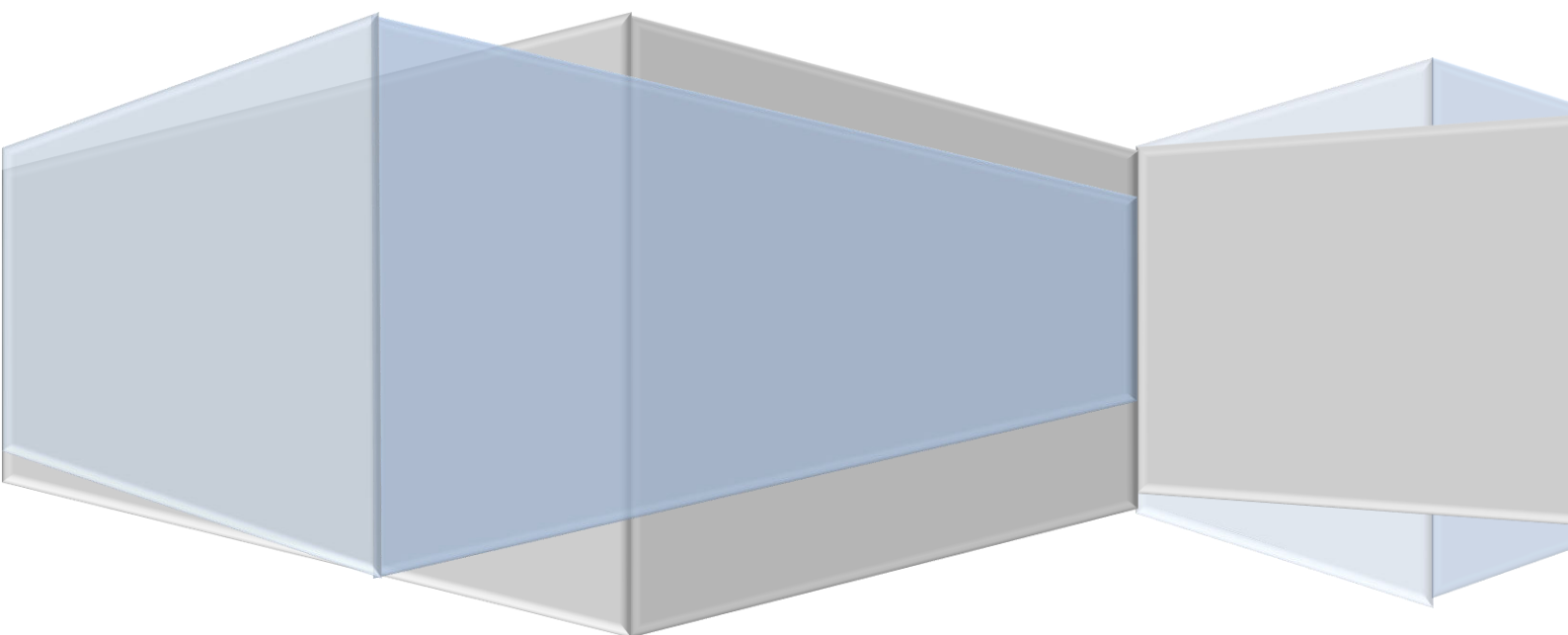


Convenant

Stroke Service Zaanstreek



Zaans Medisch Centrum Neurologie
Zaans Medisch Centrum Revalidatie
Evean Verpleeghuis/revalidatie zorg
Evean CVA-wijkverpleegkundige
Revalidatiecentrum Heliomare
Revalidatiecentrum Reade
CVA netwerk Zaanstreek
La Vie
MEE Amstel en Zaan
Huisarts coöperatie Zaanstreek

Inhoud

Convenant	1
Stroke Service Zaanstreek	1
1. Inleiding	3
2. Omschrijving patiëntengroep.....	3
3. Missie	4
4. Visie.....	4
5. Uitgangspunten	5
6. Ambities en doelen.....	6
7. Primair proces	7
8. Communicatie	10
9. Kennisontwikkeling.....	10
10. Bestuursmodel.....	11
11. Landelijke relaties	12
12. Signalering.....	12
Bijlage 1 Visiedocument ketenzorg	14
Bijlage 2 Ontwikkelingsmodel van de ketenzorg, de 9 clusters	16
Bijlage 3 Borging monitoren patiëntengegevens Stroke Service Zaanstreek	18
Bijlage 4 Raamwerk Benchmark kennisnetwerk CVA NL	19
Ondertekening convenant Stroke Service Zaanstreek.....	22

1. Inleiding

Patiënten die een beroerte hebben doorgemaakt krijgen tijdens hun ziekteproces te maken met verschillende zorgaanbieders.

De zorgaanbieders in de Zaanstreek en omgeving onderkennen dat zij in toenemende mate afhankelijk van elkaar zijn wat betreft het optimaliseren van de juiste zorg voor patiënten die een beroerte hebben gehad. Het verbeteren van de afstemming tussen instellingen moet ertoe leiden dat de zorg beter is afgestemd op de vraag van de patiënt en dat de bedrijfsprocessen efficiënter en effectiever kunnen worden ingericht. Hiermee wordt invulling gegeven aan de aanbevelingen vanuit de richtlijn "Herseneninfarct en Hersenbloeding" van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie.

De afspraken in dit convenant zijn gericht op deze doelgroep en worden door de volgende zorgpartners onderschreven:

Zaans Medisch Centrum Neurologie
Zaans Medisch Centrum Revalidatie
Evean Verpleeghuis/revalidatie zorg
Evean CVA-wijkverpleegkundige
Revalidatiecentrum Heliomare
Revalidatiecentrum Reade
CVA netwerk Zaanstreek
La Vie
MEE Amstel en Zaan
Huisarts coöperatie Zaanstreek

2. Omschrijving patiëntengroep

De ketensamenwerking richt zich op patiënten, en hun mantelzorgers, die een beroerte hebben doorgemaakt. Een beroerte, herseneninfarct of stroke is een vasculair ischemisch event dat in drie categorieën wordt onderverdeeld: transient ischaemic attack (TIA), minor stroke en major stroke. Een TIA is een vasculair ischemisch incident met neurologische uitval dat niet langer dan 24 uur duurt. Een minor stroke is een vasculair ischemisch incident dat leidt tot niet-invalidiserende neurologische uitval die langer dan 24 uur duurt en met een score van ≤ 3 op de Modified Rankin Scale (MRS) en een score op de National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) van ≤ 3 . Een major stroke is een vasculair ischemisch incident dat leidt tot invalidiserende neurologische uitval met een MRS-score van 4 of 5 en een NIHSS-score > 3 .

