Ketenprotocol

Convenant

CVA-zorgketen Zuid-Holland Zuid

Deelnemende organisaties:

Albert Schweitzer ziekenhuis
Rijndam Revalidatie
De Hoogstraat Revalidatie
Zorggroep Crabbehoff
Swinhove Groep
Rivas Zorggroep
Zorgwaard
Internos thuiszorg
Aafje thuiszorg
Hersenletsel.nl

1. Inleiding

Mensen met een beroerte krijgen tijdens hun ziekteproces te maken met verschillende zorgaanbieders.
De zorgaanbieders in de regio Zuid-Holland Zuid onderkennen dat zij in toenemende mate afhankelijk van elkaar zijn wat betreft het optimaliseren van hun bedrijfsprocessen. Het verbeteren van de afstemming tussen instellingen moet er toe leiden dat de zorg optimaal bij de vraag van de cliënt aansluit en dat de bedrijfsprocessen efficiënter en effectiever kunnen worden ingericht.

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

- Albert Schweitzer ziekenhuis
- Rijndam Revalidatie
- De Hoogstraat Revalidatie
- Zorggroep Crabbehoff
- Swinhove Groep
- Rivas Zorggroep
- Zorgwaard
- Thuiszorgorganisatie Internos
- Thuisorganisatie Aafje
- Patiëntenvereniging Hersenletsel.nl

Samenwerking met huisartsen en 1e lijn

2. Missie

Zorgaanbieders hebben de maatschappelijke verantwoording op zich genomen om met de publieke en private middelen, die zij tot hun beschikking hebben op een efficiënte en effectieve manier ‘de best mogelijke zorg’ gezamenlijk te organiseren en aan te bieden waarbij de vraag van de cliënt leidend is.

Effectiviteit betekent in dezen dat de zorgaanbieders zich inspannen dat alle CVA-cliënten in de regio Zuid-Holland Zuid tijdens het zorgprogramma zoveel mogelijk gestimuleerd worden in zelfredzaamheid en na het zorgprogramma een zinvol en veilig en leven kunnen leiden, bij voorkeur in hun eigen thuissituatie.

Efficiënt betekent dat het eindresultaat wordt bereikt met de inzet van zo weinig mogelijk middelen.

3. Visie

De cliënt 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 toegankelijke en adequate zorg te organiseren en te verlenen. De cliënt ervaart de aangeboden zorg als een geïntegreerd geheel zonder drempels of schotten tussen de verschillende schakels van de keten.
Binnen de keten wordt door “verleiding” (onderhandelen, overleggen en overtuigen) van zorgpartners een optimale afstemming gevonden tussen de wensen van cliënten, organisaties en maatschappij. In de keten streven we ernaar steeds kritisch af te wegen

of de geboden oplossing wel vanuit de zorg geboden moet worden of dat een andere, niet-zorg oplossing passend is. We laten ons inspireren door het concept Positieve Gezondheid.

De CVA-zorgketen wordt georganiseerd als een keten, waarbij de deelnemende organisaties gezamenlijke ambities en doelen hebben geformuleerd waaraan zij zich conformeren. De participanten onderkennen en erkennen dat de geformuleerde ketenambities en doelen niet te realiseren zijn door één afzonderlijke partner alleen en dat samenwerking daarom noodzakelijk is.

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 cliëntniveau, 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 kaders worden vastgesteld

4. Uitgangspunten

1. De CVA-keten richt zich op de acute-, revalidatie- en chronische/ participatiefase en nazorg.
2. Ketenparticipanten behouden hun autonomie en leveren op basis van ketenafspraken een bijdrage aan de CVA-zorgketen.
3. Door de ketenparticipanten zijn afspraken gemaakt wat betreft het zorgaanbod, de kwaliteit van het zorgaanbod, de toegankelijkheid en de doorstroming van de geboden zorg.
   Bestaande afspraken in de keten:
   - Opnamegarantie stroke-unit ziekenhuis voor nieuwe CVA-patiënten.
   - Tijdens opname is ontslagmanagement in het zorgpad vorm gegeven.
   - Er zijn afspraken over de snelheid van doorplaatsing naar de (GRZ) revalidatie.
   - De uitstroom van het ziekenhuis gaat volgens het stroomschema uitplaatsing.
   - Afspraak over de door- en uitplaatsing van patiënten uit het kliniek van Rijndam Revalidatie en De Hoogstraat Revalidatie naar de deelnemende verpleeghuizen.
   - Instroom garantie voor zorg in de thuissituatie.
4. De aansturing en beheersing van het individuele zorgproces gebeurt op basis van de besluiten in het MDO (Multi Disciplinair Overleg).
5. De Domeinen (ziekenhuiszorg, kortdurende zorg, thuiszorg, langdurige zorg) binnen Rivas en de ketenpartners zijn zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg binnen het eigen onderdeel van de keten.
6. Ieder domein en ketenpartner is mede verantwoordelijk voor het behalen van de ketendoelstellingen.
7. Domeinen en ketenpartners maken de geleverde bijdrage transparant om op

