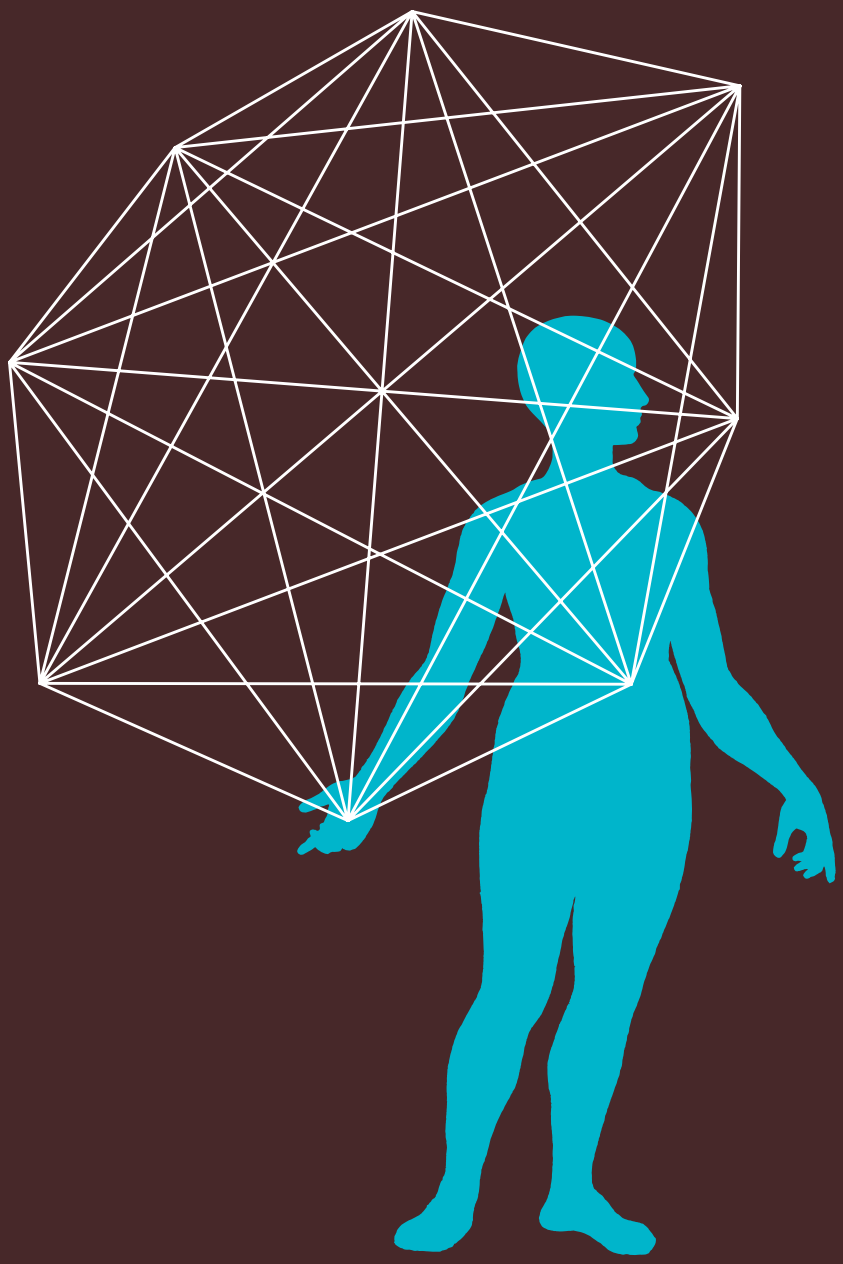


Checklist en tips voor implementatie brochure *Uitbehandeld! Hoezo?*

Een leidraad voor aanbevelingen in de zorg aan mensen met een CVA in de chronische fase

Inleiding

Gedurende de periode september 2012 t/m september 2014 heeft een aantal CVA-zorgketens de aanbevelingen uit de brochure *Uitbehandeld! Hoezo?*, met begeleiding vanuit de werkgroep *Zorg in de chronische fase*, die deze brochure heeft opgesteld, geïmplementeerd. Het betreft de (voorbeeld)ketens Almere, Gouda, Hoogeveen, Leeuwarden en Sittard. Op basis van hun bevindingen en opgedane ervaringen zijn deze checklist en tips opgesteld.

Uit de enquête die medio 2014 is gehouden onder de keten-coördinatoren naar o.a. de implementatie van de aanbevelingen uit de brochure *Uitbehandeld! Hoezo?* gaf een derde (van de in totaal 22 reacties) aan behoefte te hebben aan ondersteuning bij het opstellen van projectplannen. Daarnaast was men in een aantal ketens volop bezig met de implementatie.
Deze tips kunnen naar de mening van de werkgroep Zorg in de chronische fase bruikbaar zijn en dienen als hulpmiddel om eea (verder) te implementeren.

Allereerst wordt een definitie van implementeren gegeven en volgt een beschrijving van de fasen waaruit het implementatie-traject bestaat. Hierop is de rest van het document gebaseerd. Het is belangrijk om onderscheid te maken tussen wat we willen implementeren en hoe we het willen implementeren.
De ervaring met het project leerde dat snel ingezoomd wordt op de inhoud maar dat een grondige analyse van de beginfase vaak ontbreekt. Elke fase van het implementatietraject wordt uitgebreid beschreven met zoveel mogelijk voorbeelden uit de CVA-praktijk.

