

Ketenprotocol

Rotterdam Stroke Service

April 2017

Dit herziene ketenprotocol is voorlopig voor 1 jaar vastgesteld in april 2017,
in afwachting van het landelijke protocol acute zorg.

Rotterdam Stroke Service
Nieuwe binnenweg 29
3014 GB Rotterdam
T +31 (0) 6 25 18 08 29

bianca.buijck@rotterdamstrokeservice.nl
www.rotterdamstrokeservice.nl

Inleiding

De deelnemende organisaties aan de Rotterdam Stroke Service (RSS) vinden het van groot belang dat CVA- patiënten de best mogelijke zorg ontvangen. De missie van de RSS is dan ook het realiseren van de best mogelijke kwaliteit van leven voor iedere CVA- patiënt binnen de regio Rotterdam, uitgaande van actuele inzichten in de zorg voor CVA- patiënten.

Uitgangspunt in een stroke service is het verlenen van de juiste zorg, op het juiste moment, door de juiste hulpverlener, op de juiste plaats. Een samenhangend zorgtraject voor de CVA- patiënt is hiervoor noodzakelijk en is gericht op het voldoen aan de zorgbehoefte van de patiënt. Uitdrukkelijk is het niet het aanpassen van de patiëntengroep aan het zorgaanbod van de verschillende instellingen!

Met dit ketenprotocol wil de RSS bevorderen dat overal in Rotterdam volgens een bepaalde werkwijze wordt gewerkt. Het protocol biedt een beschrijving van afspraken en werkwijzen binnen de acute, revalidatie en chronische fase binnen de RSS, waarbij de nadruk ligt op het goed verlopen van de overgangen tussen de verschillende instellingen. Alle deelnemende instellingen binnen de RSS werken volgens dit protocol.

Rotterdam Stroke Service
Nieuwe binnenweg 29
3014 GB Rotterdam
T +31 (0) 6 25 18 08 29

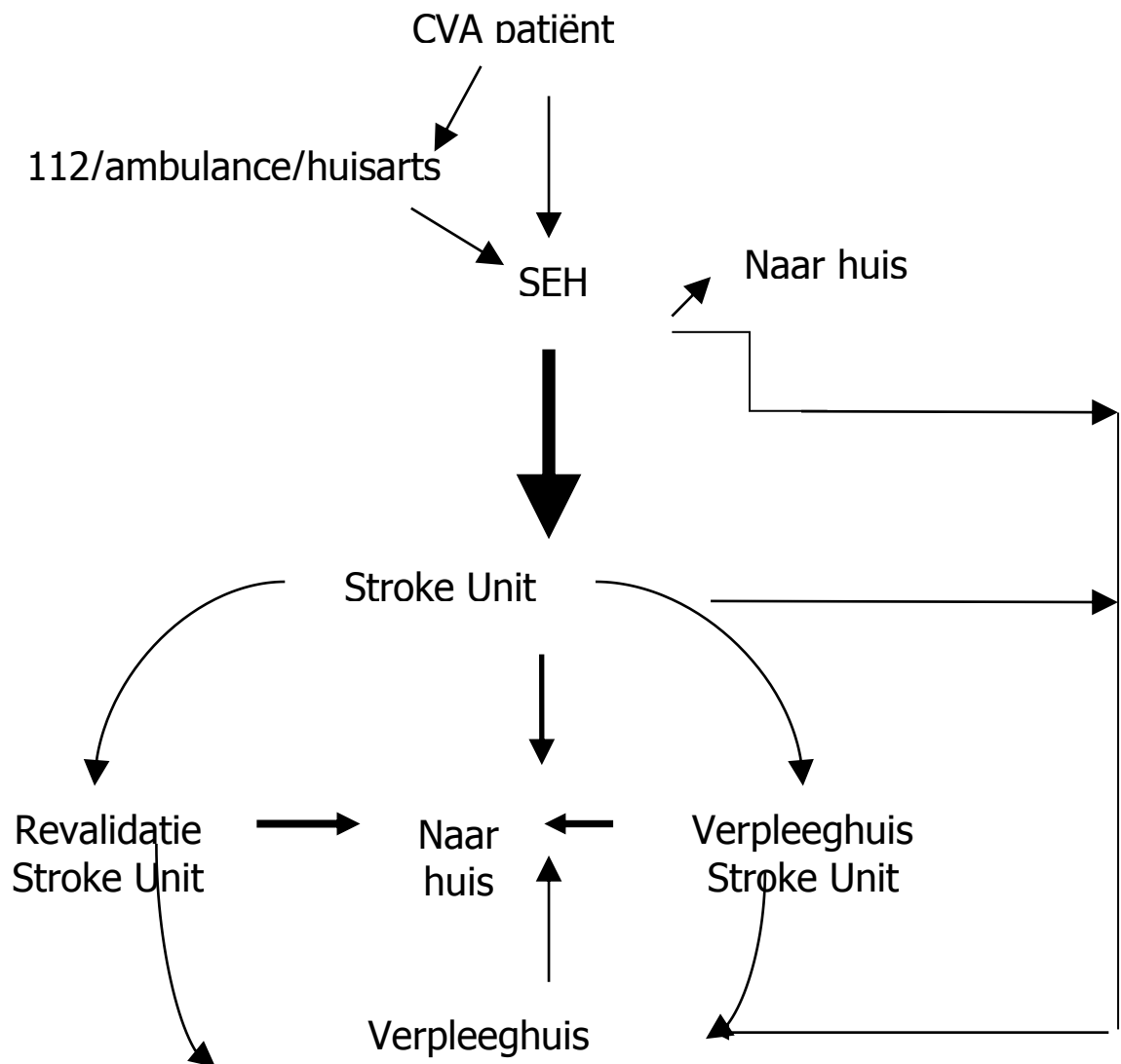
bianca.buijck@rotterdamstrokeservice.nl
www.rotterdamstrokeservice.nl

