

Hersenletsel hoe nu verder?

Samenvatting

Model voor de organisatie van zorg in het ziekenhuis rondom de neuropsychologische gevolgen van hersenletsel.

Opdrachtgever: Stichting Hersenletsel Organisaties Nederland (SHON)

drs. J.M. Carlier
drs. G.J.A. Kramer

Utrecht, september 2006

P:/Zorgprocessen/2353/Rapporten/Eindconcept Hersenletsel hoe nu verder, september 2006

Prismant

Prismant is dé zakelijke dienstverlener voor de Nederlandse gezondheidszorg.

Zij beschouwt het als haar opdracht om haar klanten te ondersteunen bij het formuleren, implementeren en evalueren van hun beleid, gericht op verbetering van doeltreffendheid, doelmatigheid en kwaliteit van de zorg.

Vanuit haar betrokkenheid bij de Nederlandse gezondheidszorg wil Prismant toonaangevend zijn in de markt, betrouwbaar zijn als partner en excelleren op het gebied van advies, onderzoek, informatievoorziening en opleiding.

© Stichting Prismant, Utrecht, juni 2006. Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit werk mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Stichting Prismant.

Publicatie van cijfers en/of tekst uit dit werk als toelichting of ondersteuning bij wetenschappelijke artikelen, boeken of scripties, is toegestaan mits daarbij geen sprake is van commerciële doeleinden en voor zover de bron duidelijk wordt vermeld.

® Prismant is een wettig gedeponeerd dienst- en warenmerk.

ZP/2353/rapporten

Uitgever

Prismant
Papendorpseweg 65, 3528 BJ Utrecht
Postbus 85200, 3508 AE Utrecht
Telefoon 030 - 2345 678
Fax 030 - 2345 677
prismant@prismant.nl

Prismant



Antwoord op uw vragen

1. Inleiding

Elk jaar worden ongeveer 100.000 mensen uit het ziekenhuis ontslagen na een vorm van hersenletsel als gevolg van een ongeval, een tumor, een herseninfarct, een hersenbloeding, infecties, tijdelijk zuurstofgebrek, metabole stoornissen, degeneratieve aandoeningen of andere aandoeningen. 90% hiervan gaat na ontslag rechtstreeks naar huis.

Er wordt op het gebied van structuur en werking van de hersenen veel en goed onderzoek verricht. Veel meer mensen blijven in leven onder invloed van snelle en betere diagnostiek, betere operatietechnieken en behandeling. Door sneller ingrijpen, kan hersenletsel ook vaak beperkt worden.

Het wordt echter ook steeds duidelijker dat hersenletsel gepaard gaat met niet direct zichtbare, maar wel vaak blijvende en zeer ingrijpende gevolgen voor de patiënt en zijn omgeving. Uit onderzoek is bekend dat een hoog percentage van patiënten met hersenletsel na enige tijd sociale, emotionele, gedragsmatige en/of cognitieve problemen krijgt, die zijn leven en dat van zijn naasten ernstig kunnen verstoren. Deze niet direct zichtbare gevolgen worden in het ziekenhuis en daarna nauwelijks in kaart gebracht. Er is op dit gebied sprake van onderdiagnostiek. Het gevolg is dat als deze problemen optreden, de koppeling met eerder doorgemaakt hersenletsel lang niet altijd gelegd wordt en een daarbij passend hulpaanbod dan ook niet geboden wordt. Patiënten vinden pas na vele omzwervingen het gewenste hulpaanbod.

Dit is ongewenst, zowel vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg als vanuit kostenoverwegingen.

2. Onderwerp van onderzoek

Dit onderzoek is gericht op de ontwikkeling van een model dat ziekenhuizen kunnen gebruiken voor het vormgeven van een gecoördineerd beleid en organisatie van de zorg, informatievoorziening en begeleiding rondom mensen met hersenletsel in het ziekenhuis en in de overgang naar de thuissituatie. Reden hiervan is dat sociale, emotionele, gedragsmatige en cognitieve problemen vroegtijdig worden onderkend en de patiënt met hersenletsel - en zijn/haar naasten - ook in het vervolg de zorg en begeleiding krijgen die zij nodig hebben om hun veranderde leven weer zo goed mogelijk op te pakken.

