Proces bij ontslag naar huis

**Art 3.1.** Als de CVA-patiënt ontslagen wordt uit het ziekenhuis, de GRZ-instelling of het medisch specialistische revalidatiecentrum wordt de patiënt aangemeld bij de neurologie verpleegkundige van de thuiszorgorganisatie. Zij verzorgt de rol van centrale zorgverlener en is de schakel bij de warme overdracht vanuit het ziekenhuis of revalidatie-instelling naar huis.

**Art 3.2.** Patiënten die na de ziekenhuisopname direct naar huis gaan, worden in de thuissituatie opgevangen door de huisarts en de centrale zorgverlener. De centrale zorgverlener heeft gedurende het begeleidingstraject thuis minimaal twee contactmomenten.

In een aantal gevallen is er tevens sprake van een poliklinisch behandeltraject in de 1e lijn of een poliklinisch behandeltraject in het medisch specialistisch revalidatiecentrum. Behandelend specialist draagt zorg voor een verwijzing inclusief vermelding van de diagnose naar de MSR of een 1<sup>e</sup> lijn behandelaar. Behandelaren aangesloten bij Neuronet zijn voor de keten voorkeursbehandelaar op het gebied van 1<sup>e</sup> lijn behandeling.

**Art 3.3.** De huisarts is medisch eindverantwoordelijk en betrokken bij medische vraagstukken.

**Art 3.4.** Binnen 5 werkdagen<sup>2</sup> na ontslag uit het ziekenhuis of de revalidatie-instelling neemt de centrale zorgverlener CVA telefonisch contact op met de patiënt. Wanneer de patiënt direct vanuit het ziekenhuis naar huis gaat en geen thuiszorg ontvangt, neemt de centrale zorgverlener binnen 2 werkdagen<sup>2</sup> contact op.

Deze informeert de patiënt over de rol van de centrale zorgverlener, controleert of de medicatie goed is ingesteld en maakt een afspraak voor een huisbezoek binnen zes weken na ontslag. Hiermee is de warme overdracht naar de thuissituatie geborgd.

<sup>2</sup> Onder werkdagen wordt maandag tot en met vrijdag verstaan.

**Art 3.5.** Binnen zes weken na ontslag uit het ziekenhuis bezoekt de centrale zorgverlener de patiënt. Tijdens dit bezoek ligt de nadruk op het nogmaals controleren van de medicatieoverdracht en het evalueren van de ingezette zorg. Hierbij is aandacht voor de zorg en hulpmiddelen, de afstemming van het zorgbehandelplan met de huisarts en andere hulpverleners. De huisarts wordt geïnformeerd en van advies voorzien. Het CVRM-zorgprogramma wordt onder de aandacht gebracht.

**Art 3.6.** Binnen zes weken na ontslag wordt de patiënt bezocht en geïnventariseerd welke problemen de patiënt en zijn naaste ervaren en aan welke problemen gewerkt kan worden. De beslihsulp beroerte kan ingezet worden als instrument om de juiste hulpverlening hierbij te organiseren. Onderwerpen die worden behandeld zijn: voorlichting, doelen formuleren, financiën/activiteiten/mantelzorger/sociaal netwerk en participatie/wonen, voortgang zorgbehandelplan en vervolgspraken ziekenhuis.

**Art 3.7.** In overleg met de patiënt wordt 3 tot 6 maanden na het CVA met behulp van de beslihsulp beroerte geïnventariseerd: het lichamelijk functioneren, de sociale participatie, arbeid en dagbesteding, de cognitie, gedrag en emotie, de communicatie en het eventueel aanwezig zijn van een depressie of vermoeidheid. Hoe het gaat met de relatie en de zorglast voor de mantelzorg, seksualiteit en intimiteit. De secundaire preventie wordt besproken, hoe de kwaliteit van leven is, of de patiënt tevreden is over de geleverde zorg en over de informatievoorziening. Indien de begeleiding kan worden afgerond wordt de huisarts hierover geïnformeerd met een overdracht.

**Art 3.8.** Indien nodig wordt een extra bezoek gepland waarin dezelfde items als in art 3.7. worden doorgenomen 9 tot 12 maanden na het CVA.

## Artikel 4 Borging van de werkafspraken


**Art 4.1.** De afspraken in dit convenant worden (tenminste) jaarlijks geëvalueerd door de managementklankbordgroep van de CVA-keten Zuid-Holland Noord. Hierbij wordt de actualiteit en naleving van de afspraken besproken.

**Art. 4.2.** Bij niet nakomen van de afspraken wordt de programmaleider CVA hiervan op de hoogte gesteld. Hij / zij voert een probleemverheldering uit en gaat na of bijstelling van de afspraak noodzakelijk is of dat betrokkenen dienen te worden geïnformeerd over het belang van de naleving van de afspraken.


**Art 4.3.** Indien blijkt dat de afspraken onvoldoende worden nageleefd dan neemt de programmaleider CVA initiatief tot een probleemanalyse en doet aan de betrokkenen voorstellen voor oplossingsrichtingen.

**Art 4.4.** Daar waar de programmaleider CVA dit noodzakelijk acht zal in het overleg van het Algemeen Bestuur Transmuralis worden besproken welke bijstellingen in het Convenant worden voorzien.