ketenniveau te kunnen sturen.
8. Domeinen en ketenpartners scheppen en onderhouden een klimaat van innovatie.

5. 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. De revalidatie is gericht op het patiëntsysteem, zodat deze wordt voorbereid op het zo zelfstandig mogelijk functioneren in de thuissituatie.
3. Het ketendenken vormt het uitgangspunt. Dit betekent onder meer dat de domeinen en ketenpartners in hun eigen beleid en handelen rekening houden met de gevolgen die dit heeft voor ander ketenpartners, o.a. met het doorgeven van hun activiteiten op CVA/NAH gebied.
4. Professionals in de keten zijn specialisten en passen, op basis van evidence based medicine en best practice voorbeelden, ontwikkelingen op het gebied van CVA-zorg toe.
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 CVA-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 cliënten zorg ontvangen op het juiste moment op de juiste plaats en in de juiste vorm. Voor organisaties geldt dat zij flexibel zijn aan de voordeur en een strak georganiseerd ontslagbeleid hanteren.
3. Continuïteit van zorg tijdens het hele zorgtraject.
   Deelnemende domeinen en ketenpartners zijn er verantwoordelijk voor dat er voldoende professionele capaciteit is om het individuele zorgprogramma te waarborgen.
4. Uniforme en constante zorgkwaliteit gedurende het zorgtraject.
   De kennis (informatie, ervaring, vaardigheden en attitude) van medewerkers en de faciliteiten tussen instellingen zijn van vergelijkbaar niveau.
5. Diversiteit in zorgaanbod.
   Binnen de regio zijn alle zorgvormen beschikbaar en worden zorgvormen ontwikkeld die aansluiten bij de zorgvraag.
6. Flexibele ketencapaciteit.
   Ondanks het fluctuerende cliëntenaanbod zijn zorgaanbieders in staat zorg van dezelfde kwaliteit te blijven bieden.
7. Deelnemende partijen werken samen tot voordeel van de specifieke zorgvraag van cliënten en ontwikkelen indien nodig nieuwe zorgproducten gezamenlijk of in afstemming met de keten. De keten maakt gebruik van de kwaliteitscirkel om zorgprocessen continu te verbeteren.
8. Deelnemende partijen hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het eindresultaat van de CVA zorgketen.
9. De doelstellingen van de CVA zorgketen zijn gebaseerd op de zorgstandaard CVA/TIA

7.

Primair proces

Polikliniek

In principe worden alle patiënten met een TIA door de huisarts verwezen naar de neuroloog. Dit is van belang omdat men vast wil stellen wat de oorzaak van de verschijnselen is geweest. Door het nemen van preventieve maatregelen kan herhaling of erger voorkomen worden.

SEH

Patiënten worden via 112 of de huisarts bij kenmerkende symptomen doorverwezen naar de Spoed Eisende Hulp. Belangrijk is om snel vast te stellen wat de aard en omvang van de beroerte is en welke specifieke factoren bij een patiënt een rol spelen. Eén van de behandelopties is intraveneuze trombolyse of intra arteriële trombectomie en wordt daar waar mogelijk is toegepast. Hierbij is een optimale afstemming tussen huisarts, neuroloog, ambulance en SEH medewerkers, Stroke-Unit en radiologie cruciaal voor een snelle diagnostiek en het starten van de behandeling. Met de ambulancedienst zijn afspraken gemaakt over een A1 vervoer.
Er zijn afspraken over de behandeling van intra arteriële trombectomie met het Albert Schweitzerziekenhuis, die deze behandeling uitvoeren.