3. Doelgroep

De doelgroep voor dit onderzoek bestaat uit mensen met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH). De term Niet Aangeboren Hersenletsel betekent: "Hersenletsel ten gevolge van welke oorzaak dan ook, anders dan rond of vanwege de geboorte ontstaan, dat leidt tot een onomkeerbare breuk in de levenslijn en tot het aangewezen zijn op hulpverlening"(.) Het onderzoek is gericht op NAH-patiënten die vanuit het ziekenhuis worden ontslagen. De ondergrens voor de doelgroep voor dit onderzoek is om verschillende redenen gesteld op 16 jaar. De volgende diagnosegroepen zijn in het onderzoek opgenomen:

- Traumatisch hersenletsel;
- Traumatische Sub Arachnoidale Bloedingen (SAB's);
- Hersentumoren.

4. Onderzoeksopzet

- De landelijke en regionale situatie is in kaart gebracht aan de hand van interviews en literatuur over de structuur van traumacentra;
- Patiëntentrajecten zijn beschreven door middel van interviews met specialisten, verpleegkundigen en managers. De bevindingen zijn regelmatig besproken met professionals en managers uit ziekenhuis en revalidatiecentrum.
- Patiëntenbehoeften zijn in kaart gebracht via interviews met cliënten en literatuuronderzoek;
- Richtlijnen zijn bestudeerd.

5. Projectstructuur

In het Universitair Medisch Centrum werd een team samengesteld met als taak: de uitwerking en toetsing van onderdelen van het onderzoek, de bewaking van de voortgang van het onderzoek en de aansturing van de activiteiten in het ziekenhuis rond het onderzoek. Dit team bestond uit een neurochirurg (voorzitter), een unithoofd, een assistent-neuroloog, twee revalidatieartsen, een neuropsycholoog, een transmuraal verpleegkundige, coördinatoren patiëntenvoorlichting en communicatie en een nurse practitioner oncologie (voor de samenstelling zie bijlage 6). Het unithoofd fungeerde als contactpersoon van het ziekenhuis voor het onderzoek.

De klankbordgroep bestond uit landelijke deskundigen op NAH-gebied, een vertegenwoordiger van de opdrachtgever, de subsidieverstrekker en een zorgverzekeraar, begeleidde het onderzoek. Het onderzoek werd uitgevoerd door twee onderzoekers van Prismant (het projectteam).

6. Resultaten

6.1 Aantal opgenomen patiënten met traumatisch hersenletsel 2004 in alle Nederlandse ziekenhuizen

Soort hersenletsel	Aantal	Aantal	Aantal	Totaal
	0 t/m 15 jaar	16 t/m 24 jaar	25 jaar en ouder	
Traumatisch hersenletsel:				
Commotio (850)	2119	1293	4831	8243
Contusio (851)	400	279	1260	1939
Fracturen (800; 801; 803; 804)*	326	153	842	1321
Intracranieële bloeding (852; 853)	65	47	728	840
Intracranieel letsel (854)	401	201	894	1496
Totaal	3311	1973	8555	13.839

bron: LMR 2004

6.2 Aantal patiënten met schedel-hersenletsel op de SEH

In 2002 vonden er in Nederland 24.000 SEH behandelingen van schedel-hersenletsel plaats. Daarvan werden 11.000 patiënten opgenomen (46%). 54% gaat direct na behandeling op de SEH naar huis. (bron: Letsel Informatie Systeem (LIS), Consument en Veiligheid).

6.3 Afdelingen en specialismen

Zorg en behandeling rond hersenletsel vindt door het hele ziekenhuis plaats, wat vraagt om een netwerk van zorgaanbieders. In het ziekenhuis en de fase daarna zijn meerdere spelers betrokken. Wie de regie voert hoeft niet in elk ziekenhuis hetzelfde te zijn; wel moeten er afspraken over zijn.