Vervolgens zijn in een schema voor de verschillende fasen de aandachtspunten opgenomen; welk resultaat of welke actie wordt verwacht, wat is belangrijk in de CVA-zorg in deze fase en welk actie(s) moet(en) worden ondernomen. Dit schema is tevens als checklist te gebruiken.

De kennis en ervaringen van de voorbeeldketens zijn opgenomen in een lijst met adviezen, hindernissen en leerpunten, van belang voor de implementatie. Tevens zijn de namen van de contactpersonen van de voorbeeldketens opgenomen, die jullie kunnen benaderen voor vragen/informatie over dit traject.

Financiering van de zorg in de chronische fase is een belangrijk onderwerp. Dit is voor verschillende ketens, vanwege de gewijzigde wetgeving per 2015 (het wegvallen van de AIV gelden, een financieringsmogelijkheid die per 1 januari 2015 met de overheveling van AWBZ naar Zvw niet meer bestaat) nu al een probleem. Voor de toekomst blijft de inrichting en financiering van de zorg in de deze fase een belangrijk aandachtspunt.

Definitie

Wat is implementeren?

...

"*Een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of verbeteringen in de deelnemende instellingen met als doel dat deze een structurele plaats krijgt in de regionale gezondheidszorg.*" M. Hulscher e.a., 2000. Effectieve Implementatie: theorieën en strategieën, Den Haag, ZonMw

IMPLEMENTEREN KENT VIJF FASEN

1. Oriëntatie
2. Inzicht
3. Acceptatie
4. Verandering
5. Behoud van de verandering

Bij implementatie wordt vaak alleen het procesmatige deel beschreven (het hoe).
Voor goede zorg in de chronische fase is minstens zo belangrijk: wat willen we implementeren (wat is minstens nodig om goede zorg in de chronische fase te kunnen leveren).
De implementatie doorloopt deze fasen, maar ook alle deelnemers aan het verandertraject. Als jij als voorloper en initiator bezig bent de acceptatie (fase 3) te organiseren zullen anderen pas in de orientatiefase (fase 1) zijn. Als bij de laatste groep de borging plaats vindt, ben jij als initiator al weer bezig met een volgend project in de oriëntatie- of inzicht-fase.
Houd er dus rekening mee dat mensen in verschillende fasen van het traject verkeren.

1

De afzonderlijke fasen

Fase 1.

Oriëntatie

...

Juist bij complexe implementatietrajecten als zorg in de chronische fase is dit een belangrijke fase. Je moet zicht hebben op welke onderdelen van deze zorg je (nog) nodig hebt, welke je wilt implementeren en in welke volgorde.
Deze fase krijgt in de meeste implementatieplannen (te) weinig aandacht. Alle andere processen zijn meestal goed omschreven maar de basis is: wat wil je veranderen en waarom. Je kunt alle stadia van de implementatie voorbeeldig doorlopen maar als het eindresultaat is dat je een 'betonnen zwemvest' hebt is dat niet de bedoeling.
Daarom is het in de oriëntatiefase belangrijk om antwoord te krijgen op de volgende vragen:

- Welke onderdelen die minstens nodig zijn voor goede zorg in de chronische fase mis ik nog in onze keten?
- Wat zou ik willen veranderen en wat vinden patiënten en naasten belangrijk (dit kan hetzelfde zijn, maar hoeft niet)?
- Is er binnen mijn regio een noodzaak (maatschappelijk, wet- en regelgeving, veranderde omstandigheden) voor deze verandering?
- Is er binnen mijn regio draagvlak voor de verandering die ik zou willen of die gewenst is?
- Zijn de faciliteiten binnen mijn regio voldoende aanwezig (tijd, geld, menskracht) om de verandering te realiseren?

Als eindproduct van deze fase heb je het kerndoel in zicht.

Fase 2.

Inzicht

...

Je weet nu wat je wilt veranderen. In deze fase volgt de concretisering van wat je wilt implementeren.
Omschrijf het doel SMART.

- Specifiek: maak het doel zo concreet mogelijk. Liever een klein maar erg duidelijk afgebakend doel dan een groot vaag project. Soms is het ook handig om een groot doel in een aantal kleinere subdoelen te omschrijven als tussenstappen naar het einddoel.
- Meetbaar: concreet betekend ook dat je het resultaat van de verandering kunt meten. Dus niet: verbeteren van de registratie, maar: na 1 jaar wordt 50% van de patiënten geregistreerd volgens de nieuwe standaard, na twee jaar is dat 90%.
- Acceptabel: zorg dat je het doel zo kiest en beschrijft dat je achterban en doelgroep het ook accepteert (resultaat van de oriëntatie).
- Realistisch: is het doel haalbaar binnen de tijd gezien de beschikbare middelen.
- Tijdgebonden: noem een eindtijd waarop het doel behaald moet zijn, eventueel met de tussentijden voor de subdoelen.

Fase 3.

Acceptatie

...