Stroke-Unit

Deze afdeling 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 het patiëntsysteem om specifieke aandacht. Een optimale afstemming met relevante disciplines in multidisciplinair verband is daarbij essentieel. Het klinisch (zorg) pad is de leidraad in de multidisciplinaire zorg.

Doorplaatsing

De communicatie over de verwachte beschikbare plaatsen en de doorstroom van CVA-patiënten moet bevorderd worden door afstemming door een transferverpleegkundige met de front-office van vervolginstellingen voor deze patiëntencategorie. Er is een gezamenlijke inspanning om de pieken en dalen in het aanbod van CVA-patiënten zo goed mogelijk op te vangen en te verdelen.

Revalidatie

Revalidatie vindt 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. Er ligt een uitdaging voor de domeinen en ketenpartners producten te (blijven) ontwikkelen die hierop aansluiten. Om recht te doen aan het uitgangspunt dat patiënten zo snel mogelijk in hun eigen omgeving dienen te verblijven, is het van belang dat de achterdeur van intramurale revalidatie optimaal functioneert. Hulpverleners dienen zich daarop te richten.

Medische Specialistische Revalidatie: klinisch

Het revalidatiecentrum heeft naast de lichamelijke revalidatie bijzondere expertise op het gebied van afasie en cognitieve revalidatie. Dit betreft zowel volwassenen (inclusief arbeidsrevalidatie voor volwassenen met NAH problematiek) als kinderen en jongeren. De beperkte opnamecapaciteit en de grote adherentie zorgen voor een strikt selectiebeleid met opnamecriteria door de revalidatiearts. Een eventuele snelle

overplaatsing van en naar de GRZ revalidatie in de keten kan daar bij ondersteunen.

Medische Specialistische Revalidatie: poliklinisch
Indien een patiëntensysteem veilig in de thuissituatie kan functioneren en revalidatie nog gewenst is gebeurt dit op de poliklinische revalidatie. Indien meerdere disciplines in de revalidatiefase bemoeienis hebben met het patiëntensysteem dan is een regiefunctie vereist. Bij poliklinische revalidatie is deze functie weggelegd voor de revalidatiearts. Omdat de thuissituatie een belangrijk aspect is in de dagbehandeling, is er relatief vroeg aandacht voor de verborgen gevolgen van het CVA.

Geriatrische revalidatie
Bij de triage (MDO in het ziekenhuis) wordt een inschatting gemaakt van de leerbaarheid, de motivatie en de belastbaarheid van de patient.
Om in aanmerking te komen voor geriatrische revalidatie is de inschatting dat de cliënt binnen 3 tot 6 maanden weer thuis kan zijn. Een specialist ouderengeneeskunde is beschikbaar om bij twijfel te triëren. Uitgangspunt is dat patiënten zoveel als mogelijk de kans krijgen om te revalideren.
De geriatrische revalidatie richt zich op de patiënt en diens systeem en vindt plaats op zowel het lichamelijke, psychische als sociale domein. Er wordt aandacht besteed aan wat het voor het patient/systeem betekent om een CVA door te maken.

Langdurige verpleeghuiszorg
Wanneer op grond van de aanwezige informatie (inclusief de informatie over het functioneren thuis voor het CVA) duidelijk is dat revalideren met als doel naar huis gaan niet haalbaar is, volgt instroom in de langdurige verpleeghuiszorg. De nadruk ligt hierbij op welzijn, wonen en persoonsgerichte zorg waarbij een status-quo is bereikt en aandacht wordt besteed aan het behouden van functies en/of het vergroten van de belastbaarheid.

Dagbesteding
In aansluiting van intramurale revalidatie is er dagbesteding beschikbaar met medewerkers die kennis hebben van en ervaring met de gevolgen van een CVA. Dagbesteding is aan de orde wanneer zowel de ontlasting van de mantelzorger als het integreren van het geleerde in de praktijk aandacht behoeft.
De diverse front-offices van de verpleeghuizen ondersteunen bij het aanvragen van een indicatie.

Chronische fase
Juist in de thuissituatie of aansluitend aan de revalidatiefase worden de verborgen gevolgen van het CVA vaak pas zichtbaar. Doordat de fysieke beperkingen op de voorgrond hebben gestaan en de patiënt(systeem) nog niet onafhankelijk heeft hoeven functioneren, zijn ze vaak niet herkend. Op het moment dat het patiëntsysteem op zichzelf is aangewezen worden eventuele cognitieve, gedrags- en/of emotionele problemen zichtbaar. Als keten zetten we ons in om patiënten ook in de chronische fase te ondersteunen

1e lijnszorg
Uitgangspunt is patiënten zo snel mogelijk weer in de thuissituatie te laten functioneren.