De spelers zijn:

- Neurologen en neurochirurgen, -assistenten;
- Traumatologen;
- Intensivisten;
- Revalidatieartsen;
- Neuropsychologen;
- Fysiotherapeuten;
- Verpleegkundigen;
- Nurse practitioners;
- Nazorgverpleegkundigen;
- Ziekenhuis/revalidatiecentrum management;
- Zorgverzekeraars;
- Bureau patiëntenvoorlichting.

6.4 Landelijk kader en regionale situatie

Voor het ontwikkelen van een landelijk bruikbaar model voor het omgaan met de niet zichtbare gevolgen van hersenletsel in het ziekenhuis, is het van belang om de landelijke en regionale situatie onder de loep te nemen. Al voordat patiënten uit de verschillende subdoelgroepen in het ziekenhuis komen, is er sprake van een zekere selectie op ernst van het letsel. Dit is van belang omdat de ernst van het letsel een belangrijke bepalende factor is voor de ernst van de neuropsychologische gevolgen.

Traumacentra

Binnen de traumazorg worden niveau 1 ziekenhuis (ziekenhuis met volledige faciliteiten), niveau 2 ziekenhuis (ziekenhuizen met intermediaire faciliteiten) en niveau 3 ziekenhuis (ziekenhuizen met algemene faciliteiten) onderscheiden. Ambulancepersoneel past op de plaats van een ongeval een triage toe om te bepalen naar welk ziekenhuis de patiënt gebracht moet worden. Een patiënt met ernstig neurotrauma moet naar een niveau 1 ziekenhuis worden gebracht. (Bron: brief d.d. 12 juni 2003 over netwerkafspraken traumazorg Noord-West Nederland). Daarom is de populatie met traumatisch hersenletsel in een niveau 1 ziekenhuis - zoals het Erasmus MC - anders van samenstelling dan die in een niveau 2 of 3 ziekenhuis. Patiënten met traumatisch hersenletsel die niet uit de directe regio komen, worden zo spoedig moge-

lijk getransporteerd naar een ziekenhuis in hun eigen omgeving of komen daar poliklinisch terug. Dit stelt eisen aan de afstemming tussen de centra.

Het algemeen ziekenhuis – niveau 3

Door het ontstaan van traumacentra zullen patiënten met ernstig hersenletsel veelal niet meer in deze ziekenhuizen worden aangeboden. Naast patiënten met traumatisch hersenletsel zullen deze ziekenhuizen wel patiënten krijgen met anoxie, cerebrale infecties, e.d. Bovendien zullen er patiënten komen die in het verleden hersenletsel hebben doorgemaakt en nu passende zorg zoeken.

Stroke services

Patiënten met een CVA zullen in de regel vervoerd worden naar ziekenhuizen met een stroke-unit. In Nederland zijn, volgens de laatste inventarisatie van de Nederlandse Hartstichting in 2003, 69 stroke services operationeel.

6.5 Gespecialiseerde kankercentra

Patiënten met een hersentumor zullen naar ziekenhuizen gaan met een specialisatie in hersenchirurgie. Deze patiënten zullen daarna vaak in hun eigen regionaal ziekenhuis terugkomen.

6.6 Regionale netwerken hersenletsel

In de meeste regio's is een groot en divers aanbod van zorg voor mensen met hersenletsel. Probleem is echter dat dit aanbod slecht op elkaar is afgestemd. Daarom zijn enkele jaren geleden regionale coördinatiepunten NAH opgericht. De coördinator hiervan heeft een consultatieve functie naar de NAH-getroffene en naar de zorgaanbieders in de regio. Deze bemenst een informatiepunt en coördineert de bijeenkomsten van de hersenletselteams. De regionale coördinatoren NAH komen periodiek landelijk bij elkaar.

6.7 Hersenletselteams

Hersenletselteams zijn multidisciplinair samengesteld en bestaan uit deskundigen op het gebied van NAH vanuit verschillende zorgaanbieders. Elk hersenletselregio beschikt over een of meer hersenletselteams. De taak van hersenletselteams is te adviseren bij complexe NAH-problematiek.

