

# Stappenplan Zorgprogramma Niet Aangeboren Hersenletsel

Een handreiking voor de implementatie van het zorgprogramma in de regio

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

Utrecht, februari 2005

P:/Zorgprocessen/1345/2005/Stappenplan NAH februari 2005

## **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, februari 2005. Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit werk mag worden verveelvoudigd, 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 gedeponeed dienst- en warenmerk.

### **Uitgever**

Prismant

Papendorpseweg 65, 3528 BJ Utrecht

Postbus 85200, 3508 AE Utrecht

Telefoon 030 - 2345 678

Fax 030 - 2345 677

E-mail [prismant@prismant.nl](mailto:prismant@prismant.nl)

## **Prismant**



**Antwoord op uw vragen**

# Inhoudsopgave

1.	Inleiding	5
1.1	Regionale invoering van landelijke programma	5
1.2	De regio	5
1.3	Deze handreiking	6
2.	Stappenplan	7
Stap 2:	Uitvoeren van een nulmeting met behulp van de Quick scan	8
Stap 3:	Organiseren van een werkconferentie: beoordeling van huidige situatie en aanzet tot regionaal plan van aanpak	9
Stap 4:	Verankering, organisatie en beleid in de regio ten behoeve van de implementatie	10
Stap 5:	Projectmanagement van de deelprojecten	12
Stap 6:	Structurele invoering en periodieke evaluatie	13
3.	Implementatie van het zorgprogramma rondom resultaatgebieden	15
3.1	Vraaggerichte zorg	15
3.2	Beschikbare en toegankelijke zorg	16
3.3	Naadloze zorg	17
3.4	Professionele zorg	18
Bijlage 1	Schatting van het aantal potentiële patiënten met NAH in de regio	21
Bijlage 2	Quick scan Zorgprogramma NAH	23
Bijlage 3	Actieplan systematisch verbeteren	27
Bijlage 4	Vragenlijst voor het in kaart brengen van de beschikbaarheid van de verschillende functies in de regio	29
Bijlage 5	Informatie verzamelen voor een sociale kaart	31
Bijlage 6	Voorbeeld van een zorgprogramma op instellingsniveau of voor een specifiek aanbod	33
Bijlage 7	Tips bij implementatie	35



# 1. Inleiding

## 1.1 Regionale invoering van landelijke programma

Dit stappenplan maakt deel uit van het zorgprogramma voor jongeren met NAH in de thuissituatie "Op hoofdlijnen verbonden". Het is in opdracht van de SHON ontwikkeld. Het zorgprogramma voor jonge mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) biedt een raamwerk voor een passend hulpaanbod aan deze complexe cliëntengroep en hun naasten.

In dit raamwerk kunnen de verschillende aanbieders in een regio hun eigen programma inpassen zodat een zo naadloos mogelijk aanbod voor de doelgroep ontstaat. Het zorgprogramma biedt daarmee een kapstok voor de ontwikkeling en structurering van de NAH zorg.

Een zorgprogramma op zich is niet zonder meer in te voeren. Het is te beschouwen als een naslagwerk.

Deze handreiking bevat praktische informatie voor de regionale invoering van het zorgprogramma. Het omvat de verschillende stappen die van belang zijn bij de invoering. Omdat de regio's verschillen in historie, ontwikkeling en organisatiestructuur kunnen regio's zelf bepalen welke stappen prioriteit hebben bij de implementatie.

Een in Nederland veel gehanteerde definitie van implementatie is:

*Implementatie is een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het individuele (beroepsmatige) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg (Zon, 1997).*

Invoering van een zorgprogramma wil zeggen dat het zorgprogramma regionaal wordt vertaald in en voorzien van procedures, taken en bevoegdheden, samenwerkings- en overdrachtsafspraken, financiering, protocollen/procedures en deskundigheidsontwikkeling.

Het zorgprogramma is ingevoerd als er sprake is van: Vraaggerichte, beschikbare, naadloze, toegankelijke en deskundige zorg voor (jonge) mensen met NAH zoals verwoord in Hoofdstuk 8 van het zorgprogramma en in hoofdstuk 3 van dit stappenplan.

## 1.2 De regio

Wat is een regio als we het hebben over de zorg(ketens) voor jongeren met NAH?