Hoofdstuk 1: Het traject door de keten

Een stroke service kan men omschrijven als een regionaal netwerk van zorgverleners die gezamenlijk een integrale, deskundige en samenhangende zorg en behandeling voor alle CVA- patiënten waarborgen in alle fasen van de aandoening. De leden van het netwerk dragen in gezamenlijkheid zorg voor een adequate transfer van patiënten tussen voorzieningen en voor de kwaliteit van de keten in zijn totaliteit. Begeleiding van de mantelzorger maakt expliciet onderdeel uit van het zorg- en behandelplan in elke schakel van de keten. Onderdeel van de Stroke service is de Stroke Unit.

Hieronder wordt het traject van de CVA- patiënt door de keten globaal weergegeven.

Rotterdam Stroke Service



Rotterdam Stroke Service
Nieuwe binnenweg 29
3014 GB Rotterdam
T +31 (0) 6 25 18 08 29

bianca.buijck@rotterdamstrokeservice.nl
www.rotterdamstrokeservice.nl

Fasering

De acute fase begint met het optreden van het CVA en eindigt op het moment dat de patiënt medisch stabiel is en de acute interventies zijn beëindigd. De acute fase staat in het teken van (spoed) diagnostiek, medische behandeling en intensieve verpleegkundige zorg. De patiënt wordt opgenomen op de stroke unit met als doel: snelle inventarisatie van de risicofactoren, instellen van secundaire profylaxe, het voorkomen van complicaties en geven van voorlichting en informatie. Er volgt zo snel mogelijk een start met mobiliseren en het maken van een revalidatieplan. Revalidatie in deze fase bestaat voornamelijk uit therapie, gericht op het voorkomen van complicaties door immobiliteit, vermindering van functiestoornissen en inschatting/zo nodig verbetering van de zelfstandigheid van de patiënt.

De revalidatiefase vangt aan als de patiënt medisch stabiel is. Het doel in deze fase is het geven van informatie en voorlichting aan de patiënt en familie, het bevorderen van zelfstandig functioneren, preventie en reductie van functiestoornissen / beperkingen. Ook is er aandacht voor emotionele verwerking.

De chronische fase begint als duidelijk is met welke stoornissen, beperking of beperkingen de patiënt moet leven. Vaak is dit pas na een half jaar duidelijker. In de chronische fase staan acceptatie, verwerking, en het leren omgaan met beperkingen centraal.

Hoofdstuk 2: Opname

Ziekenhuis

Binnen de RSS zijn de volgende afspraken gemaakt met betrekking tot (spoed)opnamen van CVA-patiënten in het ziekenhuis. In de RSS communiceren we naar de bevolking om bij verdenking van een CVA altijd direct 112 te bellen (dus niet eerst de huisarts). Time=brain

1. Alle CVA patiënten hebben minimaal urgentie A2 (dat betekent binnen een half uur ter plaatse en snel naar het ziekenhuis).
Trombolysekandidaten hebben urgentie A1.
2. Huisartsen/ huisartsenposten kunnen telefonisch de diagnose stellen.
3. CVA- patiënten worden nooit geweigerd, maar altijd beoordeeld, gestabiliseerd en behandeld. Als er geen plek is volgt daarna pas overplaatsing.
4. Van alle beoordeelde patiënten krijgt de huisarts direct bericht dat de patiënt op de SEH is gezien en het ziekenhuis informeert de huisarts over de bevindingen van de neuroloog.