Achtenveertig uur na het optreden van het herseneninfarct kan bepaald worden of er sprake is van een minor of major stroke omdat in de uren na de infarctering neurologisch herstel of verslechtering kan ontstaan.

De ketensamenwerking richt zich ook op patiënten die een intracerebraal hematoom hebben doorgemaakt.

3. Missie

De zorgaanbieders in de Zaanstreek hebben de maatschappelijke verantwoording op zich genomen om met de publieke en private middelen op een efficiënte en effectieve manier 'de best mogelijke zorg' te organiseren en aan te bieden waarbij de vraag van de cliënt leidend is.

Effectiviteit betekent in dezen dat de zorgaanbieders zich inspinnen dat alle patiënten die een stroke hebben doorgemaakt in de regio Zaanstreek tijdens het zorgprogramma zoveel mogelijk taken zelfstandig kunnen uitvoeren en na het zorgprogramma een zo zelfstandig mogelijk leven kunnen leiden.

Efficiënt betekent dat het eindresultaat wordt bereikt met de inzet van zo weinig mogelijk middelen. In die zin bestaat er voor iedere ketenpartner een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het eindresultaat. Deze gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt officieel bekrachtigd met het ondertekenen van dit convenant.

4. Visie

Visie op ketenzorg

De patiënt dient op het juiste moment, de juiste zorg op de juiste plaats te ontvangen. Door maximale samenwerking en afstemming tussen organisaties en constante ontwikkeling van professionals zijn ketenpartners in staat een toegankelijke en adequate zorg te organiseren en te verlenen.

De patiënt ervaart de aangeboden zorg als een geïntegreerd geheel zonder drempels of schotten tussen de verschillende schakels van de keten.

De zorg voor stroke patiënten wordt georganiseerd in een keten, waarbij de deelnemende organisaties gezamenlijk ambities en doelen hebben geformuleerd waaraan zij zich conformeren. De ketenpartners onderkennen er erkennen dat de geformuleerde ketenambities en doelen niet te realiseren zijn door één afzonderlijke partner alleen en dat daarom samenwerking noodzakelijk is. (*bijlage 1; Visiedocument ketenzorg*)

Om vorm te geven aan deze samenwerking laten participerende organisaties de traditionele hiërarchische aansturing met betrekking tot gezamenlijke sturingsvragen los en wordt gebruik gemaakt van een organisatie overstijgende regie.

In het belang van de zorgvraag gaat het hier om begrippen als maatwerk, differentiatie, diversiteit, flexibiliteit, openheid, transparantie en vertrouwen tussen de partners in de keten.

Ketenregie speelt zich af op meerdere niveaus:

Het patiëntniveau, het zorgtraject waarin professionals afstemmen

Het ketenniveau, waar organisaties afstemmen

Netwerkniveau, waar verschillende ketens elkaar treffen

Landelijk niveau, Stichting Kennisnetwerk CVA NL

Beleidsomgeving, waar wetten en algemeen kaders worden vastgesteld

Visie op stroke

De laatste jaren is de ligduur in het ziekenhuis voor patiënten met een beroerte verder verlaagd naar 4 dagen. De acute fase, behandelphase, revalidatiefase en chronische fase volgen elkaar steeds sneller op. Dit intensieve zorgaanbod vraagt om de juiste afstemming hiervan in de verdere begeleiding voor de patiënt in het verdere ketentraject. De patiënt en zijn of haar mantelzorger gaat door een acceptatieproces en moet het leven weer zien op te pakken zo goed of zo kwaad als het kan. Begeleiding van de mantelzorger maakt expliciet deel uit in het zorg- en behandelplan in elke schakel van de keten.

De herstelfase en het leren omgaan met de gevolgen van de ziekte vraagt van de ketenzorg een eenduidige aanpak. Kenmerken van deze aanpak zijn disease- en disabilitymanagement.

Met een intensief keten breed nazorgprogramma krijgt disease- en disabilitymanagement gestalte met onder andere aandacht voor een accurate secundaire preventie en het handhaven en onderhouden van een gezonde leefstijl. Verder staan acceptatie, het voorkomen van verergering van de klachten en het vinden van een nieuw evenwicht op de voorgrond.

5. Uitgangspunten

1. De keten richt zich op de acute-, revalidatie-, chronische fase en nazorg.
2. Ketenpartners behouden hun autonomie en leveren op basis van ketenafspraken een bijdrage aan de keten.
3. Door de ketenpartners zijn afspraken gemaakt wat betreft het zorgaanbod, de kwaliteit van het zorgaanbod, de toegankelijkheid en de doorstroming.

Bestaande afspraken in de keten:

- Opnamegarantie op afdeling neurologie van het ziekenhuis voor nieuwe patiënten met een stroke.
 - Tijdens opname is ontslagmanagement in het keten stroke protocol vorm gegeven.
 - Afspraak over de door- en uitplaatsing van patiënten uit de postcoderegio van het ziekenhuis naar de deelnemende verpleeghuis.
 - Afspraak over door- en uitplaatsing van patiënten uit het ziekenhuis naar het revalidatiecentrum Reade en Heliomare.
 - Instroom garantie voor zorg in de thuissituatie via de zorgverzekeringswet.
4. Ketenpartners zijn zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg binnen het eigen onderdeel van de keten.
 5. Iedere ketenpartner is medeverantwoordelijk voor het behalen van de ketendoelstellingen.
 6. Ketenpartners maken de geleverde bijdrage transparant om op ketenniveau te kunnen sturen.
 7. Om tot een goede ketenzorg te komen is het van belang dat iedere ketenpartner meewerkt aan het ontwikkelen en behouden van een goede keten. De optimale situatie wordt vormgegeven middels de 9 clusters volgens het Ontwikkelingsmodel van de ketenzorg (bijlage 2 Ontwikkelingsmodel van de ketenzorg; de 9 clusters).