Een regio is in dit verband "een geografische eenheid waarin zorgvragers, zorgaanbieders en financiers het als natuurlijk ervaren om afspraken te maken (RIVM)". In de meeste hersenletsel-regio's is in deze zin sprake van meerdere (sub)regio's. Wanneer in deze handreiking wordt gesproken over de regio, dan wordt daarmee de geografische eenheid bedoeld zoals voorgaand gedefinieerd.

Regio's verschillen sterk in hun ontwikkeling en organisatiestructuur. In sommige regio's is het merendeel van de zorg rondom NAH goed geregeld. In andere regio's bestaat bijvoorbeeld goed informeel overleg maar ontbreekt een organisatiestructuur die zorgt voor een goed en sluitend



aanbod. In weer andere regio's bestaan er veel formele afspraken, maar leven deze niet echt onder de uitvoerende zorgverleners.

### 1.3 Deze handreiking

#### *Voor wie bedoeld*

Dit stappenplan is geschreven voor degene(n) die in de regio de zorg voor mensen met NAH wil(len) veranderen. Soms is dit de regionale coördinator hersenletsel die ook tot taak heeft om beleid voor te bereiden; soms is het de stuurgroep die beleid voorbereidt en uitvoert, en soms is het een aantal professionals dat enthousiast is en zelf de zorg wil verbeteren.

#### *Doelstelling*

De bedoeling van dit stappenplan is om een handreiking te bieden aan de regio's om het zorgprogramma daadwerkelijk in te voeren.

Het zorgprogramma en de implementatie ervan kan in sommige regio's een start zijn om werkelijk een samenhangend hulpaanbod voor de doelgroep te ontwikkelen. In andere regio's is het een doorstart en een impuls om er weer actief mee aan de slag te gaan of om een en ander steviger te verankeren.

#### *Stappenplan voor de regionale invoering van het zorgprogramma*

Er wordt een stapsgewijze aanpak gepresenteerd. Afhankelijk van de situatie in de regio, kan het gehele stappenplan gevolgd worden of zijn slechts onderdelen van belang bij de regionale implementatie. De volgende stappen worden achtereenvolgens uitgewerkt.

- stap 1: In kaart brengen van de uitgangssituatie in de regio;
- stap 2: Uitvoeren van een nulmeting met behulp van de Quick scan;
- stap 3: Organiseren van een werkconferentie: beoordeling van huidige situatie en aanzet tot een regionaal plan van aanpak;
- stap 4: Verankering, organisatie en beleid in de regio ten behoeve van de implementatie;
- stap 5: Projectmanagement;
- stap 6: Structurele invoering en periodieke evaluatie.

#### *Uitwerking Inhoudelijke thema's en aandachtspunten*

Zoals in de inleiding al werd aangegeven is het zorgprogramma ingevoerd als er sprake is van: Vraaggerichte, beschikbare, naadloze, toegankelijke en deskundige kwalitatieve zorg voor (jonge) mensen met NAH zoals verwoord in hoofdstuk 8 van het zorgprogramma. In het laatste hoofdstuk van dit stappenplan worden deze resultaatgebieden uitgewerkt en voorzien van inhoudelijke aanbevelingen voor de regionale implementatie.

#### *Regionale regie*

Verschillende disciplines en instanties zijn van belang voor en betrokken bij de invoering van het zorgprogramma in de regio. Er zullen in het kader van de invoering velerlei acties ondernomen worden: veranderingen doorgevoerd, afspraken en werkwijzen vastgelegd, samenwerking bevorderd, etcetera. Bij dit alles is een regionale regie essentieel en onontbeerlijk.

## 2. Stappenplan

### Stap 1: In kaart brengen van de uitgangssituatie in de regio

Namens de stuurgroep NAH brengt de regionale coördinator hersenletsel of een daartoe aangestelde projectleider de uitgangssituatie in de regio in kaart.

Dit kan het volgende inhouden:

*a. Historie NAH-zorg*

Het is altijd belangrijk om kort de historische context in kaart te brengen omdat dan met ervaringen uit het verleden rekening kan worden gehouden. Deze kunnen samenwerking in de weg staan of juist verbeteren.

*b. Cliëntenraadpleging*

De regionale vertegenwoordiging van de cliënten wordt geraadpleegd, gericht op het inventariseren van de belangrijkste aandachtspunten en knelpunten omtrent de NAH zorg in de regio voor de komende jaren.