6.8 Regionale stuurgroepen hersenletsel

Sinds enkele jaren zijn er in de hersenletselregio's stuurgroepen gevormd waarin het management van zorgaanbieders op het gebied van NAH zijn vertegenwoordigd. De voorzitters van deze stuurgroepen komen periodiek bij elkaar om te komen tot bestuurlijke afstemming. Regio's verschillen sterk in de mate waarin ze erin zijn geslaagd om de zorg

voor NAH in de regio vorm te geven. Het aanbod is vaak nog erg versnipperd. Soms loopt het in één subregio goed maar in andere niet of loopt het op onderdelen goed maar is er nog geen sprake van een totaal samenhangend zorgaanbod. Implementatie van het ontwikkelde zorgprogramma zou hier verandering in kunnen brengen.

6.9 Patiëntenorganisaties

Op het gebied van hersenletsel zijn verschillende patiënten-, belangenorganisaties en ideële stichtingen actief zoals de SHON, Cerebraal, Samen Verder, Vereniging OPS, Epilepsie Vereniging Nederland, Meningitis Vereniging, Afasie Vereniging en Afasie Stichting, Whiplash Stichting, Contusio Cerebri Fonds, Stichting Coma Hospitium. De patiëntenorganisaties op het gebied van hersenletsel hebben zich verenigd in het Landelijk Platform Hersenletsel. Daarnaast zijn er institutionele fondsenwervers en publieksvoorlichters zoals de Hersenstichting Nederland, de Nederlandse Hartstichting en het Revalidatiefonds.

6.10 Richtlijnen

Bruikbaar en toepasselijk voor dit onderzoek zijn het advies van de Commissie Ontwikkeling Richtlijnen Stroke Unit (CORSU), neergelegd in de notitie *Advies opzet stroke unit* en gebaseerd op de *CBO richtlijn beroerte*. Ook de *Richtlijn Revalidatie na een beroerte*, tevens apart uitgewerkt voor fysiotherapeuten (KNGF) en voor ergotherapeuten (NVE), is bruikbaar. En de *Richtlijn cognitieve revalidatie, concept Richtlijn Neuropsychiatrische gevolgen van NAH, de Richtlijn mantelzorg van CVA patiënten* en het Adviesrapport NHS psychosociale zorg bij Hart en vaatziekten 2006 bevatten waardevolle informatie.

7. Model

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt op basis van de behoeften van patiënten en hun naasten, de landelijke en regionale situatie, de bestudeerde patiëntentrajecten in het Erasmus MC en Rijn- dam RC en de richtlijnen, het model geformuleerd in de vorm van *een programma van eisen voor de organisatie van signalering, diagnostiek, behandeling en begeleiding van de niet zichtbare gevolgen van hersenletsel*.

Ziekenhuizen verschillen onderling in vele opzichten. Daarom is het niet mogelijk om een blauwdruk te leveren die alle ziekenhuizen zo in hun organisatie kunnen inpassen. Ziekenhuizen kunnen onderstaande eisen wél gebruiken om hun eigen organisatie op te toetsen en aan te passen.