Je hebt nu zelf het plan en het doel geaccepteerd, nu moet je de boer op met het plan. Als je achterban het niet accepteert, is het tot mislukken gedoemd.
Bedenk dat er verschillende achterbannen zijn. Zo kan een plan voor de CVA-verpleegkundige uiterst nuttig zijn, terwijl de huisarts er niets in ziet. Denk aan de volgende doelgroepen:

- Patiënt en naaste
- Ziekenhuis (spoedpost, stroke unit, afdeling neurologie en andere afdelingen/specialismen)
- Huisarts
- Praktijkondersteuner Huisarts (POH)
- Revalidatiecentrum
- Verpleeghuis/geriatrische revalidatieafdeling
- CVA-verpleegkundige
- Wijkverpleegkundige/thuiszorg
- 1e lijns zorg (fysiotherapie, logopedie, diëtisten, ergotherapie, etc.)
- Zorgverzekeraar
- Gemeente(n)

Wat levert de innovatie op en zoek uit welke doelgroepen hierbij het meeste belang hebben. Dus richt je niet op alle doelgroepen tegelijk. Als je (veel) geld nodig hebt is het handig om als eerste bij de zorgverzekeraar aan te kloppen. Als die dan niet mee gaat, wordt het een hele klus om de rest mee te krijgen.
Kijk per doelgroep wie daar de koplopers zijn. Je hebt altijd mensen die

- 1. gezag hebben binnen de doelgroep (medisch specialisten, kaderarts ouderenzorg of CVRM)
- 2. in zijn voor veranderingen op CVA-gebied

Als je deze mensen meehebt, volgt de rest (middengroep en achterblijvers) meestal vanzelf. Let er in ieder geval op dat de patiënt en naaste meedenken en in alle gevallen hierbij betrokken zijn.

Fase 4.

Verandering

...

Hier komt de daadwerkelijke verandering. Je richt een projectorganisatie in: stelt een stuurgroep (grote lijnen) samen en werkgroepen die allemaal verantwoordelijk zijn voor een eigen onderdeel van het verandertraject.

TAKEN EN STRUCTUUR VAN DE STUURGROEP

- Grote lijnen bewaken
  - Tijdspad
  - Financiën
  - Werken we nog naar de (sub)doelen toe
- Van elke werkgroep heeft een vertegenwoordiger zitting in stuurgroep
- Vertegenwoordiger van de deelnemende organisaties met beslissingsbevoegdheid (kunnen ook dezelfde zijn als de vertegenwoordiger vanuit de werkgroepen)
- Trekkers en/of voorlopers binnen hun organisatie

TAKEN EN STRUCTUUR VAN DE WERKGROEPEN

- Verantwoordelijk voor een (sub)deel van het verandertraject (ook weer SMART omschreven)
- Mensen met directe kennis van de werkvloer
- Betrokkenheid met het primaire proces
- Opstellen van richtlijnen en protocollen (algemeen: documentatie)
- Bekend maken van de stappen in het veranderingsproces (nieuwsbrieven, informatiebijeenkomsten, scholingen)

Fase 5.

Behoud van verandering

...

Hieronder valt de borging, evaluatie en de feedback. Hiermee maak je de PDCA (Plan-Do-Check-Act) cirkel rond.
Zijn de documenten waarin het nieuwe werken is beschreven bij iedereen bekend, ook bij nieuwe medewerkers die na een half jaar instromen?! (dus regelmatig scholen).
Hoe zorgen we er voor dat eventueel 'oud' gedrag niet meer voorkomt?
Zorg voor de evaluatie en feedback om het proces te verbeteren. Doe dat niet alleen op 1 plek, maar door de hele keten en zorg dat de deelnemende organisaties ook van elkaar leren en hun ervaringen delen.

...

In bijlage 2 is de poster *Implementatie van de brochure Uitbehandeld! Hoezo?* opgenomen. Deze is gepresenteerd op het symposium '*Is de zorg standaard voor de CVA-patiënt?' / d.d. 21 november 2014*.

Fase 1. Oriëntatie

	AANDACHTSPUNT	RESULTAAT/ACTIE (VOORBEELD)	BELANGRIJK VOOR CVA-ZORG IN DE CHRONISCHE FASE	TE ONDERNEMEN ACTIE	GEDAAN (J/N)
1_	KIES EN BENOEM DE DAADWERKELIJK TE BORGEN VERBETERING. WAT WIL IK VERBETEREN TBV DE PATIËNT EN NAASTE?	NEEM EEN ONDERWERP WAT DICHT BIJ JE LIGT	➞ EENDUIDIGE DEFINITIE CHRONISCHE FASE ➞ BEPAAL WIE DE CENTRALE ZORGVERLENER (CZ) WORDT DIE DE ZORG COÖRDINEERT* ➞ BEPAAL VASTE CONTACTMOMENTEN GEDURENDE TWEE JAAR NA THUISKOMST ➞ ZORG VOOR EEN NETWERK VAN DESKUNDIGE HULPVERLENERS EN INTERVENTIEMOGELIJKHEDEN WAARNAAR VERWEZEN KAN WORDEN ➞ ZORG VOOR EENDUIDIGE DOORVERWIJZING NAAR DE CZ ➞ OVERDRACHT NA TWEE JAAR EN TERUGKOPPELING	CHECK BIJ COLLEGA'S OF JIJ DE ENIGE BENT DIE DIT WIL VERANDEREN	
2_	IS ER EEN NOODZAAK VOOR DE VERANDERING?	ONDERZOEK OF ER EEN NOODZAAK IS	➞ WELKE ONDERDELEN VAN KETEN MISSEN ER	➞ MAATSCHAPPELIJK ➞ WET- EN REGELGEVING ➞ VERANDERINGEN IN DE REGIO ➞ ANDERE NOODZAAK	
3_	IS ER DRAAGVLAK?	ZOEK UIT WELKE DOELGROEP ER HET MEEST BAAT BIJ HEEFT	➞ DOE JE HET VOOR DE PATIËNT, DE NAASTE, DE ZORGVERLENER	VELDONDERZOEK NAAR DOELGROEPEN EN KOPLOPERS	
4_	ZIJN DE FACILITEITEN AANWEZIG?		➞ WAT ZIJN DE (ON)MOGELIJKHEDEN VAN ONZE KETEN	➞ IS ER VOLDOENDE MENSKRACHT ➞ IS ER VOLDOENDE GELD ➞ IS ER VOLDOENDE TIJD	
5_	KUN JE HET EINDDOEL FORMULEREN.	SCHRIJF KORT EN KRACHTIG OP WAT JE WILT EN OF HET JE GAAT LUKKEN			