*c. Huidige bestuursstructuur*

Is er een stuurgroep en functioneert deze; is er een intentieverklaring en wie zijn daarbij betrokken; wat zijn functie en taken van de regionale coördinator hersenletsel, bijvoorbeeld informatiepunt, beleidsvoorbereidend, beleidsuitvoerend, coördinator voor het hersenletselteam.

*d. Regiovisie*

Bestaat er een regiovisie; in hoeverre en op welke wijze is de NAH-zorg hierin opgenomen?

*e. Motieven en belangen*

Wil samenwerking slagen dan is het nodig dat de deelnemers in de keten zowel een gemeenschappelijk doel en belang hebben, namelijk betere zorg voor (jonge) mensen met NAH, als dat hun eigen belang gediend is met deelname aan een keten. Het is goed om open te zijn over de belangen van de verschillende deelnemers omdat ze anders op een onverwacht moment de voortgang van de samenwerking frustreren. De belangen kunnen in kaart worden gebracht met bijvoorbeeld een krachtenveldanalyse.

*f. Cijfermatig overzicht*

Voor de verschillende aanbieders van zorg is het belangrijk inzicht te hebben in de aantallen (jonge) mensen met NAH die zij kunnen verwachten. In bijlage 1 is een voorbeeld van een kwantitatief overzicht voor een regio opgenomen.



## Stap 2: Uitvoeren van een nulmeting met behulp van de Quick scan

### *Quick scan*

Het implementeren van een zorgprogramma is geen eenvoudige zaak. Hoe zet je het totale beeld dat geschetst wordt om in de praktijk? Waarmee begin je en hoe kunnen prioriteiten worden gesteld?

Om de regionale invoering van het zorgprogramma te ondersteunen is een z.g. quick scan ontwikkeld. Met behulp van de quick scan kan snel een beeld verkregen worden van de stand van zaken op het gebied van NAH zorg en kan vastgesteld worden in hoeverre de huidige situatie voldoet aan het zorgprogramma. Alle elementen uit het zorgprogramma die van belang zijn voor kwalitatieve goede NAH-zorg worden systematisch gecheckt. De quick Scan is te downloaden van de website van Prismant. ([www.prismant.nl](http://www.prismant.nl))

Het algemene gedeelte van de quick scan richt zich met name op de organisatie en samenhang van de zorg in de regio. Daarnaast is een apart deel ontwikkeld, dat gericht is op de zorg en ondersteuning per functie. Uit dit tweede deel kunnen die onderdelen gebruikt worden die in een bepaalde situatie of voor een bepaalde aanbieder relevant zijn. De twee delen kunnen los van elkaar gebruikt worden.

Uit de reacties op de concept quick scan blijkt dat men de quick scan wil gebruiken voor het in kaart brengen van de huidige situatie rond NAH zorg. De scan wordt dan gebruikt als nulmeting bij de planvorming in de regio. Daartoe zijn de voorwaarden soms op vrij specifieke onderdelen uitgewerkt.

Ten tweede ziet men de quick scan als bron van inspiratie en stimulans om voorwaarden voor goede NAH hulpverlening te creëren. Om ook aan de tweede behoefte te kunnen voldoen is er voor gekozen om vooralsnog het aantal vragen in de scan niet in te perken.

De scan kan toegepast worden ten behoeve van het totale regiobeleid, maar kan ook door instellingen of speciale afdelingen van instellingen gebruikt worden.

Na invulling van de vragenlijsten worden, in het verlengde van de beeldvorming van de stand van zaken, knelpunten en lacunes in het huidige NAH aanbod in de regio zichtbaar.

Deze quick scan moet gezien worden als een begin; een eerste poging om de voorwaarden voor een goede hulpverlening aan mensen met NAH op een rij te zetten. Discussie in het land en voortschrijdend inzicht moeten leiden tot een steeds helderder beeld en wellicht een meer compact aantal vragen.

### Stap 3: Organiseren van een werkconferentie: beoordeling van huidige situatie en aanzet tot regionaal plan van aanpak

Een mogelijkheid om in de regio de invoering van het zorgprogramma een brede start te geven is het organiseren van een regionale werkconferentie. Een werkconferentie kan een draagvlak creëren bij de betrokkenen. In de praktijk blijkt dat samenwerking gemakkelijker gaat als de deelnemers ook persoonlijke en informele relaties hebben en niet alleen puur zakelijke. Dit aspect zou in de werkconferentie en de daaropvolgende activiteiten aandacht dienen te krijgen.