Verpleeghuis

Zoals er minimale criteria voor beoordeling in het ziekenhuis zijn, namelijk de (waarschijnlijkheids-) diagnose acute CVA, zijn er ook minimale criteria voor overplaatsing naar één van de ketenverpleeghuizen (VSU) met Geriatrische Revalidatie Zorg:

- De patiënt kan nog niet naar huis.
- De door het CVA veroorzaakte symptomen bepalen de revalidatie - en zorgbehoefte.
- Terugkeer naar de eigen leefomgeving is mogelijk binnen 3-6 maanden (dit geldt voor alle patiënten die niet moribund zijn).

Revalidatiecentrum

Criteria voor opname in een revalidatiecentrum met Medisch

Specialistische Revalidatie zijn:

- Een hoog revalidatie tempo, gericht op terugkeer naar de eigen leefomgeving binnen 3 maanden is mogelijk.
- Er is sprake van complexe problematiek op somatisch of maatschappelijk niveau (terugkeer naar de werkomgeving).

Hoofdstuk 4: Behandeling

Er is sprake van gestandaardiseerde observatie. Ziekenhuizen gebruiken de Glasgow Coma Scale (GCS), voor het kijken naar bewustzijn. De National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS: Nederlandse versie wordt gebruikt voor het scoren van de neurologische uitval). Voor het beoordelen van de functionele gezondheid wordt in het ziekenhuis, verpleeghuis en revalidatiecentrum o.a. de Barthel Index score (BI, voor ADL-aspecten) gebruikt en de Modified Ranking Score (MRS). Zowel in ziekenhuis als verpleeghuis wordt gebruik gemaakt van de Mini Mental State Examination (MMSE) ter beoordeling van de cognitieve functies.

In het ziekenhuis, verpleeghuis en revalidatiecentrum is 24-uur per dag minimaal 1 verpleegkundige (of verzorgende voor het verpleeghuis) op de afdeling aanwezig die tenminste een nascholing van de RSS of cursus neurorevalidatie heeft gevolgd.

Protocollen

De zorg wordt verleend in overeenstemming met de CBO richtlijn beroerte (2009). Andere gehanteerde protocollen zijn:

- Revalidatie na een beroerte, richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2001.
- NHG Standaard beroerte 2013
- KNGF Richtlijn beroerte 2014

Rotterdam Stroke Service
Nieuwe binnenweg 29
3014 GB Rotterdam
T +31 (0) 6 25 18 08 29

bianca.buijck@rotterdamstrokeservice.nl
www.rotterdamstrokeservice.nl

- NHG Richtlijn cardiovasculair risicomanagement 2012

Multidisciplinair overleg

In het ziekenhuis, verpleeghuis en revalidatiecentrum vindt minimaal wekelijks een multidisciplinair overleg (MDO) plaats, waarin CVA-patiënten worden besproken. Bij voorkeur gebeurt dit aan de hand van het ICDH model (stoornissen, beperkingen, handicaps) waarbij de S(omatische), A(DL en mobiliteit), M(aatschappelijk functioneren), P(sychisch functioneren) en C(ommunicatie) aandachtsgebieden aan de orde komen. De stoornissen en beperkingen worden geïnventariseerd. Besluitvorming vindt plaats via consensus en het besluit wordt vastgelegd. Bij overplaatsing naar huis is de betrokkenheid van de verpleegkundige van de thuis/nazorg essentieel.

Bij het MDO in het ziekenhuis zijn betrokken: de verantwoordelijk verpleegkundige van de stroke-unit (stroke nurse), neuroloog, neurologisch assistent (zaalarts), behandelend fysiotherapeut, revalidatie arts, transferverpleegkundige, de specialist ouderengeneeskunde, logopedist, ergotherapeut, (neuro)psycholoog.

Bij het MDO in het verpleeghuis zijn betrokken: een specialist ouderengeneeskunde (kaderarts GRZ), verpleegkundige of verzorgende, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist en een maatschappelijk werkende. Indien daartoe aanleiding is, aangevuld met een psycholoog en revalidatiearts.