6. Ambities en doelen

Ketenambities

1. Het intramurale verblijf van patiënten is zo kort mogelijk. Patiënten dienen zo snel mogelijk weer in hun thuissituatie of in hun definitieve leefomgeving te functioneren.
2. Tijdens en na het zorgtraject is het streven dat patiënten zo zelfstandig mogelijk kunnen functioneren.
3. Het keten denken vormt het uitgangspunt. Dit betekent onder meer dat partners in hun eigen beleid en handelen rekening houden met de gevolgen die dit heeft voor andere ketenpartners.
4. Professionals in de keten zijn specialisten en volgen, op basis van evidence based medicine en best-practice voorbeelden, ontwikkelingen op het gebied van stroke.
5. De resultaten van de keten worden gemonitord en zijn de basis voor verbetering en vernieuwing van de keten en de interne en externe verantwoording.

Ketendoelen

1. Voor alle patiënten die in de stroke-keten zijn opgenomen geldt een zorggarantie. De ketenpartners hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid in het garanderen van zorg.
2. Binnen de keten vindt een optimale en dynamische doorstroming plaats. Dit betekent dat patiënten zorg ontvangen op het juiste moment op de juiste plaats en in de juiste vorm. Voor organisaties geldt dat zij flexibiliteit aan de voordeur en een strak georganiseerd ontslagbeleid gebruiken.
3. Er bestaat continuïteit van zorg tijdens het hele zorgtraject. Deelnemende organisaties zijn verantwoordelijk dat er voldoende professionele capaciteit is om het individuele zorgprogramma te waarborgen.
4. Er wordt uniforme en constante zorgkwaliteit gedurende het zorgtraject geleverd. De kennis (informatie, ervaring, vaardigheden en attitude) van medewerkers en de faciliteiten tussen instellingen zijn van minimaal niveau volgens het State of the Art principe. Dat wil zeggen dat de geleverde kwaliteit van zorg volgens richtlijnen plaatsvindt passend bij het zorgniveau.

5. Er is diversiteit in zorgaanbod. Binnen de regio zijn alle zorgvormen beschikbaar en worden zorgvormen ontwikkeld die aansluiten bij de zorgvraag.

7. Primair proces

SEH/ TIA-service

Patiënten worden via 112 of de huisarts bij kenmerkende symptomen doorverwezen naar de Spoed Eisende Hulp of naar de TIA-service. Bij het ontstaan van klachten en symptomen korter dan 24 uur tevoren of nog steeds bestaande klachten en symptomen op het moment van verwijzen worden patiënten verwezen naar de SEH en bij klachten en symptomen die langer dan 24 uur geleden optraden naar de TIA-service. Bij de laatste vorm van verwijzing geldt dat volgens de richtlijnen de diagnostiek en behandeling binnen 24 uur en maximaal 72 uur afgerond dienen te worden verricht respectievelijk ingezet. Ook in het geval van verdenking op een herseninfarct is het belangrijk om snel vast te stellen wat de aard en omvang van het herseninfarct is en welke specifieke vasculaire risicofactoren bij een patiënt een rol spelen. Alle patiënten die in aanmerking komen voor reperfusietherapie (intraveneuze trombolysie en intra-arteriële trombectomie), dat wil zeggen patiënten met de verdenking op een herseninfarct en klachten korter dan 24 uur worden doorverwezen naar het OLVG-West. Hierbij is een optimale afstemming tussen huisarts, neuroloog, ambulance en SEH medewerkers nodig. Protocollen voor regionale ambulance dienst, SEH en neuro care unit zijn ontwikkeld en geïmplementeerd (oa StrokeNet protocol, zie kwaliteitsportaal).

Stroke unit

Deze unit, die zich op de verpleegafdeling neurologie bevindt, is gespecialiseerd in de opvang behandeling en begeleiding van patiënten met een beroerte en hun naasten. In de acute fase vragen de opvang, behandeling, verpleging en begeleiding van patiënten om specifieke aandacht. Tijdens de verdere opname op de verpleegafdeling neurologie is een optimale afstemming met andere disciplines in multidisciplinair verband is daarbij essentieel. Het klinisch stroke pad is de leidraad in de multidisciplinaire zorg.

MDO

In het MDO, die 2 x per week plaatsvindt, wordt in overleg met verschillende ketenpartners via triage bepaald welk zorgtraject de patiënt verder zal doorlopen. Bij dit overleg zijn aanwezig: neuroloog, specialist ouderengeneeskunde, revalidatiearts, verpleegkundige, ergo- en fysiotherapeut, logopedist en transferverpleegkundige. Triage is een zo vroeg mogelijk gestart dynamisch beslisproces waarmee patiënten waarvan verwacht wordt dat er beperkingen in activiteiten en/of participatie zullen ontstaan tijdens een ziekenhuisopname worden geïndiceerd voor de juiste revalidatiezorg op de juiste plaats. Gezamenlijk wordt kritisch gekeken welke zorg de patiënt nodig heeft. Heeft de patiënt medisch specialistische revalidatie, geriatrische revalidatie, revalidatie dagbehandeling of 1^e lijn revalidatie nodig. Hierbij wordt de inbreng van alle -bij het MDO aanwezige gebruikt. Voor medisch specialistische revalidatie is een revalidatiearts aanwezig tijdens het MDO voor directe verwijzing.

POINT

Binnen de stroke service Zaanstreek werken wij met POINT en wordt het verpleegkundig transferdossier voor zorgoverdracht van patiënten die geriatrische revalidatiezorg nodig hebben gebruikt. Dit overdrachtssysteem biedt verder de mogelijkheid door automatisch gegenereerde managementinformatie het proces van zorgverlening en overdracht van zorg rondom patiënten die een stroke hebben doorgemaakt te verbeteren.

Transferverpleegkundigen.

Afstemming door transferverpleegkundigen met andere ketenpartners vindt plaats als de behandeling bij de betreffende ketenpartners is afgerond en de behandeldoelen zijn bereikt. De transferverpleegkundigen communiceren op adequate wijze over de capaciteit van de ketenpartner waar patiënt, zoals in het MDO is vastgesteld, naar toe zal gaan en bevorderen zo de doorstroom van patiënten. De transferverpleegkundige wordt met name bij patiënten waarbij thuiszorg nodig is en bij de afstemming van zorg van patiënten die in aanmerking komen voor een somatisch verblijf in een verpleeghuis ingeschakeld. Binnen 1 werkdag nemen zij de aanvraag voor een patiënt in behandeling.