#### *Vorbereiding werkconferentie*

- Ter voorbereiding van de werkconferentie kan een kleine kerngroep worden geformeerd die verantwoordelijk is voor de organisatie van de werkconferentie en de verwerking van de uitkomsten. Deze werkwijze vergroot het draagvlak en maakt dat de coördinator hersenletsel of andere organisator er niet alleen voor staat.
- Vaststellen genodigden: naast de cliëntenorganisaties zijn zowel de verantwoordelijken voor beleidsontwikkeling als de professionals die het beleid gaan uitvoeren van belang voor de verdere planvorming in de regio.
- De uitkomsten van een quick scan van de uitgangssituatie in de regio verwerken en als presentatie voorbereiden.

#### *De werkconferentie zelf*

Een werkconferentie zou de volgende agenda kunnen hebben:

- a. Opening door de dagvoorzitter;
- b. Presentatie van de kern van het zorgprogramma;
- c. Presentatie van de uitgangssituatie in de regio in grote lijnen;
- d. Bepaling van de gebieden waaraan in de regio gewerkt zou moeten worden door middel van prioritering;
- e. Opsplitsen in kleine groepen om te werken aan een eerste concrete voorzet voor verbetervoorstellen. Dit kan door de werkwijze van het actieplan systematisch verbeteren te volgen (zie bijlage 3).;
- f. Maken van concrete afspraken.



## Stap 4: Verankering, organisatie en beleid in de regio ten behoeve van de implementatie

### 1. Opstellen van een implementatieplan

Op basis van onder meer de uitkomsten van de werkconferentie kan een implementatieplan NAH ontwikkeld worden met de volgende onderdelen:

- Aanleiding en achtergrond;
- Beschrijving van de uitgangssituatie;
- Sterkte/zwakte analyse: een beoordeling van de verschillende onderdelen en aspecten: wat handhaven, versterken en verbeteren of nieuw ontwikkelen;
- Keuze van speerpunten in de vorm van verbeterprojecten met concrete kans van slagen ;
- Actieplan en verwachte resultaten;
- Uitvoering en contactpersonen;
- Randvoorwaarden;
- Tijdsplanning;
- Communicatieplan om alle deelnemers blijvend te betrekken bij de implementatie van het NAH zorgprogramma in de regio en de deelnemers van de projectgroepen actief te betrekken bij de deelprojecten.

### 2. Organisatie van de implementatie

Werken aan implementatie en verankering vraagt om een (tijdelijke) structuur en om een heldere sturing. In een aantal regio's bestaat deze structuur al; in andere regio's heeft hij bestaan maar bestaat deze niet meer. Onderstaand overzicht kan gebruikt worden als checklist om een bestaande structuur aan te toetsen of een nieuwe structuur op te zetten.

#### *Bestuurlijke inbedding*

Het is van belang om te zorgen voor bestuurlijke inbedding door het implementatieplan te presenteren en te laten accorderen in de regionale stuurgroep.

#### *Samenwerking en besluitvorming*

De samenwerking en het besluitvormingsproces in de regio vormen een belangrijke voorwaarde voor de implementatie. Hierbij is van belang:

- de samenwerking tussen meewerkende partners vast te leggen in een intentieverklaring of convenant;
- de besluitvormingswijze vast te leggen: hoe en door wie;
- door informatie een draagvlak te creëren en te enthousiasmeren.

#### *Regionale werkgroep voor de implementatie*

In aanvulling op een bestuurlijke inbedding kan een regionale werkgroep de praktische voortgang en planning bewaken in overleg met de programma manager (zie 3.)

### 3. Opzetten van het programmamanagement

#### *Benoemen van een programmamanager/coördinator*

Het invoeren van een zorgprogramma vraagt om een planmatige aanpak. Verschillende onderdelen en projecten worden tegelijkertijd of na elkaar uitgevoerd. Daarom is het belangrijk dat iemand het geheel bewaakt en ondersteunt. In sommige regio's zou dit als onderdeel beschouwd kunnen worden van de taak van de coördinator hersenletsel; in andere regio's neemt een hulpverlener deze taak op zich of wordt hier een projectleider van buitenaf voor ingehuurd voor de duur van de invoering. In alle gevallen zal duidelijk moeten zijn welke de taken en bevoegdheden zijn van deze programmamanager/coördinator. De programmamanager legt verantwoording af aan de stuurgroep.