Eisen	Toelichting
<p>Ziekenhuizen, specialisten, verpleegkundigen en zorgverzekeraars erkennen de niet zichtbare gevolgen van hersenletsel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Het ziekenhuis en de neurochirurgische-neurologische-, revalidatie-arts-assistenten en de verpleegkundigen en paramedici op de afdelingen en poliklinieken erkennen dat neuropsychologische problemen na hersenletsel bestaan naast de medische problemen. In de opleiding wordt aan dit aspect aandacht geschonken.
<p><i>Ziekenhuizen, en Traumacentra in het bijzonder, hebben intern of door afspraken met derden een structuur voor de onderkenning, diagnostiek, behandeling en begeleiding van de niet zichtbare gevolgen van hersenletsel.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patiënten die met traumatisch hersenletsel zijn opgenomen in een traumacentrum hebben neuropsychologische gevolgen tenzij het tegendeel bewezen is. Deze gevolgen moeten adequaat worden gesignaleerd, gediagnosticeerd, behandeld en begeleid. • Traumacentra en medisch specialisten zien de signalering en (het starten met) de diagnostiek, behandeling en begeleiding van de neuropsychologische gevolgen als onderdeel van een goede behandeling. • De relevante deskundigheid is in het ziekenhuis aanwezig • Traumacentra hebben een regionale functie. Traumacentra dienen met de ziekenhuizen in de regio afspraken te maken ten aanzien van de niet zichtbare gevolgen van hersenletsel. • Ook ziekenhuizen zonder traumacentrumfunctie moeten bedacht zijn op niet zichtbare gevolgen van hersenletsel en deze gestructureerd in kaart brengen, behandelen en begeleiden.
<p><i>Ziekenhuizen zónder traumacentrumfunctie hebben afspraken met traumacentra over de patiënten met hersenletsel die verwezen zijn door het traumacentrum</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ziekenhuizen zonder traumacentrumfunctie houden zich aan de afspraken die met het traumacentrum zijn gemaakt en vice versa.

Eisen	Toelichting
<p><i>Niet zichtbare gevolgen worden op effectieve en efficiënte wijze in kaart gebracht. Hierbij wordt gebruik gemaakt van gestandaardiseerde en gevalideerde meetinstrumenten die op afgesproken tijdstippen worden gebruikt</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • De traumacentra hebben reeds afspraken gemaakt hoe de ernst van letsel wordt vastgesteld en welke diagnostiek op welke wijze dient plaats te vinden. Overeenstemming dient te ontstaan over de vraag welke patiënten schriftelijke en mondelinge informatie te krijgen over de mogelijke gevolgen en tenminste eenmaal een nazorggesprek krijgen. Deze werkwijze zou door andere ziekenhuizen met een spoedeisende hulp overgenomen moeten worden. • Uitgangspunt bij opname in het ziekenhuis is dat patiënten daar niet onnodig lang verblijven. Dit is ook het geval voor patiënten met hersenletsel. Er is weinig tijd om de neuropsychologische gevolgen van het letsel te signaleren en te diagnosticeren. Er moet vanaf het moment van opname aandacht zijn voor deze gevolgen. • Er dient sprake te zijn van consensus over het diagnostisch proces waarbij gebruik wordt gemaakt van gevalideerde en gestandaardiseerde meetinstrumenten en een heldere taakverdeling. • Er is overeenstemming tussen de verschillende specialismen, paramedici en verpleegkundigen over de instrumenten die gebruikt worden om de cognitieve, emotionele, sociale en gedragsmatige problemen in kaart te brengen, wie ze afneemt en op welke tijdstippen • De instrumenten zijn zodanig verwerkt in het proces (anamnese, vragenlijsten, observatie lijsten, testen, dossiers, checklists bij gesprekken, MDO) dat ze vanzelfsprekend gebruikt worden, de verzamelde informatie op elkaar aansluit en niet dubbel wordt verzameld. • De behandelend specialist is er verantwoordelijk voor dat deze afspraken er komen. De regie over de uitvoering kan bij een nurse practitioner worden gelegd. De specialist houdt de eindverantwoordelijkheid of draagt de verantwoordelijkheid over aan de revalidatiearts. • Revalidatieartsen houden zelf actief zicht op de opnamen en nemen bij vermoed hersenletsel contact op met betreffende afdeling of ze hebben met de betreffende afdelingen afgesproken in welke gevallen ze in consult geroepen willen worden. • Onderlinge afstemming; Er is regelmatig Multi Disciplinair Overleg (MDO). De functie van het MDO is voor iedereen duidelijk. Het overleg verloopt gestructureerd en patiënten met hersenletsel worden besproken. • Informatie die verzameld wordt door de verschillende professionals tijdens het hele proces wordt opgenomen in een liefst transmuraal zorgdossier dat meegaat met de patiënt.