Bij het MDO in het revalidatiecentrum zijn betrokken: een revalidatiearts, verpleegkundige, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, maatschappelijk werkende en een (neuro)psycholoog. Indien daartoe aanleiding is, aangevuld met een specialist ouderengeneeskunde.

Hoofdstuk 5: Ontslag en overdracht

Ontslag

In het MDO (multidisciplinair overleg) in het ziekenhuis geschiedt de indicatiestelling op basis van consensus. Uitgangspunt is dat de doorstroming (vanuit het belang van de patiënt!) in de keten door dat proces wordt bevorderd. Voor overplaatsing vindt verwijzing plaats in het MDO volgens de geldende landelijke criteria.

De behandelend neuroloog en/of revalidatiearts en/of specialist ouderengeneeskunde bespreken de indicatiestelling met de patiënt en zijn familie. De specialist ouderengeneeskunde is altijd op enige wijze betrokken bij het MDO in het ziekenhuis. Deze is 1) structureel aanwezig bij het MDO in het ziekenhuis, 2) aanwezig bij situaties waarbij twijfel bestaat over de indicatie of 3) wordt telefonisch betrokken.

Vanuit het ziekenhuis

- Na het afronden van de belangrijkste diagnostiek, het starten van de secundaire profylaxe en het inzetten van diverse disciplines is het streven de patiënt zo snel mogelijk de juiste herstelomgeving te bieden. We streven binnen de RSS naar een gemiddelde opnameduur in het ziekenhuis van 5 dagen.

- Uiterlijk op dag 2 van ziekenhuisopname is de diagnostiek afgrond en is de secundaire profylaxe gestart.
- In de eerste twee dagen na ziekenhuisopname kan een uitspraak gedaan over het vervolgtraject, onder eindverantwoordelijkheid van de neuroloog.
- Het streven is om iedere CVA-patiënt, opgenomen in één van de bovengenoemde ziekenhuizen, binnen 5 dagen (gerekend vanaf het tijdstip van opname) naar een vervolginstelling wordt overgeplaatst. Deze regeling betreft zowel patiënten voor wie revalidatie en terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is, als patiënten voor wie chronische, institutionele zorgverlening nodig is. Uitgesloten van deze regeling zijn de CVA-patiënten met al of niet pre-existente ernstige psychogeriatrische problematiek en terminale patiënten. Een reden om niet over te plaatsen is het bestaan van een medische indicatie zoals een pneumonie. Voor patiënten met een bloedig infarct is vaak wat langere tijd nodig.
- Om de doorstroom te waarborgen, leveren alle vervolginstellingen een inspanningsverplichting tot opname binnen 5 dagen na het tijdstip van opname ziekenhuis.
- Voor ontslag vindt een begeleidingsgesprek plaats van de neuroloog met de patiënt en zijn naasten om de uitkomsten van de diagnostiek en de eerste behandelresultaten te bespreken.

- De verantwoordelijke verpleegkundige functioneert als eerste aanspreekpunt.
- Als de patiënt naar huis gaat wordt zo nodig thuiszorg geregeld, en altijd aangemeld voor RSS nazorg.
- De ziekenhuizen zorgen voor onverwijld heropname van CVA-patiënten, voor wie dit medisch gezien noodzakelijk en wenselijk is. Daarnaast vervullen verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten/physician assistants en medisch specialisten van de ziekenhuizen op verzoek een consultatiefunctie gedurende de periode waarin betrokken patiënten verblijven in verpleeghuis of thuis.
- Elke patiënt met een CVA of TIA wordt aangemeld voor RSS nazorg, ongeacht de mate beperkingen van de patiënt (dus ook de patiënten waarvan het lijkt of ze volledig zijn hersteld!).

Vanuit het verpleeghuis (VSU)

- De VSU neemt de patiënt binnen 24 uur na aanmelding van het ziekenhuis op de revalidatie-unit op.
- De revalidatie is er op gericht de patiënt op zodanig functioneringsniveau te brengen dat hij/zij weer terug kan naar de oorspronkelijke woonomgeving. Een voorlopige ontslagdatum bepaalt het multidisciplinaire team in de eerste week van opname.

- Na ongeveer 1 maand is er een voorlopige uitspraak of dit haalbaar is of niet.
- Er wordt naar gestreefd de patiënt binnen 3 maanden te ontslaan vanaf de stroke unit verpleeghuis (VSU).
- Elke patiënt heeft een dag/week programma met daarop alle activiteiten.
- De VSU streeft een therapeutisch revalidatieklimaat na.
- Bij overlijden van een patiënt tijdens de revalidatie stelt de VSU de verwijzer (neuroloog in het ziekenhuis) op de hoogte van het overlijden.