* VOORJAAR 2015 VERSCHIJNT EEN BROCHURE OVER HET BELANG, TAKENPAKKET EN COMPETENTIES VAN DE CENTRALE ZORGVERLENER (CZ)

Fase 2. Inzicht

	AANDACHTSPUNT	RESULTAAT/ACTIE (VOORBEELD)	BELANGRIJK VOOR CVA-ZORG IN DE CHRONISCHE FASE	TE ONDERNEMEN ACTIE	GEDAAN (J/N)
6_	OMSCHRIJF JE DOEL ZO SMART MOGELIJK	SPECIFIEK MEETBAAR ACCEPTABEL REALISTISCH TIJDSGEBONDEN	⇢ HOUD OOK HIERBIJ REKENING MET DE (ON)MOGELIJKHEDEN VAN JE KETEN ⇢ VOOR ALLE DEELNEMERS BINNEN DE KETEN MOET HET SMART ZIJN ⇢ ELK SUBDOEL MOET OOK WEER SMART OMSCHREVEN ZIJN ⇢ OMSCHRIJF HET DOEL ZO CONCREET EN MEETBAAR MOGELIJK	NEEM HIER RUIM DE TIJD VOOR EN CONTROLEER STEEDS WEER OF HET AAN DE EISEN VAN SMART VOLDOET EN OF HET NOG STEEDS JOUW DOEL IS	
7_	JE HEBT JE EINDDOEL IN TERMEN VAN SMART KUNNEN FORMULEREN				

Fase 3. Acceptatie

	AANDACHTSPUNT	RESULTAAT/ACTIE (VOORBEELD)	BELANGRIJK VOOR CVA-ZORG IN DE CHRONISCHE FASE	TE ONDERNEMEN ACTIE	GEDAAN (J/N)
8_	ORGANISEER DE ACCEPTATIE VAN DE VERANDERING IN JE REGIO	DE KOPLOPERS VAN DE BELANGRIJKSTE DOELGROEP(EN) HEB JE MEE IN JE PLAN	⇢ PATIENT EN NAASTE ⇢ ZIEKENHUIS/SPECIALIST(EN) ⇢ HUISARTS ⇢ POH ⇢ REVALIDATIECENTRUM ⇢ VERPLEEGHUIS/GERIATRISCHE REVALIDATIEAFDELING ⇢ CVA-VERPLEEGKUNDIGE ⇢ WIJKVERPLEEGKUNDIGE/THUISZORG ⇢ 1E LIJN ZORG (FYSIO, LOGOPEDIE, ERGOTHERAPIE ETC.) ⇢ ZORGVERZEKERAAR ⇢ GEMEENTE(N)	BEPAAL VAN DE DOELGROEPEN WELKE MEER OF MINDER BAAT HEEFT BIJ DE VERANDERING RICHT JE PIJLEN IN EERSTE INSTANTIE OP DE DOELGROEP/ORGANISATIE DIE ER HET MEESTE BAAT BIJ HEEFT	