Eisen	Toelichting
<p><i>Informatie over de cliënt ten behoeve van de nazorg wordt tijdig, doelgericht en efficiënt verzameld en weergegeven</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informatie over de patiënt en zijn support systeem moet op gestructureerde wijze worden verzameld zodat het nazorgtraject eigenlijk al vanaf het begin van opname wordt ingezet. Bij het bepalen van het tijdstip van ontslag en ontslagbestemming wordt niet alleen de lichamelijke conditie maar ook de niet zichtbare gevolgen betrokken. Transferverpleegkundigen kunnen hierin een belangrijke taak vervullen. Zij hebben duidelijk geformuleerd welke informatie ze nodig hebben voor het hele proces van nazorg en indicatie. Deze gewenste informatie wordt verzameld in het voornoemde proces van anamnese, diagnostiek etc. • Omdat het van belang is dat bij niet zichtbare gevolgen de nazorg en begeleiding in de thuissituatie snel start, zorgt de specialist dat de informatie vanuit het ziekenhuis hierover in de vorm van een verwijsbrief aan huisarts en degene die de nazorg uitvoert tijdig wordt verstuurd. In de verwijsbrief wordt altijd vermeld dat er sprake is van hersenletsel, dat daarbij neuropsychologische gevolgen kunnen optreden en waar de patiënt in dat geval terecht kan.
<p><i>Informatie aan de patiënt en zijn naasten wordt op gestructureerde wijze geboden</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • In de ziekenhuisfase is het van belang de steun van de naasten te mobiliseren en te versterken. Het geven van goede voorlichting en begeleiding van de patiënt én zijn naasten is hiervoor van groot belang. • Er is een overzicht van betrouwbare schriftelijk voorlichtingsmateriaal dat gebruikt wordt gedurende het proces. Er is afgesproken wie, wanneer, welke informatie aan de patiënt en zijn naasten geeft.

Eisen	Toelichting
<p><i>De nazorg is zo georganiseerd dat garantie kan worden gegeven dat cliënten met hersenletsel in alle gevallen een nazorggesprek krijgen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patiënten met (vermoed) hersenletsel die bij onderzoek op de SEH geen zichtbare gevolgen lijken te hebben krijgen schriftelijke informatie mee voor het geval zich bepaalde verschijnselen toch voordoen. • De patiënten waarbij in het ziekenhuis geen gevolgen zijn geconstateerd worden tenminste eenmaal opgeroepen op een nazorgpoli of thuis bezocht voor een nazorggesprek. Bij de organisatie van de nazorg heeft een bezoek thuis door een deskundige op het gebied van NAH de voorkeur boven een nazorgpolikliniek. • Alle patiënten waarbij in het ziekenhuis wél gevolgen worden vermoed of zijn geconstateerd, krijgen standaard binnen een af te spreken termijn een oproep voor de polikliniek van een revalidatiearts voor verder onderzoek en begeleiding naar het juiste hulpverleningscircuit. Het ziekenhuis heeft hierover afspraken gemaakt met de eigen revalidatie afdeling of met een revalidatiecentrum in de omgeving. Voorwaarde is dat op deze revalidatie afdeling of in dit revalidatiecentrum expertise aanwezig is op het gebied van cognitieve revalidatie. • Duidelijk is wie verantwoordelijk is voor de nazorg van de patiënt: de specialist, het revalidatiecentrum of de specialist in eerste instantie die de patiënt daarna doorverwijst.
<p><i>Het nazorggesprek is zo opgezet dat duidelijk wordt óf verdere diagnostiek en behandeling en begeleiding nodig is en zo ja welke.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • In deze nazorg wordt gebruik gemaakt van informatie die reeds in het ziekenhuis is verzameld. Daarnaast wordt ter aanvulling gebruik gemaakt van valide en betrouwbare instrumenten. Tevens is de nazorg bedoeld om de cliënt en zijn naasten te informeren over en te begeleiden naar het juiste vervolgaanbod.
<p><i>Degene die het nazorggesprek voert, beschikt over de juiste informatie en kanalen om de cliënt gericht door te verwijzen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Degene die het nazorggesprek voert is deskundig op het gebied van NAH. Hij/zij heeft toegang tot verzamelde informatie ten aanzien van het aanbod voor mensen met hersenletsel in de regio en is op de hoogte van de in- en exclusiecriteria. • Wanneer bij nazorg blijkt dat verdere diagnostiek, hulp of begeleiding nodig is dan wordt de patiënt verwezen naar de revalidatiearts met deskundigheid op het gebied van cognitieve revalidatie voor nadere diagnostiek. • Het verdient aanbeveling om bij het vormgeven van de noodzakelijke signalering, diagnostiek, begeleiding en nazorg van de niet zichtbare gevolgen van hersenletsel te onderzoeken in hoeverre kan worden aangesloten bij of gebruik kan worden gemaakt van (delen van) wat reeds in de stroke service is ontwikkeld. Daarbij kan vooral gedacht worden aan de structuur van het MDO, de nazorgpoli/nazorghuisbezoek en voorlichting.