Getekend namens de zorgaanbieder,



Dhr. drs. W. Wieggersma  
Basalt

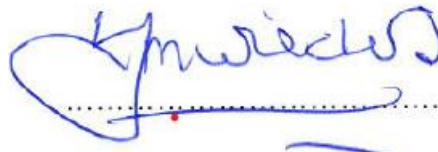


Dhr. A. Weermeijer  
Topaz



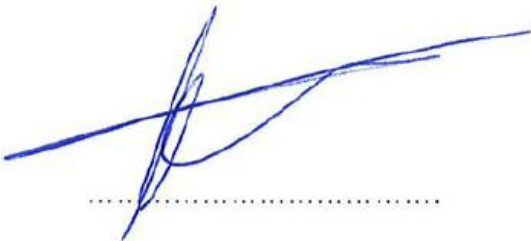
Mw. H. van den Brink  
Marente

Dhr. prof. dr. M.J. Schalijs  
LUMC



Mw. drs. Y.M. Wilders  
Alrijne Zorggroep

Leiden, 14 december 2023.



Mw. J.M.A. Veldhof  
ActiVite



Dhr. E. Tiebackx  
Neuronet Zuid-Holland Noord

## Bijlage 1: Klinimetrie Basis-set en aanvullend.

Test	Discipline	Basis-set	Aanvullend	Wat wordt gemeten	Invloed op prognose?
MRS pre- morbide	Neuroloog	X		Zelfstandigheid pre-Morbide	Laag = ongunstig
Barthel Index	Vp	X		ADL-zelfstandigheid	BI na 2 wk= BI +8 na 6 mnd
Inschatting fysieke Belastbaarheid	Team	X		Fysieke belastbaarheid	Laag = negatief
Inschatting leerpatroon	Team	X		Leerpatroon	Laag = negatief
MOCA	ET of arts	X		Cognitieve status	< 26 = ongunstig
Motricity index	FT		X	Mate van hemiparese	100% = normaal
Trunk control test (TCT)	FT		X	Rompstabiliteit	100% = normaal
Berg Balance Scale (BBS)	FT		X	Balans	< 45 (uit 56) = Ongunstig

Functional Ambulation Categories (FAC)	FT		•	Loopvaardigheid	<4 = ongunstig
Jamar	ET		•	Handknijpkracht	
Action research arm test (ARAT)	ET		•	Handvaardigheid	Max score = 57
Nine hole peg test (NHPT)	ET		•	Handfunctie	Max = 18 punten
Nottingham sensibility assessment (NSA)	ET		•	Gevoel van de hand	A-sensibele hand = ongunstig
Allen cognitive level screening (ACLs)	ET		•	Executieve vaardigheden	Laag = ongunstig
PRPP (Perceive Recall Plan & Perform) Test	ET		•	Plan en Perform	
dysfagie onderzoek	LO		•	Verslikrisico	Afwijkend = ongunstig
SAN	LO		•	Afasie, beperkt onderzoek	Afwijkend = ongunstig
Screeling	LO		•	Afasie, beperkt onderzoek	Afwijkend = ongunstig
VMS-score	Vp		•	Kwetsbaarheid	

## Bijlage 2: Triage

	Triage criteria voor bepaling Medisch specialistische revalidatie of GRZ
Vragen gerelateerd aan belasting-belastbaarheid	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hoe lang zit iemand in de stoel in het ziekenhuis?</li> <li>2. Is na de ADL zorg patiënt nog in staat zelfstandig te eten?</li> <li>3. Hoe was de participatie voor de CVA?</li> <li>4. Welk participatieniveau ambiëert patiënt? Komt dit overeen met doelen van naasten?</li> <li>5. Belastbaarheid mantelzorgsysteem</li> <li>6. Leeftijd</li> <li>7. Co-morbiditeit</li> </ol>
Klinimetrie	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modified Rankin Scale (MRS) pre-morbide en inschatting te bereiken niveau (functionele prognose)</li> <li>2. Caregiver Strain Index (CSI)</li> <li>3. Barthel</li> </ol>
MSR	Minimaal 2x1 uur per dag belastbaar
GRZ	Minimaal 2x30 minuten per dag belastbaar
Indeling leerbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mogelijkheid tot generaliseren, nieuwe kennis in nieuwe omstandigheden gebruiken (niveau 1)</li> <li>- Mogelijkheid tot grotendeels her-leren oude vaardigheden (niveau 2)</li> <li>- Inslijtniveau, vaardigheden in een bepaalde context leren gebruiken (niveau 3)</li> </ul>
Onderwerpen gerelateerd aan leerbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eigen regie</li> <li>- Motivatie</li> <li>- Psychische en neurologische co-morbiditeit</li> <li>- Mogelijkheden compensatie door mantelzorgsysteem</li> </ul>
Klinimetrie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moca</li> <li>- Keukentaak (op indicatie)</li> </ul>
Voorwaarden MSR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ontslag naar huis</li> <li>- Goed leerbaar; niveau 1 en 2</li> </ul> <p>alleen onder voorwaarden waaronder draagkrachtig steunsysteem</p>
Voorwaarden GRZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zicht op ontslag naar huis</li> <li>- Leerbaar</li> </ul>