Fase 4. Verandering

	AANDACHTSPUNT	RESULTAAT/ACTIE (VOORBEELD)	BELANGRIJK VOOR CVA-ZORG IN DE CHRONISCHE FASE	TE ONDERNEMEN ACTIE	GEDAAN (J/N)
9 _	RICHT EEN PROJECTORGANISATIE IN, HOE KLEIN OOK	→ BENOEM EEN PROJECTLEIDER OF EINDVERANTWOORDELIJKE VOOR DE IMPLEMENTATIE	→ ZORG VOOR IEMAND DIE BOVEN DE PARTIJEN STAAT OF KAN STAAN IEMAND UIT DE KETEN DIE GEZAG EN VERTROUWEN HEEFT OF IEMAND VAN BUITEN DE KETEN	→ ZORG DAT DIE EINDVERANTWOORDELIJKE OOK DE RANDVOORWAARDEN HEEFT OM HET EINDDOEL TE HALEN (WAARONDER VOLDOENDE DRAAGVLAK ONDER DE LEDEN)	
		→ STEL EEN STUURGROEP SAMEN	→ ZORG VOOR EEN GOEDE AFSTEMMING IN DE STUURGROEP - LIEFST ZIJN HIERIN ALLE BIJ HET DOEL BETROKKEN ORGANISATIES VERTEGENWOORDIGD, MAAR WAAK VOOR EEN TE GROTE GROEP.	→ ZOEK MENSEN DIE BELANGRIJK ZIJN VOOR HET DOEL IN DE ORGANISATIES EN DIE BESLISSINGSBEVOEGDHEID HEBBEN	
		→ STEL WERKGROEPEN IN	→ IDEM ALS STUURGROEP - LIEVER EEN WERKGROEP TE VEEL DAN TE GROTE WERKGROEPEN.	→ BETREK MENSEN ERBIJ VAN DE WERKVLOER DIE BETROKKEN ZIJN BIJ HET PRIMAIRE PROCES	
10 _	HOUD DE WERKGROEPEN AAN HET WERK	→ FORMULEER DE MOGELIJKE OPDRACHT ZO CONCREET MOGELIJK → ZORG VOOR DOCUMENTATIE (PROTOCOLLEN, RICHTLIJNEN, STAPPENPLANNEN ETC.) → HOUD DE ACHTERBAN OP DE HOOGTE VAN DE VORDERINGEN (NIEUWSBRIEF, INFORMATIEBIJEENKOMSTEN, SCHOLING, SOCIAL MEDIA)	→ ZORG DAT DE WERKGROEPEN NIET DIRECT DE DIEPTE INGAAN OF ZICH IN DETAILS VERLIEZEN → SCHAKEL DE KETEN IN! GEBRUIK DE AL BESTAANDE STRUCTUREN EN INFORMATIEKANALEN		
11_	ORGANISEER CLIËNTENFEEDBACK EN SPREEK AF: → HOE VIND DE FEEDBACK PLAATS? → WAAR VIND DE FEEDBACK PLAATS? → WIE VOERT DE FEEDBACK UIT OF STUURT DEZ AAN?	→ NEEM DIT BIJ HET BEGIN AL MEE → DOE EEN NULMETING ANDERS KUN JE GEEN VERANDERINGEN METEN → DOE JE HET ZELF OF BESTEED JE UIT?	ZOEK EEN GROEPJE PATIËNTEN EN NAASTEN DIE DIRECT MET DE VERANDERING GECONFRONTEERD WORDEN ZORG DAT JE OOK AL WEET WAT HUN MENING IS OVER DE SITUATIE VOOR DE VERANDERING (NULMETING)		

Fase 5. Behoud van verandering

	AANDACHTSPUNT	RESULTAAT/ACTIE (VOORBEELD)	BELANGRIJK VOOR CVA-ZORG IN DE CHRONISCHE FASE	TE ONDERNEMEN ACTIE	GEDAAN (J/N)
12 _	HOUD DE AANDACHT OP HET THEMA	→ HIER IS HET PROJECT VAN DE VOORBEELDKETENS EEN GOED VOORBEELD VAN → HOUD OOK CONTACT MET DE MENSEN DIE NIET ZO DICHT BIJ HET VUUR ZITTEN → OOK ALS DE IMPLEMENTATIE AL (BIJNA) KLAAR IS: ZORG VOOR 'NAZORG'	→ BLIJF ELKAAR ONTMOETEN OM ERVARINGEN UIT TE WISSELEN → HOUD OOK CONTACT MET ANDERE KETENS IN HET LAND DIE (ONGEVEER) HETZELFDE TRAJECT DOORLOPEN → HEB JE DOCUMENTATIE OP ORDE EN UP-TO-DATE DOOR DE HELE KETEN HEEN	→ WERK PLANMATIG, ORGANISEER ONTMOETINGEN → ZORG DAT ER PERIODIEK AANDACHT AAN WORDT BESTEED → TREK DE AANDACHT (LUDIEK ACTIES) → BENUT BESTAANDE COMMUNICATIEMOGELIJKHEDEN (NIEUWSBRIEF, WEBSITE, TWITTER, FACEBOOK	
13 _	VOORKOM ONGEWENST (OUD) GEDRAG → WAT WILLEN WE WEL? → WAT WILLEN WE NIET MEER EN HOE VOORKOMEN WE DAT?	→ ZIJN ER OUDE PROTOCOLLEN IN OMLOOP? → HEBBEN ANDERE ZORGVERLENERS VANUIT DE HISTORIE NOG EEN ROL DIE VERGELIJKBAAR IS MET DE CENTRALE ZORGVERLENER?			

2

Uitwisseling kennis en ervaringen / vragen

Op basis van de kennis en ervaringen van de voorbeeldketens is een lijst met adviezen, hindernissen en leerpunten samengesteld. Deze is opgenomen in bijlage 1. In deze lijst komen verschillende onderwerpen die genoemd zijn in de checklist aan de orde. Met name onderwerpen genoemd in fase 1. Oriëntatie 'Belangrijk voor de CVA-zorg in de chronische fase'.
Voor meer informatie en vragen kunnen jullie contact opnemen met nevenstaande personen, die betrokken zijn geweest bij de implementatie in de voorbeeldketens.