Eisen	toelichting
<i>Integrale indicatiestelling</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Omdat het bij NAH gaat om een complex van factoren is integrale indicatiestelling nodig. Hierbij zouden alle levensgebieden in samenhang moeten worden gezien (wonen, werken/ tijdsbesteding, zorg, ADL etc). Vanwege de specifieke problematiek zou deze indicatiestelling door terzakekundigen moeten worden gedaan in de thuissituatie. De transferverpleegkundige die de indicatie aanvraagt geeft aan het indicatie orgaan aan dat het een patiënt met hersenletsel betreft en dat indicatie dus op een specifieke wijze dient plaats te vinden.

7.2 Aanbevelingen voor de praktijk

Een model als hiervoor omschreven geeft aan *wat* er moet gebeuren. Vastgesteld moet worden *wie* actie zal moeten ondernemen en wie waarvoor verantwoordelijk is. Het is afhankelijk van de lokale situatie. Hieronder is aangegeven hoe het een en ander zou kunnen worden opgepakt:

- Het Landelijk Platform Hersenletsel en het Nederlands Centrum Hersenletsel inschakelen om op basis van het model aandacht te vragen voor het onderwerp bij de verschillende doelgroepen, d.w.z. bij (verenigingen van) neurologen, neurochirurgen, traumatologen, oncologen, intensivisten, revalidatieartsen, neuropsychologen, neuroverpleegkundigen en zorginhoudelijke adviseurs van de verzekeraars.
- De managers van traumacentra, verenigd in de *Vereniging van traumacentra*, op landelijk niveau moeten vragen het als taak te zien om de onderdiagnostiek van de niet zichtbare gevolgen van hersenletsel tot onderwerp van overleg te maken met de betreffende specialisten en zorgverzekeraars.
- De Vereniging van revalidatieartsen moeten vragen zich te bezinnen over haar functie ten aanzien van de vroege opsporing, diagnostiek en behandeling en verwijzing van de gevolgen van hersenletsel in het ziekenhuis en daarna.
- Het Nederlands Centrum Hersenletsel zou er bij de wetenschappelijke verenigingen op aan moeten dringen dat er een richtlijn wordt ontwikkeld. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars en de wetenschappelijke verenigingen om hier vervolgens een DBC voor op te stellen.
- Elk ziekenhuis zou in een multidisciplinaire werkgroep (bestaande uit neurochirurgen, neurologen, traumatologen, oncologen, cardiologen, internisten, revalidatieartsen, neuropsychologen, verpleegkundigen, nurse practitioners, transmuraal verpleegkundigen) een protocol moeten ontwikkelen waarin de punten zijn geregeld die zijn opgenomen in het onderstaande schema in kolom 1. In kolom 2 wordt hierop een toelichting gegeven vanuit het onderzoek.
De initiatiefnemer kan het beste een specialist zijn, d.w.z. een neurochirurg, neuroloog of revalidatiearts.