#### *Projectgroepen voor deelprojecten*

Voor de verschillende deelprojecten kunnen projectgroepen worden ingesteld die werken aan oplossingen in de praktijk. Andere deelprojecten kunnen, afhankelijk van de aard en de omvang, aan individuele professionals of organisaties worden toebedeeld.

#### *Indicatoren*

Om de voortgang in het invoeringsproces te houden is sturingsinformatie nodig om te zien of de verschillende onderdelen van het programma op koers liggen. Het is goed om vroegtijdig afspraken te maken met de verschillende projectleiders van de deelprojecten wanneer ze bepaalde informatie dienen aan te leveren.

#### *Logboek*

Het kan handig zijn voor de verschillende projectleiders van de deelprojecten om een logboekje bij te houden waarin zij aan de hand van een aantal items omschrijven wat er in een maand gebeurd is. Dit levert informatie op om het project te evalueren en waar nodig bij te stellen.

#### *Cliënten- en hulpverlenersraadpleging*

Invoering van het zorgprogramma beoogt een verbetering van de zorg vanuit de optiek van de cliënt, het cliëntstelsel en van de hulpverleners.

Het is dan ook van belang om de resultaten te meten aan de hand van een cliënten- en hulpverlenersraadpleging. De betrokkenheid van de cliënten en hulpverleners heeft niet alleen aan het eind van de invoering plaats maar ook bij aanvang en misschien ook tussendoor. Zo is het cyclisch ingebouwd in het ontwikkelproces.

Als vorm kan gekozen worden voor een schriftelijke vragenlijst. In de praktijk blijkt dat het ook heel inspirerend kan werken door de evaluatie te houden in de vorm van een gedachtewisseling in bestaande of speciaal voor dit doel georganiseerde bijeenkomsten van cliënten, cliëntstelsel en hulpverleners.

#### *Terugkoppeling naar de regionale stuurgroep en projectgroepen*

De programmamanager zorgt ervoor dat de stuurgroep de resultaten regelmatig bespreekt zodat de bestuurders betrokken blijven en indien noodzakelijk ook op dat niveau tijdig bijsturen.



## Stap 5: Projectmanagement van de deelprojecten

### *Inleiding*

De invoering van een zorgprogramma kan gezien worden als een programma met daarbinnen projecten. Een deel van de gekozen speerpunten zal apart in de vorm van projecten ontwikkeld moeten worden. Hierbij is van belang dat een concreet plan van aanpak wordt gemaakt en dat zoveel mogelijk projectmatig en cyclisch wordt gewerkt. Daarbij wordt de volgende cyclus gevolgd:

- ontwikkelen
- op kleine schaal uitproberen (pilot);
- evalueren en bijstellen;
- en vervolgens structureel invoeren in de regio.

### *Plan van aanpak*

In het plan van aanpak wordt van te voren duidelijk vastgelegd:

- ie het project uitvoert;
- welke resultaten men wil bereiken;
- op welke doelgroep de ontwikkeling is gericht;
- welke concrete acties worden ondernomen en eventuele fasering daarbij;
- begin en eind termijn van het project;
- specifieke voorwaarden waaraan moet zijn voldaan;
- begroting en financiering van het project;
- verankering en draagvlak van het project;
- communicatieplan over het project.

### *Projectmatig en cyclisch werken*

Een projectaanpak kan planmatig werken stimuleren door:

- een strategie en stappenplan te maken voor de concrete activiteiten;
- hierbij een tijdplan af te spreken;
- de plannen stapsgewijs uit te voeren;
- evaluatiepunten per stap vast te stellen;
- tussentijds te evalueren en zonodig de plannen bij te stellen.

Deze cyclus wordt herhaald tot de doelstelling van het project is bereikt.

## Stap 6: Structurele invoering en periodieke evaluatie

### *Structurele invoering van (onderdelen van) het zorgprogramma*

Implementeren van het zorgprogramma betekent ook verankeren van de nieuwe werkwijze in het regionale beleid, in het beleid van de deelnemende organisaties, in de organisatie van het werk en in de werkwijze van de hulpverleners.