Revalidatie

Om het uitgangspunt te bereiken, namelijk dat patiënten zo snel mogelijk in hun eigen omgeving dienen te verblijven, is het van belang dat de doorstroom van intramurale revalidatie optimaal functioneert. Hulpverleners dienen zich daarop te richten, waar mogelijk vindt revalidatie zo snel mogelijk in de thuissituatie plaats. Dit is ook van belang om de intramurale capaciteit binnen de regio optimaal te benutten en wachttijden te beperken of te voorkomen.

Medisch specialistische revalidatie kliniek

Revalidatiecentrum Heliomare en Reade bieden hoogwaardige revalidatiegeneeskunde waarbij het streven is dat de patiënt in staat is zijn mogelijkheden optimaal te benutten en de best haalbare kwaliteit van leven te bereiken. Beide centra hebben expertise op het gebied van afasie, cognitieve- en fysieke revalidatie. Daarnaast is aandacht voor het aspect participatie waarbij veel aandacht is voor sport en arbeidsrevalidatie. De beperkte opnamecapaciteit en de grote adherentie zorgen voor een strikt beleid in de selectie met opnamecriteria door de revalidatiearts.

Medisch specialistische poliklinische revalidatie

Indien een patiënt veilig in de thuissituatie kan functioneren en revalidatie nog gewenst is, gebeurt dit in Zaans Medisch Centrum op de revalidatieafdeling. Indien meerdere disciplines in de revalidatiefase bemoeienissen hebben met de patiënt dan is een regiefunctie vereist. In de keten is deze functie weggelegd voor de revalidatiearts.

Geriatrische Revalidatie Verpleeghuis

De geriatrische revalidatie heeft expertise in het omgaan met kwetsbare ouderen met complexe comorbiditeit. Revalidatie omvat een specifieke benadering waarbij multidisciplinair wordt ingespeeld op de herstellende functies van patiënten.

Dit is wezenlijk anders dan patiënten waar de nadruk ligt op verzorging en verpleging waarbij een status-quo is bereikt en aandacht wordt besteed aan het behouden van functies en/of het vergroten van de belastbaarheid. Tijdens het MDO in het Zaans Medisch Centrum vindt de triage plaats waarbij de specialist ouderengeneeskunde uiteindelijk beslist of de patiënt in aanmerking komt voor geriatrische revalidatie. Ook poliklinische geriatrische revalidatie wordt aangeboden door het verpleeghuis.

Verzorgingshuis

Algemeen uitgangspunt is dat indien verantwoord de patiënt terugkeert naar de oorspronkelijke woonsituatie. De transferverpleegkundige zorgt voor de aanpassing van de indicatie op de veranderde zorgvraag.

Thuiszorg

Uitgangspunt is patiënten zo snel mogelijk weer in de thuissituatie te laten functioneren. De uitdaging van de regio is om het zorgaanbod daar optimaal bij aan te laten sluiten. Juist in de thuissituatie worden de verborgen gevolgen van een stroke vaak zichtbaar. Het is van belang dat verpleegkundigen, verzorgende en eerstelijns behandelaars kennis en expertise hebben of ontwikkelen om patiënten die een stroke hebben doorgemaakt optimaal te begeleiden.

Stroke nazorg

Het doel van de stroke nazorg die verleend wordt in het ziekenhuis is, om bij de patiënt die geconfronteerd wordt met een chronische ziekte, om tot een zo goed mogelijk vasculair risicomanagement te komen en te komen tot het bereiken van een adequate secundaire medicamenteuze preventie en het bereiken en handhaven van een gezonde en actieve leefstijl.

Concreet betekent dit dat de patiënt begrijpt wat vasculair risico is, waaruit de behandeling bestaat, wat de prognose is, wat de betekenis is van symptomen, op welke manier leefstijl en medicijnen ingrijpen op het risico, hoe de risicofactoren te beïnvloeden zijn, hoe hij kan omgaan met de consequenties en emoties en hierover effectief kan communiceren met zorgverleners, familie, collega's (werkgever) en vrienden.

Stroke nazorg in de thuissituatie

Patiënten die naar huis terugkeren kunnen worden aangemeld voor nazorg bij de CVA-verpleegkundige in de wijk (Evean). Het doel van de CVA-verpleegkundige is het behoud en/of herwinnen van verkregen zelfstandigheid en functioneren alsmede accepteren en leren omgaan met veranderde situatie van de patiënt en mantelzorger.

De CVA-verpleegkundige in de wijk heeft een voorlichtende, adviserende en informatieve rol over ziektebeeld, preventie en gevolgen. De aandacht richt zich met name op problematiek in de chronische fase en op sociaal maatschappelijke participatie. In de gesprekken wordt ook specifiek aandacht geschonken aan vragen of problemen ervaren door de mantelzorger. Afhankelijk van de zorgvraag zullen het aantal huisbezoeken worden afgestemd.

8. Communicatie

Het herstel van patiënten en de draagkracht van patiënt en mantelzorger is mede afhankelijk van de onzekerheden die men ervaart. Het informeren van patiënt en mantelzorger is daarom belangrijk. Dit dient te gebeuren in alle schakels van de keten en afstemming over wie op welk tijdstip informatie verstrekt is noodzakelijk. Het streven is jaarlijks de website <https://www.kennisnetwerkcvva.nl/wat-is-een-cva/> met informatie voor patiënten en mantelzorgers over een beroerte te actualiseren en te verbeteren.

Interdisciplinair

Een goede transmurale samenwerking valt en staat met de het beschikbaar hebben van de juiste informatie op het juiste moment. Daarbij is het van belang inzicht te hebben in de werkzaamheden van andere partners in de keten en de gevolgen te kennen die het eigen handelen heeft op de partners in de keten in het licht van vraag georiënteerde zorg.

Datamanagement/Benchmark

Om de processen te kunnen sturen binnen de ketenzorg is er behoefte aan het monitoren van patiëntengegevens. Sinds januari 2014 is het mogelijk en wenselijk om via het landelijk registratiesysteem DICA, (Dutch Institute for Clinical Auditing) in de deelregistratie DASA (Dutch Acute Stroke Audit)- de benchmarkgegevens te verzamelen. DICA heeft met het Zaans Medisch Centrum een overeenkomst gesloten wat betreft het veilig aanleveren van de patiëntgegevens maar nog niet met de overige ketenpartners. Elke ketenpartner heeft daartoe de logistieke ondersteuning naar eigen inzicht geregeld. Er wordt geformuleerd welke gegevens uit de database nodig zijn om het beleid van de ketenzorg te kunnen sturen. Deze gegevens komen op vooraf afgesproken tijdstippen ter beschikking van de ketencoördinator en worden gebruikt om beleid op te stellen (*bijlage 3; Borging monitoren patiëntengegevens ketenzorg*).