De uitdaging van de 1e lijn is om het zorgaanbod daar optimaal bij aan te laten sluiten. Juist in de thuissituatie worden de effecten van de verborgen gevolgen van het CVA vaak zichtbaar. Het is van belang dat nazorgconsulenten en 1e lijn behandelaars kennis en expertise hebben of ontwikkelen om CVA-patiënten optimaal te begeleiden. Afspraken rondom de CVA nazorg zijn vastgelegd in het nazorgprotocol.

8.

Communicatie

Patiëntensysteem

Het herstel van patiënten en de draagkracht van een patiëntensysteem is mede afhankelijk van de onzekerheden die men ervaart. Het informeren van het patiëntensysteem is daarom belangrijk. Dit dient te gebeuren in alle schakels van de keten waarbij afstemming over wie op welk tijdstip informatie verstrekt noodzakelijk is. Jaarlijks wordt het Patiënten Informatie Dossier (PID)/info app beroerte geactualiseerd en verbeterd. Er zijn voorlichtingsfilms gemaakt over de vervolgzorg binnen de revalidatie.

Interdisciplinair

Een goede transmurale samenwerking staat of valt met 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. Het CVA ketenoverleg, met afvaardiging van leidinggevenden van alle ketenpartners, draagt hiertoe bij.

Management

Om de processen te kunnen sturen binnen de CVA-ketenzorg hebben managers en professionals behoefte aan het monitoren van de patiëntengegevens. De database met deze gegevens wordt door de deelnemende instellingen op eenduidige wijze en 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 CVA-ketenzorg te kunnen sturen. Deze gegevens komen op vooraf afgesproken tijdstippen ter beschikking van de stuurgroep en worden gebruikt om beleid op te stellen.
Voor de landelijke registratie in DICA (Dutch Institute for Clinical Auditing) wordt jaarlijks een overzicht gemaakt van een aantal karakteristieken van de CVA behandeling. 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 in de keten is een doorlopend doel binnen het jaarplan CVA-zorgketen Zuid-Holland Zuid.
Bij het scholingsplan worden algemene landelijke ontwikkelingen en de beroepsrichtlijnen gevolgd. De deelnemende organisaties hebben in hun scholingsbudget ruimte gereserveerd voor financiering van ketenscholing. Daarnaast wordt in de regio gezamenlijke deskundigheidsbevordering en symposia georganiseerd voor alle regionale professionals.

10.

Activiteiten

De stuurgroep CVA-zorgketen Zuid-Holland Zuid stelt een plan op waarin concrete

doelen voor het komende jaar benoemd staan op grond van evaluaties. De beleidscyclus, voortgangsrapportages en het jaarverslag zijn de instrumenten om de activiteiten te monitoren.

11. Bestuursmodel

Bestuur Drechtzorg

Binnen Stichting Drechtzorg is de deelnemersraad het hoogste orgaan. Hierin zitten alle bestuurders van de deelnemende organisaties. Het bestuur van stichting Drechtzorg bestaat uit vertegenwoordigers van de sectoren uit de deelnemende organisaties. Het bestuur is verantwoordelijk voor de aansturing van alle activiteiten van stichting Drechtzorg. Er is een bureau dat de afgesproken ketens, projecten en activiteiten uitvoert. Eén van de activiteiten is de CVA-zorgketen. De uitvoering van de CVA-zorgketen vindt plaats door het bureau Drechtzorg waar de manager ketenzorg en de coördinator CVA-zorgketen stichting Drechtzorg werkzaam zijn. Op het moment dat de geplande resultaten of deelresultaten van de CVA-zorgketen gerealiseerd zijn, wordt de verantwoordelijkheid voor de borging van deze resultaten ondergebracht bij één of meer deelnemers. Op dat moment kan ook het bestuursmodel wijzigen.