De projecten hebben, als het goed is, geleid tot een samenhangend geheel van nieuwe procedures en protocollen, verdeling van taken en verantwoordelijkheden, samenwerkings- en overdrachtsafspraken en deskundigheidsbevordering bij de hulpverleners.

Om er voor te zorgen dat deze zaken een structureel onderdeel vormen van het regionale zorgaanbod, dient aan twee essentiële voorwaarden te zijn voldaan. Er moet een functionaris of instantie zijn die verantwoordelijk is en verantwoordelijkheid neemt voor het regionale zorgprogramma. Ten tweede moet er sprake zijn van een structurele financiering.

### *Periodieke evaluatie, monitoring en bijsturing*

Geen invoeringsproces is rond zonder evaluatie en bijsturing!

Als het zorgprogramma eenmaal is ingevoerd, dan is het van belang om geregeld te blijven toezien op gemaakte afspraken; regelmatig te evalueren of afgesproken procedures en dergelijke nog lopen zoals ze zouden moeten lopen en te monitoren aan de hand van een aantal indicatoren.

Om achteraf aan te kunnen geven of de doelen gehaald zijn, is het van belang om ze in een vroeg stadium concreet te maken. Deze doelen dienen helder geformuleerd te zijn, haalbaar in de ogen van de betrokkenen en voorzien van enkele criteria waaraan men kan afmeten of de doelen gehaald zijn. Ook moet helder zijn wie gaat meten, wanneer en hoe.

“The proof of the pudding” betreft natuurlijk altijd de concreet inhoudelijk geboden zorg. De beoordeling van het NAH aanbod door cliënten vormt dan ook een onlosmakelijk onderdeel van de periodieke evaluatie.





### 3. Implementatie van het zorgprogramma rondom resultaatgebieden

In dit hoofdstuk zijn per resultaatgebied de aandachtspunten aangegeven zoals deze in het landelijke zorgprogramma zijn vastgesteld. Aan de hand van de resultaatgebieden is aangegeven wat veel ervaren knelpunten daarbij zijn en de mogelijke aanpak om in de regio de oplossing van knelpunten ter hand te nemen. Het gaat hierbij om zorginhoudelijke aanbevelingen die bij verschillende stappen van dit stappenplan van belang kunnen zijn. De resultaatgebieden kunnen (in een volgende fase) gebruikt worden bij het ontwikkelen van indicatoren voor de kwaliteit van de NAH zorg in de regio. Dit laatste valt buiten het kader van dit stappenplan. Om zinvolle indicatoren te kunnen vaststellen is systematisch landelijk onderzoek nodig waarbij consensus wordt bereikt.

#### 3.1 Vraaggerichte zorg

Hierover worden in het zorgprogramma de volgende aandachtspunten geformuleerd.

##### *Aandachtspunten*

- De vraagverduidelijking vindt professioneel en onafhankelijk plaats.
- Vanwege de mogelijke complexiteit en diversiteit in problematiek worden zo nodig meerdere disciplines betrokken bij de vraagverduidelijking.
- Bij de vraagverduidelijking is tevens opgenomen een gedegen onderzoek in de thuissituatie van de cliënt.
- Bij de vraagverduidelijking is aandacht voor de mogelijke vragen van het cliëntsysteem.
- De bepaling van de hulpvraag is niet eenmalig. Er wordt periodiek geëvalueerd of de hulpvragen nog actueel zijn of dat er sprake is van nieuwe of gewijzigde hulpvragen.

##### *Algemeen beeld van knelpunten*

In de praktijk blijken er weinig of geen afspraken te zijn tussen hulpverleners in de regio over vraagverduidelijking (en diagnostiek), wie welke informatie verzamelt en op welke wijze en met welke instrumenten dit gebeurt. Er wordt weinig voortgebouwd op eerder verzamelde informatie en er wordt weinig methodisch omgegaan met regelmatige en terugkerende onderzoeken. De vragenlijsten die worden gebruikt zijn vaak ontwikkeld in de praktijk en niet altijd wetenschappelijk onderbouwd. Hulpverleners ervaren geen directe knelpunten omdat ze de informatie verzamelen die ze zelf denken nodig te hebben. Gevolg is wel dat de cliënt en het cliëntsysteem hun verhaal steeds weer moeten vertellen.