Jaarlijks wordt een overzicht gemaakt van een aantal karakteristieken van de behandeling. Dit wordt jaarlijks gepresenteerd door de ketencoördinator aan alle ketenpartners

Op basis van deze data kan informatie worden gegenereerd die aansluit bij de indicatoren die voor de keten zijn beschreven.

9. Kennisontwikkeling

Deskundigheidsbevordering van de professionals is een belangrijk doel binnen de keten. Het streven is om jaarlijks ketenbrede scholing te organiseren. Hierbij worden algemeen landelijke ontwikkelingen en landelijke ontwikkelingen binnen de disciplines gevolgd. De deelnemende organisaties hebben in hun scholingsbudget ruimte gereserveerd voor financiering van ketenscholing of symposia. Deelname aan uitwisseling in de keten maakt deel uit van het inwerkprogramma van professionals die bij stroke-zorg in de keten betrokken zijn.

10. Bestuursmodel

Voorzitter

Op het organisatieniveau zijn de verschillende ketenpartners bij elkaar gebracht door een voorzitter. De voorzitter heeft draagvlak bij en het vertrouwen van de deelnemende organisaties. De voorzitter heeft de bevoegdheid om afspraken te maken binnen de keten en om ketenpartners aan te spreken op hun verantwoordelijkheid. De committent van de ketenpartners met de ketenorganisatie, inclusief de afspraken over de regie op organisatieniveau ligt met dit convenant schriftelijk vast.

De taken van de voorzitter zijn:

- coördinatie en ondersteuning op het gebied van kwaliteitszorg, financiën, marketing en informatievoorziening.
- op zoek gaan naar kansen voor samenwerking en verbetering van deze samenwerking.
- is verantwoordelijk voor het beheer en analyse van de stroke database

Ketencoördinator

De ketencoördinator heeft een belangrijke rol in de verankering en borging van de gehele keten. De ketencoördinator, onderhoudt contacten met de ketenpartners, en is (mede) verantwoordelijk voor het proces van monitoring van de prestaties en kwaliteit van de keten. De coördinator kan een rol spelen in het voorbereiden van overleg en is het centrale aanspreekpunt naar de ketenpartners. Dit is een blijvende rol die, afhankelijk van de voortgang en complexiteit van de keten meer of minder intensief kan zijn. Zonder een coördinator verdwijnt het zicht op de keten, worden verstoringen niet goed meer opgemerkt en loop de keten het risico op fragmentatie

Van belang is dat de coördinator ten dienste staat van de hele keten en niet namens één partij opereert.

Taken ketencoördinator

- Het organiseren van overleg met de ketenpartners
- Het agenderen van nieuwe ontwikkelingen voor de diverse overleggen.
- Het formuleren van verbetervoorstellen ter bespreking met ketenpartners.
- Het borgen en nakomen van afspraken
- Het signaleren en agenderen van knelpunten ten aanzien van de gemaakte afspraken.
- Het verzorgen van een registratiesysteem voor het bijhouden van de overeengekomen indicatoren.
- Het bewaken/ bijhouden van het invullen van het registratiesysteem.
- Het opstellen van de rapportage prestatie indicatoren
- Het voorzitten van bijeenkomsten met alle ketenpartners, minimaal 2 bijeenkomsten per jaar.

11. Landelijke relaties

Kennisnetwerk CVA. NL

Het landelijk CVA Kennisnetwerk is in september 2006 gestart met het doel landelijk de verdere verbetering van de zorg voor patiënten met een stroke te stimuleren. Uitgangspunt om dit doel te bereiken vormen de uitkomsten van de Helsinborg declaration on stroke. De Stroke Service Amsterdam West is sinds 2009 lid van het CVA Kennisnetwerk. Jaarlijks worden de prestatie/indicatoren aan het Kennisnetwerk CVA NL ten behoeve van de benchmark geleverd (*Bijlage 4: Raamwerk Benchmark CVA Kennisnetwerk*).

Leden van de Stroke Service Zaanstreek kunnen onderling informatie uitwisselen via website www.kennisnetwerkCVA.nl.

Werkgroep Hersenletsel Revalidatie (WHR)

Revalidatieartsen uit revalidatiecentra en ziekenhuizen, geïnteresseerd in hersenletsel problematiek, zijn bij deze werkgroep aangesloten. De WHR houdt zich bezig met advisering, verbetering van de kwaliteit van behandeling van patiënten die hersenletsel hebben, onderlinge afstemming en scholing.

Stroke Netwerk Groot-Amsterdam

Dit netwerk is in september 2022 opgericht waarbij 'Waardegedreven Zorg voor de stroke patiënt' centraal staat.

Met als doelen:

- Het vereenvoudigen van de regionale samenwerking voor mensen met een stroke
- Een zichtbaarder netwerk creëren
- Een toegankelijker samenwerking faciliteren voor medewerkers bij lidorganisaties en andere stakeholders zoals financiers

Leden: OLVG, BovenIJ ziekenhuis, A-UMC, Reade, Cordaan, Amstelring, Beroerte Adviescentrum, ZMC en Eevan.

Transmuraal platform Werkgroep CVA Amsterdam

Er zijn nu twee doelen gesteld:

- 1: nascholing 1^e lijn aan huisartsen en praktijkondersteuners.
- 2: het maken van transmurale afspraken waarbij nu de verschillende stroke gerelateerde documenten worden verzameld en (verwijs)afspraken op een rij worden gezet.

Prof. Dr. R. (Renske) M. van den Berg-Vos (neuroloog OLVG-ZMC) is voorzitter van deze werkgroep.

12. Signalering

Het is van belang om tijdig actie te ondernemen als geconstateerd wordt dat ergens in de stroke zorgketen niet conform de afspraken wordt gehandeld. Het besef medeverantwoordelijk te zijn voor het eindresultaat van de keten is vrij nieuw en nog niet vanzelfsprekend aanwezig bij de ketenpartners.