Stuurgroep CVA

De leden van de stuurgroep bekleden een sleutelfunctie in de CVA-zorgketen. Alle sectoren/domeinen uit de keten zijn in de stuurgroep vertegenwoordigd. De patiënten vertegenwoordiging is geborgd door afvaardiging in de stuur- en werkgroepen vanuit Hersenletsel.nl. De stuurgroep ontwikkelt beleid voor het ketenproces en zet aan tot verbeteringen en vernieuwingen. Ook maakt de stuurgroep de vertaalslag van evidence-based en best practice voorbeelden naar de praktijk. Voor verbetertrajecten en innovaties worden indien nodig werkgroepen aangesteld.

De stuurgroep overlegt 3x per jaar waarvan 1x met medici.

	Datum	**Onderwerpen**	**Deelnemers**
	Maandelijks	**Schriftelijk (per mail);** Maandcijfers volgens opgesteld sjabloon	Stuurgroep
	April/juli/okt	**Schriftelijk (per mail);** Voortgang jaarplan Kwartaalcijfers	Stuurgroep
1	Febr/mrt	Cijfers voorgaand jaar (jaardocument) Patiëntgebonden onderwerpen • voorlichting • klachten/fouten	Stuurgroep
2	Aug/sept	Voortgang jaarplan lopend jaar Opstellen jaarplan komend jaar • landelijke ontwikkelingen • uit zelfevaluatie / visitatie • verbeterplannen • eigen ambitie Begroting komend jaar Evaluatie documenten/afspraken • ketenprotocol	Stuurgroep

3	Okt/nov	Jaarplan komend jaar Informeren activiteiten in de CVA keten Afspraken medisch beleid	Stuurgroep met medici

De taken en verantwoordelijkheden van de stuurgroep CVA zijn o.a.:

- evaluatie van ketenafspraken, doelstellingen en resultaten
- opstellen en bewaken van de voortgang jaarplan
- het bevorderen van (multidisciplinaire) organisatie-overstijgende samenwerking
- het bewaken van het doel en het werkgebied van de keten
- vaststellen van in- en uittredende partners in de keten
- het doen van voorstellen t.a.v. noodzakelijke capaciteit, bijvoorbeeld voor revalidatie van CVA-patiënten
- zorgdragen voor continuïteit (deelnemers) van het CVA-ketenoverleg
- accorderen van voorstellen uit het CVA ketenoverleg, bijvoorbeeld:
    - ketenbrede innovatie
    - ketenbrede scholing
    - jaarplan
    - protocollen
    - voorlichting

Voorzitter Stuurgroep CVA (manager Drechtzorg)

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. Commitment 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:

- toezien op de uitvoering en ontwikkeling van het jaarplan aan de hand van de beleidscyclus.
- coördineren en ondersteunen op het gebied van kwaliteitszorg, financiën, marketing en informatievoorziening.
- inzicht en overzicht verschaffen.
- op zoek gaan naar kansen voor samenwerking en verbetering van deze samenwerking.
- verantwoording dragen voor het beheer en analyse van de database.

Secretariële ondersteuning

De CVA-zorgketen wordt met +/- 0,08 FTE secretaresse ondersteund. Zij is verantwoordelijk voor het notuleren, bewaken van actiepunten, het beheren van de agenda en het maken van afspraken. Eén week voor de vergadering ontvangt iedereen de agendastukken.

CVA ketencoördinator

Om een CVA-zorgketen goed te laten functioneren is coördinatie nodig. Zonder coördinatie verdwijnt namelijk het zicht op de keten, worden verstoringen niet goed

meer opgemerkt en loopt de keten het risico op fragmentatie. De coördinator is binnen een regionale keten verantwoordelijk voor de aansturing op zowel operationeel, tactisch als strategisch niveau. Op tactisch niveau onderhoudt de coördinator contacten met de ketenpartners en is (mede) verantwoordelijk voor het proces van monitoring van de prestaties en kwaliteit van de zorgketen. De coördinator speelt een rol in het voorbereiden van het strategisch overleg én is het centrale aanspreekpunt naar de bestuurders. De coördinator is tevens een belangrijke succesfactor in de verdere ontwikkeling van de zorgketen, de patiëntenzorg en het aanleveren van verschillende gegevens.

Taken van de coördinator zijn:

- nakomen en borgen van gemaakte afspraken op operationeel en tactisch niveau.
- agenderen van nieuwe ontwikkelingen in diverse overleggen in de regionale keten.
- zorgketen breed stimuleren en monitoren van de kwaliteit van medewerkers.
- formuleren van verbetervoorstellen ter bespreking met de ketenpartners.
- organiseren van overleggen op strategisch en tactisch niveau.
- bijdragen aan een juiste en volledige verzameling van de meetgegevens.
- opstellen van een rapportage van de prestatie-indicatoren die voortkomt uit de registratie.
- bijhouden van de deelnemers en contactgegevens in de regionale keten.
- signaleren en agenderen van knelpunten in de regionale keten en keten-overstijgende knelpunten in het landelijk Kennisnetwerk CVA NL.