Overdracht

Er zijn concrete afspraken over inhoud en tijdigheid van overdrachtsinformatie t.a.v. CVA-patiënten tussen ketenpartners onderling. Het ziekenhuis heeft hierover concrete afspraken gemaakt met het verpleeghuis, de thuiszorg en het revalidatiecentrum; het verpleeghuis en revalidatiecentrum met de thuiszorg;

In de medisch overdracht staat in ieder geval vermeld:

- voorgeschiedenis
- aard van de beroerte / medische diagnose
- lokalisatie
- risicofactoren

- secundaire profylaxe
- medicatie
- welke neurologische uitval de patiënt nog heeft / mate van beperkingen
- registratie van complicaties (zoals o.a. urineweginfecties, pneumonie)
- waar de patiënt naar toe gaat
- eventuele vervolgafspraken
- eventueel aanvullend onderzoek wat is gedaan of nog open staat
- uitslagen van onderzoek
- contactpersoon in ziekenhuis (arts)

In de verpleegkundige overdracht staat in ieder geval vermeld:

- voorgeschiedenis
- medische diagnose
- de zorgvragen de patiënt, op de volgende gebieden:
 - o somatisch
 - o communicatie
 - o ADL
 - o maatschappelijk
 - o mobiliteit
 - o middelen & Maatregelen
 - o psychisch

- o leven van alledag
- de bij de behandeling betrokken disciplines
- contactadressen en telefoonnummers
- medicatie (ook wijze van inname, afspraken met apotheek)
- complicaties (o.a. huiddefecten / decubitus)

In de paramedische overdracht staat in ieder geval vermeld:

- medische diagnose
- bevindingen paramedisch onderzoek
- functioneren voorheen
- sociale gegevens
- interventie
- therapieverloop
- status praesens bij ontslag

De overdrachten worden gezamenlijk verzonden. Bij voorkeur zijn deze één werkdag voorafgaand aan de overplaatsing ter plekke. Anders gaan deze direct met de patiënt mee naar de vervolginstelling of worden ze direct na ontslag naar de huisarts / thuiszorg / 1^e lijns paramedici verzonden. **Elke multidisciplinair teamlid heeft de professionele verantwoordelijkheid voor een tijdige, volledige en juiste overdracht!**

Rotterdam Stroke Service
Nieuwe binnenweg 29
3014 GB Rotterdam
T +31 (0) 6 25 18 08 29

bianca.buijck@rotterdamstrokeservice.nl
www.rotterdamstrokeservice.nl

Hoofdstuk 6: Nazorg

Onder nazorg wordt de zorg verstaan die gegeven wordt als klinische ziekenhuiszorg en revalidatiezorg niet (meer) nodig is. De zorg omvat de volgende aspecten:

- Voorlichting en informatie verstrekken
- Secundaire preventie
 - o Dit bestaat uit medicamenteuze preventie en leefstijl adviezen. Gespecialiseerde CVA verpleegkundigen geven deze zorg.
- Poliklinische revalidatie of eerstelijnsrevalidatie
- Huishoudelijke en verpleegkundige hulp aan huis
- Begeleiding bij problematiek
- Verwijzing naar het CVA eerstelijnsnetwerk en nuldelijn

Het uitgangspunt bij nazorg is dat deze wordt geleverd door de instelling van waaruit de patiënt het laatst is ontslagen, en/of door professionals van het CVA eerstelijnsnetwerk. Als een instelling delen van de zorg (b.v. secundaire preventie) niet kan leveren, verwijzen ze door of terug.

Elke patiënt wordt door het ziekenhuis en de vervolginstellingen aangemeld voor de RSS CVA nazorg. Deze nazorg bestaat uit het twee jaar opvolgen van de patiënt door een CVA nazorg verpleegkundige. De wijze waarop de instelling de patiënt bij de CVA nazorg verpleegkundige van de RSS aanmeld, is bepaald in overleg met de desbetreffende instelling.

Voorlichting en informatie

De CVA verpleegkundige bespreekt nogmaals de aard en de oorzaak van het CVA, prognose, en maatschappelijke consequenties (b.v. autorijden). Hiernaast is aandacht voor belevingsaspecten,

Secundaire preventie

Deze bestaat uit:

- monitoren van het gebruik van plaatjesremmers of coumarine-derivaten
- monitoren en behandelen van verhoogde bloeddruk
- monitoren en behandelen van diabetes mellitus
- monitoren en behandelen van verhoogd cholesterol
- inventariseren van met leefstijl samenhangende risicofactoren, en hierin adviseren/begeleiden.