Het ketendenken is geen automatisme. Daarom is goede signalering belangrijk. In eerste instantie is iedere betrokken organisatie verantwoordelijk voor het eigen deel

van de keten. De voorzitter en ketencoördinator Stroke service Zaanstreek houdt het overzicht over de gehele keten. Indien zaken niet goed verlopen:

- wordt dit bij het betreffende deel (professional/ operationeel management) van de zorgketen aangekaart;
- bij onvoldoende effect gaat een signaal naar de manager van deze organisatie;
- in het geval geen verbetering optreedt, volgt signalering naar de raad van Bestuur van deze organisatie.

Klachten over ketenzorg

De wetgeving is niet gericht op ketens, dit wordt ervaren als een manco in de wetgeving. Volgens de inspectie voor gezondheidszorg is klachtenbehandeling een belangrijk aspect van ketenzorg. Het streven is dat het melden van klachten een laagdrempelige procedure is. Op dit moment is het melden van klachten over de ketenzorg mogelijk maar versnipperd over de verschillende ketenpartners. In het Zaans Medisch Centrum bijvoorbeeld is het mogelijk op de website <https://www.zaansmedischcentrum.nl/contact-en-vragen/klacht-of-tip-doorgeven/> een klachtenformulier in te vullen betreffende de geleverde zorg binnen het ziekenhuis.

Financiering

De kosten voor het laten functioneren van de Stroke service Zaanstreek zijn op te splitsen naar:

- Kosten voor overleg en afstemming van de patiëntenzorg
- Kosten ketencoördinatie, secretariële ondersteuning, symposia e.d.

De kosten voor overleg en afstemming betreffen voornamelijk de kosten van de tijdsinvestering van de professionals worden gedragen door de betrokken organisaties. Er zijn nog geen afspraken gemaakt omtrent de financiële verdeelsleutel bij gezamenlijke kosten, (gezamenlijke symposia, scholing etc.). De kosten voor het lidmaatschap van het landelijke kennisnetwerk waar de Stroke Service Zaanstreek bij is aangesloten bedragen € 1250 per jaar en worden door het Zaans Medisch Centrum betaald. Evenals de bekostiging van de keten coördinator.

Bijlagen:

Bijlage 1 Visiedocument ketenzorg

Visiedocument Ketenzorg

Stroke Service Zaanstreek

Zaans Medisch Centrum
Verpleeghuis Oostergouw
Verpleeghuis EDD
MEE Amstel / Zaan
Revalidatiecentrum Reade
Revalidatiecentrum Heliomare
Huisartsen coöperatie Zaanstreek
Thuiszorg La Vie
CVA-wijkverpleegkundige EVEAN
CVA netwerk Zaanstreek

Doel

Het doel van de Stroke Service Zaanstreek is om samen met de ketenpartners een samenwerkingsverband te onderhouden om zo tot een geïntegreerd en optimaal zorgaanbod voor patiënten die een beroerte hebben doorgemaakt te komen. De juiste zorg dient namelijk op de juiste manier en op de juiste plaats geleverd te worden in alle fasen van de aandoening. Deze samenwerking richt zich op een structurele verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg aan alle patiënten die een beroerte hebben doorgemaakt door verbetering van de organisatie van zorg, beter gebruik te maken van elkaars kerncompetenties, betere toepassing van richtlijnen en verbetering van de communicatie tussen alle zorgverleners in de acute, revalidatie en chronische fase. Het uiteindelijke doel is om de kwaliteit van leven van patiënten met een beroerte te verhogen.

Prioriteiten:

- Opstellen van een visiedocument over de ketenzorg, dat gedragen wordt door de verschillende ketenpartners
- Het organiseren van een bijeenkomst met de ketenpartners waarbij een eerste afstemming van de visie op strokezorg in Zaanstreek gedeeld wordt.
- Afspraken met elkaar maken voor structurele vergadermomenten
- Inventariseren van knelpunten bij de doorstroming en problemen rondom de inhoudelijke zorg en een vertaalslag maken naar concrete verbetervoorstellen.
- Opstellen van een stroke ketenprotocol

Visie op stroke:

De laatste jaren is de ligduur in het ziekenhuis voor patiënten met een beroerte verder verlaagd naar 5 dagen. De acute fase, behandelfase, revalidatiefase en chronische fase volgen elkaar steeds sneller op. Dit intensieve zorgaanbod vraagt om de juiste afstemming hiervan in de verdere begeleiding voor de patiënt in het verdere ketentraject. De patiënt en zijn of haar mantelzorger gaat door een acceptatieproces en moet het leven weer zien op te pakken zo goed of zo kwaad als het kan. Begeleiding van de mantelzorger maakt expliciet deel uit in het zorg- en behandelplan in elke schakel van de keten.

De herstelfase en het leren omgaan met de gevolgen van de ziekte vraagt van de ketenzorg een eenduidige aanpak. Kenmerken van deze aanpak zijn disease- en disability-management. Met een intensief ketenbreed nazorgprogramma krijgt disease en disabilitymanagement gestalte met onder andere aandacht voor een accurate secundaire preventie en het handhaven en

onderhouden van een gezonde leefstijl. Verder staan acceptatie, het voorkomen van verergering van de klachten en het vinden van een nieuw evenwicht op de voorgrond.

Visie op ketenpartnerschap:

De ketenpartners dragen in gezamenlijkheid zorg voor de totale kwaliteit van de keten. Intentie om de volgende richtlijnen te implementeren:

- richtlijn beroerte CBO 2018
- richtlijn revalidatie na een beroerte Hartstichting 2001
- multidisciplinaire richtlijn vasculair risicomanagement CBO 2011
- zorgstandaard CVA/TIA Kennisnetwerk CVA Nederland 2018
- NHG-standaard beroerte NHG 2018

Inhoudelijk kunnen de volgende afspraken gemaakt worden op het gebied van:

A) Organisatie van zorg:

- Wie vervult de rol van centrale zorgverlener?
- Hoe ziet het nazorgprogramma er uit. Wanneer zijn de contactmomenten met patiënt en mantelzorger?
- Op welke manier vindt de overdracht en terugkoppeling van patiëntgegevens plaats tussen de ketenpartners?
- Afstemming tussen de ketenpartners welke klinimetrie wordt ingezet ter monitoring van gezondheidsproblemen van patiënt en mantelzorger
- Opstellen van een ketenbreed stroke-protocol waarbij noodzakelijke interventies en verwijsmogelijkheden worden beschreven.
- Ketenpartners onderling maken gebruik van elkaars expertise
- Opzetten en uitvoeren van evidence based onderzoeken

Samenwerking met patiëntenorganisaties/lotgenotencontact etc.