12. Landelijke relaties

Kennisnetwerk CVA NL

De Stichting Kennisnetwerk CVA is in september 2006 gestart met het doel landelijk de verdere verbetering van de zorg voor CVA-patiënten te stimuleren.
Het Kennisnetwerk CVA Nederland wil de missie “het verbeteren van de afstemming, samenwerking én inhoud van de multidisciplinaire transmurale zorg in de regionale CVA/NAH zorgketens” realiseren door:

- Het landelijk agenderen van thema’s ter verbetering van regionale CVA/NAH zorg
- Het verzamelen en delen van up-to-date kennis over de samenwerking en inhoud van de CVA/NAH zorg, ten behoeve van de regionale netwerken
- Het ondersteunen van de samenwerking en afstemming in de regionale netwerken
- Het stimuleren en ondersteunen van verbeteracties in de regionale netwerken

De CVA-zorgketen Zuid-Holland Zuid is lid van het Kennisnetwerk CVA NL.

Regionale relaties

Naast de partners in de keten zijn er samenwerkingsverbanden met als doel de zorg voor de patient en mantelzorgers te verbeteren.
Steunpunt KOEL: zij verbinden partijen binnen en met de eerste lijn en organiseren en borgen de onderlinge samenwerking.
Huisartsen: afvaardiging van de zorggroepen binnen het werkgebied van de CVA keten.

Gemeenten en verzekeraars: er is een nauwe samenwerking met Stichting Drechtzorg. CZ en VGZ zijn adviserend lid.

13. Signalering

Het ketendenken is geen automatisme. Daarom is goede signalering belangrijk. In eerste instantie is iedere betrokken organisatie verantwoordelijk voor het eigen deel van de zorgketen. De ketencoördinator CVA-zorg 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.

Aanwezigheid

In *ieder* overleg van de stuurgroep CVA-zorgketen is minstens één vertegenwoordiger van iedere aangesloten organisatie aanwezig. De vertegenwoordiger is inhoudelijk op de hoogte en heeft de verantwoordelijkheid om aan besluiten/afspraken in de eigen organisatie invulling te geven. De CVA ketencoördinator zorgt ervoor dat de vertegenwoordigde sector/domein geïnformeerd wordt over de besluiten/afspraken in de stuurgroep.

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. Voor het melden van klachten moet een laagdrempelige procedure zijn. Door middel van casuïstiekbesprekingen is er een verbetercyclus opgezet. Klachten betreffende de keten worden door de deelnemende organisaties in de Stuurgroep geanonimiseerd besproken.

Financiering

Er wordt jaarlijks een begroting opgesteld voor het laten functioneren van de CVA-zorgketen. De kosten voor overleg en afstemming betreffen voornamelijk de kosten van de tijdsinvestering van de professionals en worden gedragen door de betrokken organisaties.

Het ketenprotocol wordt uiterlijk in 2021 herzien of zoveel eerder op vraag van een of meer ketenpartners.

Dordrecht, mei 2019

Ketenprotocol CVA-zorgketen Zuid-Holland Zuid

ONDERGETEKENDEN

Bestuurders ketenpartners CVA-keten:

Aafje Thuiszorg	De heer R. Simons
Albert Schweitzer ziekenhuis	Mevrouw A.H. Sanderse
De Hoogstraat Revalidatie	De heer J.W. Meijer
Internos Thuiszorg	De heer J. Lamper
Rijndam Revalidatie	De heer G.J. Renzenbrink
Rivas Zorggroep	De heer M. van Roozendaal
Swinhove Groep	Mevrouw L. Bouman
Zorggroep Crabbehoff	De heer J. Groen
Zorgwaard	De heer N.A. de Pijper
Hersenletsel.nl	De heer A. van Dongen

Ondertekening Ketenprotocol CVA-zorgketen Zuid-Holland Zuid

Naam organisatie	
Statutair gevestigd te	
Rechtsgeldig vertegenwoordigd door	
Handtekening	
Datum ondertekening	