De behandeling is gebaseerd op de eerder genoemde richtlijnen.

Minstens één maal, 4 tot 6 weken na het CVA, wordt met de patiënt de bovengenoemde puntenlijst doorgenomen, door een arts, dan wel stroke care verpleegkundige. Deze adviezen zijn op schrift gesteld en aan de patiënt meegegeven, alsmede toegezonden aan de behandelend neuroloog, en indien van toepassing aan specialist ouderengeneeskunde, revalidatiearts en huisarts, en andere vasculaire specialisten.

Iedere ketenpartner draagt er zorg voor dat de patiënt de secundaire profylaxe, die door de neuroloog is ingesteld, blijft gebruiken, tenzij de huisarts anders beslist. Het is de taak van de neuroloog om de secundaire profylaxe in te stellen en te zorgen voor een adequate overdracht. Hiervoor verwezen we naar de richtlijn beroerte 2007. Voor indicatiestelling, bijwerkingen en rationale verwijzen we naar de betreffende richtlijnen. De voorkeursmedicatie is gekozen op grond van werkzaamheid en kosten, en streven naar eenvoud en uniformiteit.

Voorbeelden van medicatie na herseninfarct:

Franciscus Gasthuis:

Clopidogrel oplaad 300mg als de patiënt niets gebruikt en daarna 1 dd 75 mg.

Als de patiënt al bloedverduuners gebruikt direct 1 dd 75 mg zonder oplaad.

Als de patiënt orale anticoagulantia gebruikt, deze voortzetten, inclusief de DOAC's.

Als er atrium fibrillatie is, is er een indicatie voor de conventionele OAC of een DOAC.

Verder voorschrijven van medicatie om het cholesterol te verlagen:

Eerste keus is simvastatine 1 dd 40mg alsmede dieet adviezen en erna wordt het cholesterol en de LDL gecontroleerd en de medicatie bijgesteld.

Ook een antihypertensivum; perindopril of een andere ace remmer eventueel in combinatie met een diureticum. Daarnaast de bloeddruk controleren en eventueel de medicatie bijstellen.

SFVG ziet de patiënt 1 maal en zo nodig vaker terug op de poli voor het instellen van de medicatie en om knelpunten te signaleren, bijvoorbeeld cognitieve stoornissen.

ErasmusMC:

Opladen met 300mg clopidogrel, en de dag erna 1dd 75 mg clopidogrel

Statines

Simvastine 1dd 40mg of atorvastatine 1dd 40mg

Bloeddruk verlagend

1e stap: Hydrochloorthiazide 12,5

2e stap: Enalapril 2dd 5–20 of Perindopril 1dd 2–8 mg

3e stap: Amlodipine 10

Poliklinische revalidatie

De rechtstreeks vanuit het ziekenhuis naar huis ontslagen CVA-patiënten worden in het kader van eventuele vervolgrevalidatie op één van de poliklinieken van de revalidatieafdelingen van de ziekenhuizen of van Rijndam Revalidatie ter beoordeling door een revalidatie arts gezien.

De instellingen hebben onderling concrete afspraken gemaakt over informatievoorziening en begeleiding van CVA-patiënten en mantelzorgers.

Hoofdstuk 8: Registratie

Alle deelnemende instellingen binnen de RSS registreren zowel managementinformatie als zorginhoudelijke informatie. Afspraken over sturing op deze resultaten worden gemaakt binnen het Dagelijks Bestuur. De afspraken vinden een vervolg in het jaarplan van de RSS. Jaarlijks presenteert de RSS de resultaten en acties in het jaarverslag.

Hoofdstuk 9: kwaliteitsborging

Binnen de RSS is sprake van toetsing van elkaars werkzaamheden (auditing) met als doel kwaliteitsbevordering. Participanten nemen deel aan onderlinge, tweejaarlijkse ketenaudits. Daarnaast is er 1x in de drie jaar een ketenvisitatie door Kennis Netwerk CVA Nederland (vanaf 2016). Er is binnen de keten ruimte voor gevraagd en ongevraagd advies. Hierbij gaan we uit van de kwaliteitscriteria zoals deze zijn opgesteld binnen de RSS.

Professionals die werken in een RSS instelling krijgen de gelegenheid om door de RSS georganiseerde scholingen en symposia bij te wonen. De instellingen zorgen er voor dat medewerkers voldoende zijn geschoold.