Daarnaast kunnen jullie vragen etc. plaatsen op het forum van de website van het Kennisnetwerk - www.kennisnetwerkcva.nl

INGRID DEN BESTEN CVA nazorg en ketencoördinator CVA zorgketen Almere
IdBESTEN@flevoziekenhuis.nl

MARION BONNÉ gespecialiseerde verpleegkundige CVRM Meditta, CVA Zorgcircuit Westelijke Mijnstreek
marionbonne@meditta.nl

MARIO PIETERSMA verpleegkundig consulent CVA/NaH en ketencoördinator CVA zorgketen Leeuwarden
Mario.Pietersma@znb.nl

MARJA GORISSEN verpleegkundig specialist CVA/NaH, Zorg-Brug, locatie Groene Hart Ziekenhuis, Gouda
marja.gorissen@ghz.nl

LAURA VAN WERVEN beleidsmedewerker en ketencoördinator CVA netwerk Midden-Holland
Laura.van.Werven@ghz.nl

JAN-WILLEM HOVING verpleegkundig specialist neurologie, Treant Zorggroep, locatie Bethesda (Hoogeveen) en ketencoördinator Stroke service Hoogeveen
hoving.j@bethesda.nl

Bijlage 1.
Adviezen, hindernissen en leerpunten

CENTRALE ZORGVERLENER

ADVIEZEN	HINDERNISSEN EN LEERPUNTEN
➙ WIJKVERPLEEGKUNDIGE ALS CENTRALE ZORGVERLENER ➙ ZORG VOOR DESKUNDIGHEID/STRUCTURELE SCHOLING ➙ TIJDSDUUR PER CONTACT ➙ COÖRDINATIE FUNCTIE WEZENLIJK VOOR COMPLEET BEELD OVER VERSCHILLENDE UITSTROOMVORMEN EN HUN EIGEN VERVOLGSYSTEMATIEK ➙ AFHANKELIJK VAN KEUZES ZORGVERZEKERAAR → KIES VOOR DIE HULPVERLENER DIE MEERDERE KEREN LANGS 'MAG' KOMEN (TOEKOMSTIGE FINANCIERING) ➙ GECOMBINEERDE FUNCTIE	➙ WIJKVERPLEEGKUNDIGE - EN HUISARTS IN TWEEDE TERMIJN CONTACTPOGING ➙ WANNEER POH, WANNEER WIJKVERPLEEGKUNDIGE? ➙ BESCHIKBARE TIJD PER PATIËNT: POH 15-30 MIN. WIJKVERPLEEGKUNDIGE 60 MIN ➙ THUISZORG - ALLEEN INGEZET ALS THUISZORG NODIG IS WORDT GEMELD WIJKVERPLEEGKUNDIGE - THUISZORG WORDT (NOG) NIET GESCHOOLD - POH NEEMT CONTACT OP MET 1STE VERANTWOORDELIJKE THUISZORG ➙ HUISBEZOEKEN KOSTEN VEEL TIJD - DENK ERAAN DE REISTIJD HIERBIJ MEE TE NEMEN ➙ AFNEMEN VAN SIGEB KOST VEEL TIJD

VASTE CONTACTMOMENTEN

ADVIEZEN	HINDERNISSEN EN LEERPUNTEN
➙ ZORG VOOR EEN DUIDELIJKE STRUCTUUR IN CONTACTMOMENTEN VOOR PATIËNT EN HULPVERLENERS ➙ ZORG VOOR DUIDELIJKHEID OVER WAT ZORG IN DE CHRONISCHE FASE IS - VOLG AANBEVELINGEN KENNISNETWERK ➙ LAAT CONTACT NIET TE VRIJBLIJVEND ZIJN	➙ AFWEZIGHEID POH - VERPLICHT AFWEZIGHEID-ASSISTENT BIJ AFWEZIGHEID > TWEE WEKEN - AFSPREKEN WIE DIT DAN OPPAKT

NETWERK VAN DESKUNDIGE HULPVERLENERS

ADVIEZEN	HINDERNISSEN EN LEERPUNTEN
➙ ZORG VOOR EEN GOEDE SOCIALE KAART ➙ ZORG VOOR KORTE LIJNEN MET DESKUNDIGE HULPVERLENERS	➙ HUISARTS VOLGT CVRM - RICHTLIJN OP ➙ HET IS ONDUIDELIJK WIE ER VERANTWOORDELIJK IS VOOR PSYCHOSOCIALE ASPECTEN ➙ ER ZIJN ONDUIDELIJKHEDEN MBT VERANTWOORDELIJKHEDEN ➙ WERKAFSPRAKEN MAKEN MET BV REVALIDATIECENTRA

EENDUIDIGE DOORVERWIJZING NAAR CZ

ADVIEZEN	HINDERNISSEN EN LEERPUNTEN
➙ ZORG VOOR EEN SYSTEEM VAN GESTRUCTUREERDE VERWIJZING	➙ DE TIJDSINVESTERING VOOR DE VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST IS ONDUIDELIJK ➙ EERDERE OVERDRACHT NAAR HA/POH/WIJKVERPLEEGKUNDIGE ➙ DOORVERWIJZING WRINGT DOOR VERSCHILLENDE ORGANISATIES

PATIËNT- NAASTEN PARTICIPATIE

ADVIEZEN	HINDERNISSEN EN LEERPUNTEN
➙ DOE EEN PATIËNT BELEVINGSONDERZOEK OP MEERDERE MOMENTEN ➙ BETREK NAASTE/MANTELZORGERS BIJ HET PROCES ➙ GEEF DE PATIËNT/NAASTE HANDVATTEN VOOR GESPREK MET HUISARTS/POH/WIJKVERPLEEGKUNDIGE (BROCHURE GOEDE ZORG NA CVA/TIA) ➙ GA NA, IN OVERLEG MET DE PATIËNT OF EEN COMBINATIE VAN POLIKLINISCH -/HUISBEZOEK MOGELIJK IS ➙ EERSTE CONTACTMOMENT BELANGRIJK - SOORT EERSTE OPVANG ➙ BLIJF MENSELIJK CONTACT HOUDEN - KIJK PATIËNT AAN	➙ EEN DERDE VAN DE PATIËNTEN WENST GEEN STRUCTUREEL CONTACT ➙ INFORMATIEVOORZIENING RICHTING PATIËNT EN NAASTE BEHOEFT VERBETERING