B) Het uitvoeringsproces:

- De centrale zorgverlener dient het eerste aanspreekpunt te zijn voor de patiënt, mantelzorger en betrokken zorgverleners
- Voortzetting van vasculair risicomanagement met secundaire preventie, medicatietrouw en gezonde leefstijl als speerpunt
- De centrale zorgverlener ziet de patiënt ten minste 2 keer in de eerste 3 maanden
- Aandachtspunten zijn het afronden van paramedische zorg, hervatten van werk, onderhoud van zelfmanagement bij de patiënt, onzichtbare gevolgen en de comorbiditeit bij patiënt.
- Inventarisatie hoog risicoprofiel t.a.v. overbelasting bij de mantelzorger

C) Inhoud van de zorg:

- Structurele monitoring van de zorg op verschillende contactmomenten
- Inventarisatie resultaten met terugkoppeling naar de ketenpartners. Verbeter traject waar nodig instellen.
- Stroke registratie als benchmark initiëren bij de ketenpartners.
- Organiseren van presentaties, symposium en het geven van bijscholing.

Rol ketencoördinator:

Een ketencoördinator heeft een belangrijke rol in de verankering en borging van de gehele keten. Zonder een dergelijke coördinator verdwijnt het zicht op de keten, worden verstoringen niet goed meer opgemerkt en loopt de keten het risico op fragmentatie.

De ketencoördinator, onderhoudt contacten met de ketenpartners, en is (mede) verantwoordelijk voor het proces van monitoring van de prestaties en kwaliteit van de keten. De coördinator kan een rol spelen in het voorbereiden van overleg en is het centrale aanspreekpunt naar de ketenpartners. Dit is een blijvende rol die, afhankelijk van de voortgang en complexiteit van de keten meer of minder intensief kan zijn. Van belang is dat de coördinator ten dienste staat van de hele keten en niet namens één partij opereert.

Taken ketencoördinator

- Het organiseren van overleg met de ketenpartners
- Het agenderen van nieuwe ontwikkelingen voor de diverse overleggen.
- Het formuleren van verbetervoorstellen ter bespreking met ketenpartners.
- Het borgen en nakomen van afspraken
- Het signaleren en agenderen van knelpunten ten aanzien van de gemaakte afspraken.
- Het verzorgen van een registratiesysteem voor het bijhouden van de overeengekomen indicatoren.
- Het bewaken van het invullen van het registratiesysteem.
- Het opstellen van de rapportage prestatie indicatoren

Bijlage 2 Ontwikkelingsmodel van de ketenzorg, de 9 clusters

Het ontwikkelingsmodel van de ketenzorg, de 9 clusters:

1) Patiëntensysteem:

Patiëntgerichtheid betreft het ontwikkelen van zorg en informatiestromen afgestemd op doelgroepen van cliënten. Informatie wordt in de keten gezamenlijk aangeboden in begrijpelijke taal, bijvoorbeeld via een front office. Methoden voor zelfmanagementondersteuning worden toegepast. De keten is in staat zorg op individuele behoeften of subgroepen toe te snijden, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van Multi morbiditeit.

2) Ketenregie en logistiek

Ketenregie en logistiek gaat over het stroomlijnen van de zorg voor de gehele keten. Denk aan het maken van allerlei afspraken over verwijzing, onderzoek, overdracht en ontslag van patiënten in de keten. Ook uitwisseling van patiëntgegevens en overige informatie, bijvoorbeeld middels koppelingen tussen databases, horen hierbij. Casemanagement voor patiënten met complexe zorgvragen is aangeboden en er wordt gewerkt met een voor de ketenpartners toegankelijk cliëntvolgend dossier. Afspraken over consultatie van expertise of gespecialiseerde verpleegkundigen in de keten zijn gemaakt.

3) Resultaatmanagement

Resultaatsmanagement gaat over het benoemen van prestatie-indicatoren en normen om vervolgens resultaten in de keten te kunnen evalueren. Resultaten die betrekking hebben op patiënt gerelateerde uitkomsten, patiëntwaardering, logistieke en financiële prestaties. Analyses van (bijna)fouten, feedbackmechanismen en verbeterteams worden gebruikt om prestaties te verbeteren.

4) Optimale zorg

Optimale zorg gaat het om het ontwikkelen van een multidisciplinair zorgpad voor de keten gebaseerd op de behoeften van patiënten in de keten en op evidence based richtlijnen. Hiervoor zijn behoeften van de patiëntgroep inzichtelijk. Vertegenwoordigers van patiënten zijn betrokken bij het ontwikkelen, verbeteren en monitoren van de zorg.

5) Resultaatgericht leren

Resultaatgericht leren heeft betrekking op een leerklimaat dat gericht is op voortdurend verbeteren van resultaten in de keten. Hierbij past het gezamenlijk in kaart brengen van de doelen, knelpunten en leemten in de keten en het delen van kennis in een open sfeer. Incentives belonen betere prestaties.

6) Interprofessionele samenwerking

Interprofessionele samenwerking voor doelgroepen bevat elementen zoals het omschrijven van de patiëntengroep waarop de ketensamenwerking zich richt en het werken in multidisciplinaire teams. Helder is wanneer professionals beschikbaar en toegankelijk zijn voor ketenpartners.

7) Rol- en taakverdeling

Rol- en taakverdeling gaat het bijvoorbeeld over inzicht in elkaar expertises, het afspreken van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de keten en over het bereiken van effectieve samenwerking op alle niveaus tussen ketenpartners. Dit laatste kan onder andere door het aanstellen van een coördinator voor de keten of door coördinerende taken te beleggen en door wederzijds overleg en direct contact tussen professionals.

8) Ketencolmitment

Ketencolmitment gaat over de gezamenlijke ambitie en doelen van de ketensamenwerking. Er wordt gevraagd om colmitment van leidinggevend en met de ambitie en helder gestelde doelen. Er is een bewustzijn dat men in een keten werkt, welke afhankelijkheden er zijn en welke domeinen.

9) Transparant ondernemerschap

Transparant ondernemerschap concentreert zich op het afspreken van een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het eindresultaat. Voor transparant ondernemerschap gelden voorwaarden zoals ruimte voor innovatie en experimenten, leiders betrokken bij verbeteringen, een gezamenlijke budgetafpraak en het hanteren van een gemeenschappelijke taal.