KENNIS / SCHOLING

ADVIEZEN	HINDERNISSEN EN LEERPUNTEN
➙ ZORG VOOR EIGEN SCHOLING/TRAINING ➙ ZORG VOOR EDUCATIE / TRAINING IN CVA IN DE CHRONISCHE FASE, MET NAME OP HET GEBIED VAN COGNITIEVE/ PSYCHOSOCIALE GEVOLGEN ➙ COMBINEER KENNISOPBOUW OVER CVA MET MS, PARKINSON ➙ DELEN VAN KENNIS ➙ STEL EEN INTERVISIE GROEP IN - WISSEL ERVARINGEN UIT MET ANDERE KETENS	➙ ER MOET SPECIFIEKE KENNIS AANWEZIG ZIJN - NAAST MEDISCHE OOK PSYCHOSOCIALE DESKUNDIGHEID ➙ BORGING IS NOG NIET TE REALISEREN DOOR ONDUIDELIJKHEID OVER FINANCIERING IN DE NABIJE TOEKOMST ➙ DE KENNIS VAN POH IS BEPERKT - IN SCHOLING MOET MEER INFO OVER CVA-ZORG, COGNITIE, GEDRAG: CASUÏSTIEK ➙ ER IS WEINIG GELEGENHEID OM ERVARING TE DELEN

INRICHTEN KETEN

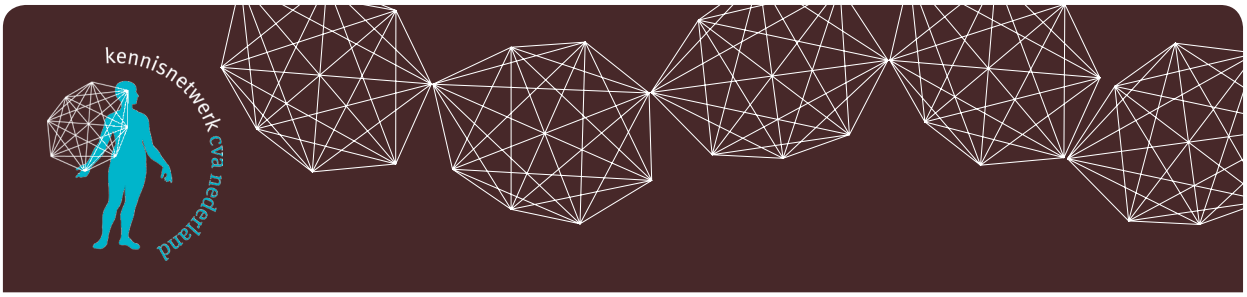
ADVIEZEN	HINDERNISSEN EN LEERPUNTEN
➙ IN BEGIN TRAJECT AL VOORBEREIDINGEN TREFFEN WIE CENTRALE ZORGVERLENER (CZ) IS - OP LANGERE TERMIJN NA TWEE JAAR - FINANCIËLE INVULLING ➙ HEB OOG VOOR DE GEHELE KETEN - KIJK GOED NAAR DE (ON)MOGELIJKHEDEN VAN JE KETEN ➙ ZORG VOOR KORTE LIJNEN ➙ MAAK WERKAFSPRAKEN MET HUISARTS ➙ DE VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST HEEFT IN DE CHRONISCHE FASE MEERWAARDE ➙ BRENG IN KAART WAT ER AL IS - SCHERP VERDER AAN ➙ PRAKTIJK AUDIT - NIET ZOZEER CONTROLE MAAR OOK BEHOEFTE HOREN ➙ LAAT HET AANSPREEKPUNT IN DE EERSTE LIJN AF EN TOE PARTICIPEREN ZODAT DEZE FEELING HOUDT MET DE PRAKTIJK	➙ BIJ KLEINE HUISARTSPRAKTIJKEN IS VAAK TE WEINIG KENNIS DOORDAT ER TE WEINIG CLIËNTEN MET CVA GEZIEN WORDEN ➙ NIET ALLE HUISARTSEN HEBBEN EEN POH-ER ➙ HOE BEREIK JE ALLE WIJKVERPLEEGKUNDIGEN? ➙ HOE KRIJGEN WE KORTE LIJNEN MET HA - NIET ALTIJD ACHTER VERWIJZING - POH ZOU BRUG KUNNEN ZIJN? ➙ PLANNING BELANGRIJK - CVRM PLUS MEER CONTACTMOMENTEN

ANDERS

ADVIEZEN	HINDERNISSEN EN LEERPUNTEN
➙ ELEKTRONISCHE GEGEVENSUITWISSELING (EDIFACT) KAN HELPEN IVM ONDERLINGE COMMUNICATIE ➙ ELKE DRIE A VIER JAAR PROJECT ORGANISATIE - OM WEER ONDER DE AANDACHT TE BRENGEN - ANDERS KANS DAT EEA VERWATERT ➙ ZORG ERVOOR DAT DE MEERWAARDE VAN GESTRUCTUREERDE ZORG IN DE CHRONISCHE FASE DUIDELIJK WORDT ➙ HET IS BELANGRIJK OM CURE EN CARE TE KUNNEN COMBINEREN ➙ ONAFHANKELIJKE GESPREKSPARTNER	➙ ANGST VOOR AFNEMEN VAN DOMEINDELEN ➙ VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST IS NIET GELIJK AAN KETENCOÖRDINATOR ➙ JE HEBT EEN LANGE ADEM NODIG: INNOVATIES KOSTEN VEEL TIJD ➙ TOEKOMSTIGE FINANCIERING IS ONDUIDELIJK ➙ DBC CVRM EN DM KUNNEN NIET SAMEN GAAN

Bijlage 2.