Bijlage 3 Borging monitoren patiëntengegevens Stroke Service Zaanstreek

Borging monitoren patiëntengegevens Stroke Service Zaanstreek

Verantwoordelijke

Voorzitter Sander van Schaik
ketencoördinator Stroke Service Zaanstreek Monique Waal

Deelnemers werkgroep

Professionals uit ziekenhuis, revalidatiecentrum en verpleeghuis met expertise/ belangstelling mbt de analyse van de gegevens uit de stroke databases

De werkgroep bestaat uit:

- Monique Waal, gespecialiseerd verpleegkundige stroke en ketencoördinator stroke service Zaanstreek.

Doelstelling

- De stroke database (DASA, stroke database ZMC) wordt door de deelnemende instellingen op eenduidige wijze volledig ingevuld. Elke instelling heeft daartoe de logistieke ondersteuning naar eigen inzicht geregeld.
- Er wordt geformuleerd welke gegevens uit de database nodig zijn om het beleid van de ketenzorg te kunnen sturen.
- Deze gegevens komen op vooraf afgesproken tijdstippen ter beschikking van de stuurgroep en worden gebruikt om beleid op te stellen.
- Jaarlijks wordt een overzicht gemaakt van een aantal karakteristieken van de CVA behandeling. Dit wordt opgenomen in het jaarverslag.

Acties

- Elke instelling inventariseert in de eigen instelling de knelpunten m.b.t. bijhouden database en lost deze op.
- In de werkgroep wordt besloten welke gegevens regelmatig terug gekoppeld moeten worden om beleid te kunnen sturen.
- Ieder kwartaal wordt analyse van de database geagendeerd voor een ketenvergadering.
- Jaarlijks wordt er een (kort) verslag geschreven van belangrijke parameters t.b.v. o.a. het jaarverslag.

Criteria

- De database bevat de volledige gegevens van 95 % van alle in de keten ingestroomde patiënten.
- Uit de notulen van de werkgroep blijkt dat regelmatige analyse van de gegevens heeft plaatsgevonden.
- Duidelijk is wat met de resultaten gedaan is.

Uitvoering

- Aanspreekpunt binnen iedere instelling, verantwoordelijk voor het vastleggen van de patiëntengegevens in de database en het toesturen volgens afspraak (komen 1 maal per jaar bijeen).
- Volgens afgesproken tijdpad terugkoppeling missende data en analyse gegevens.

Tijdsinvestering

- | | |
|--|-------|
| - Invullen stroke database: afdeling Neurologie ZMC | 120 u |
| - Per instelling per kwartaal 3 uur | 60 u |
| - 4 x per jaar overleg met voorzitter | 8 u |
| - Optimaliseren invullen database in instelling: 2 x 12 uren | 24 u |
| - Kwartaalanalyse: 4x per jaar 8 uur | 32 u |
| - Reistijd vergaderingen, overleg, etc | 30 u |
| - Up to date houden ketendocumenten (covenant, CVA-pad) | 20 u |
| - Vergaderingen , ketenoverleg, werkgroep etc | 30 u |

Totaal 295 u = 5,5 uur per week

Bijlage 4 Raamwerk Benchmark kennisnetwerk CVA NL

Algemene gegevens	
Ketennaam	Stroke service Zaanstreek
CVA ketencoördinator	Monique Waal
Telefoonnummer	075-6502461
E-mail	waal.m@zaansmc.nl
Naam ziekenhuis	Zaans Medisch Centrum
Jaar	
Registratie	DASA
Totaal aantal geregistreerde CVA patiënten	Totaal:
Aantal bloedingen / aantal infarcten	Aantal bloedingen: Aantal infarcten:
Gemiddelde leeftijd van de patiënten	Gemiddelde leeftijd: Standaarddeviatie:
Geslacht van de patiënten	Aantal mannen: Aantal vrouwen: Onbekend:
NIHSS totaalscore hersenbloeding	Aantal: Onbekend:
NISHH totaalscore herseninfarct	Aantal: Onbekend:
Wijze van presentatie in het ziekenhuis	Primair gepresenteerd in eigen ziekenhuis: Verwezen vanuit ander ziekenhuis: Onbekend:
Indicatoren	
Indicator 1: Behandeling	
Intraveneuze behandeling uitgevoerd	Ja: Nee: Onbekend:
Deur tot naald tijd in minuten	Tijd: Onbekend:
Intra-arteriële behandeling uitgevoerd	Ja: Nee:

ziekenhuis uitstroomt naar eigen woonomgeving of vervolginstelling	Uitstroom naar:	
	- Eigen woonomgeving	(= %)
	- Revalidatiecentrum	(= %)
	- CVA-unit verpleeghuis	(= %)
	- Permanente plek verpleeghuis	(= %)
	- Overig:	(= %)

Ondertekening convenant Stroke Service Zaanstreek

Ondergetekenden

Managers Ketenpartners:

Zaans Medisch Centrum Neurologie	Mevr. N. Drent
Zaans Medisch Centrum revalidatie	Mevr. N. Drent
Revalidatiecentrum Reade	Mevr. A.M. ter steeg
Revalidatiecentrum Heliomare	Mevr. C. Jansen
Verpleeghuis Oostergouw Evean	Mevr. A. van Hees
Thuiszorgorganisatie Evean	Mevr. Pitstra
Thuiszorgorganisatie La Vie	Mevr. P. Meijnders
Huisarts coöperatie Zaanstreek	Mevr. M. Rietbergen
MEE Amstel en Zaan	Mevr. C. Helsloot
CVA Netwerk Zaanstreek	Mevr. J. Egstorf

Raad van Bestuur ketenpartners:

Zaans Medisch Centrum	Mw. A. Blonk
Revalidatiecentrum Reade	Dhr J. Buijs
Revalidatiecentrum Heliomare	Mevr. P. Esveld
Verpleeghuis Oostergouw Evean	L.P.J.M. Venneman
Thuiszorgorganisatie Evean	L.P.J.M. Venneman
Thuiszorgorganisatie La Vie	Mevr. P. Meijnders
Huisarts coöperatie Zaanstreek	Mevr. M. Rietbergen
MEE Amstel en Zaan	Dhr. C. van der Wal
CVA Netwerk Zaanstreek	Mevr. J. Egstorf

Het convenant wordt uiterlijk in 2022 herzien of zoveel eerder op vraag van een of meer ketenpartners.