Poster *Implementatie van de brochure Uitbehandeld! Hoezo?*
Symposium Kennisnetwerk CVA Nederland / 21 november 2014



Implementatie van de brochure Uitbehandeld! Hoezo?

Kennisnetwerk CVA Nederland, werkgroep *Zorg in de chronische fase* - *februari 2012*

Wat is implementeren

Een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of verbeteringen in de deelnemende instellingen met als doel dat deze een structurele plaats krijgt in de regionale gezondheidszorg. [1]

De afgelopen twee jaar bleek dat er twee aspecten aan de implementatie van de brochure belangrijk waren:
- **Wat** is noodzakelijk om goede zorg in de chronische fase te hebben.
- **Hoe** implementeer ik de verschillende onderdelen van zorg in de chronische fase.

Waarom moeilijk doen als het samen kan.

loesje

Implementeren kent 5 fasen

1.

Oriëntatie

...

De fase waarin het **wat** wordt bepaald. Voor zorg in de chronische fase gaat het o.a. om:
- Eenduidige definitie *chronische fase* in alle teksten
- Bepaal één centrale zorgverlener (CZ) die de zorg coördineert
- Bepaal vaste contactmomenten gedurende 2 jaar na thuiskomst
- Vorm een netwerk van deskundige hulpverleners waarnaar doorverwezen kan worden [2]
- Eenduidige doorverwijzing naar CZ
- Overdracht na 2 jaar en terugkoppelingsmomenten [3]

2.

Inzicht

...

De concretisering van wat je wilt implementeren.
Maak het S.M.A.R.T
- Kijk naar de (on)mogelijkheden van je keten
- Omschrijf het doel zo concreet en meetbaar mogelijk

3.

Acceptatie

...

Jij hebt nu zelf het doel en het plan geaccepeert. Nu je achterban nog!
Toon de meerwaarde van je plan aan.
Vergeet de PATIENT en mantelzorger niet als achterban!

4.

Verandering

...

Verandering te realiseren.
Stel een projectorganisatie op:
- Stuurgroep (grote lijnen)
- Werkgroepen (op de werkvloer)

Verder:
- Deel kennis!
- Betrek mantelzorgers
- Benoem onduidelijkheden en verantwoordelijkheden
- Heb aandacht voor de angst voor het afnemen van domeinen

5.

Behoud van verandering = *Borging*

...

Niet alleen in je eigen organisatie maar in de hele keten!
- Belangrijk: de financiering in de toekomst

1 Hulscher (2000)
2 Brochure Uitbehandeld! Hoezo? (2012)
3 Enquete behoefte aan ondersteuning (2014)

WERKGROEP ZORG IN DE CHRONISCHE FASE

Jorien van Baal
kaderhuisarts Zorggroep Almere

Silvie Bollars
ketencoördinator CVA keten Oss-Uden Veghel

Jos van Erp
psycholoog, beleidsadviseur, Hartstichting /Hart@Vaatgroep

Elly van Gorp
bestuurslid Hersenletsel.nl

Jozé van Hoppe
thuiszorgcoördinator CVA ketenzorg regio Noord Limburg

Tineke Krikke
voormalig specialist ouderengeneeskunde, CVA ketenzorg Zuid-Kennemerland en onderzoeker (lid tot november 2014)

Mirjam van Loo
revalidatiearts Sophia Revalidatie, Groene Hart Ziekenhuis, Gouda

Joke de Meris
CVA nazorgconsulent, Medisch Centrum Haaglanden Den Haag (voorzitter en lid tot november 2014)

Marthè Moonen
verpleegkundig specialist stroke neurologie, St. Lucas Andreas Ziekenhuis Amsterdam, ketencoördinator stroke service Amsterdam - West (lid vanaf oktober 2014)

Beat Notz
CVA nazorgconsulent, CVA expertise centrum Amsterdam (lid tot november 2014)

Tom Vluggen
fysiotherapeut, onderzoeker chronische en ouderenzorg Maestro, Universiteit Maastricht (lid tot november 2014)

Suus Benjaminsen
programmamanager Kennisnetwerk CVA Nederland

Bij de ontwikkeling van deze brochure en het begeleidingstraject van de voorbeeldketens was ook dhr. Wim Klein Nagelvoort, manager van de ROS (Regionale Ondersteuningsstructuur) Almere betrokken.

kennisnetwerk cva nederland

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

Tekst
Werkgroep Zorg in de chronische fase

Grafisch ontwerp
Ontwerpburo Bertus, Maastricht

© Maastricht, maart 2015

ROSAlmere
regionale ondersteuningsstructuur almere