##### *Landelijke ontwikkeling van belang*

Voordat een en ander regionaal kan worden geïmplementeerd is er behoefte aan een landelijke groep van inhoudsdeskundigen die het proces van vraagverduidelijking (en diagnostiek) in kaart brengt. Dat wil zeggen:

- Aan de hand van het hulpverleningsproces bepalen op welke beslissingsmomenten vraagverduidelijking (en diagnostiek) plaatsvindt;
- hierbij per moment vaststellen wat er moet worden onderzocht om een goede beslissing te kunnen nemen over de volgende stap(pen) in het hulpverleningsproces, welke instantie/functionaris nodig is om de informatie adequaat te verzamelen en op welke wijze de informatie verzameld gaat worden (methoden en instrumenten).



### *Hoe kan men hieraan werken in de regio?*

Als er landelijke richtlijnen beschikbaar zijn, dan kunnen deze plaatselijk en regionaal toegepast worden. Voor het zover is kan men regionaal de hierboven beschreven aanpak op onderdelen ter hand nemen.

In de bijlage van het zorgprogramma hebben de onderzoekers een mogelijk verloop van het vraagverduidelijkings- (en diagnostisch) proces weergegeven.

## 3.2 Beschikbare en toegankelijke zorg

Hierover worden in het zorgprogramma de volgende aandachtspunten geformuleerd.

### *Aandachtspunten*

- Alle functies benoemd in het zorgprogramma zijn beschikbaar;
- In elke regio is er een bijgewerkt overzicht van het aanbod voor jonge mensen met NAH neergelegd in een sociale kaart. In de sociale kaart is per aanbieder een contactfunctionaris aangegeven;
- In het verlengde hiervan is vastgesteld welke leemtes er zijn en welke (nieuwe) hulpvormen ontwikkeld moeten worden;
- In elke regio is een informatiepunt waar hulpverleners maar ook cliënten en cliëntsystemen terecht kunnen voor vragen omtrent het aanbod voor mensen met NAH in de regio en landelijk;
- Bij ontslag uit een instelling is er een standaardpakket aan informatie beschikbaar voor de cliënt over het mogelijke (vervolg)aanbod in de regio;
- De cliënten krijgen zonodig begeleiding bij het verkrijgen van het juiste aanbod.

### *Algemeen beeld van knelpunten*

In de praktijk blijken er in de regio's verschillende lacunes te zijn. Er is behoefte aan een grotere toegankelijkheid, vindbaarheid en overzicht van het beschikbare aanbod voor de doelgroep. Er is behoefte aan passende dagbestedingvormen, vrije tijdsbesteding en werksituaties specifiek toegespitst op de doelgroep NAH. Ook zou er ambulante opvoedingsondersteuning dienen te zijn voor ouders met NAH.

### *Hoe kan men hieraan werken in de regio?*

- Zijn alle functies beschikbaar?

Voor de eerste beeldvorming wordt in een overzicht weergegeven of de functies beschikbaar zijn in de regio (zie bijlage 4).

De benodigde capaciteit per functies is afhankelijk van de omvang van de doelgroep in de regio.

- Sociale kaart.

Een sociale kaart kan een belangrijke functie vervullen voor de toegankelijkheid en inzichtelijkheid van het beschikbare aanbod, zowel voor cliënten als hulpverleners.

Met behulp van een eenvoudige vragenlijst kan de informatie voor de invulling van de sociale kaart verzameld worden (zie bijlage 5).

Belangrijk voor een goed werkende sociale kaart zijn:

- een digitale versie;
- een koppeling aan een landelijke sociale kaart;
- regelmatige bijstelling zodat de informatie up-to-date is;
- een contactfunctionaris bij de verschillende aanbodsvormen.

- Regionaal informatie punt

Dit bestaat in de meeste regio's en wordt bemand door de regionale coördinator hersenletsel.

Van belang hierbij zijn: een goede bekendheid bij hulpverleners en bij een breed publiek, bijvoorbeeld via een regelmatige (digitale) nieuwsbrief of een vaste vermelding in de media en vakliteratuur; gemakkelijk toegankelijk en bereikbaar, bijvoorbeeld door een koppeling aan een instantie waar telefonische bereikbaarheid gegarandeerd kan worden; regionale informatiepunten moeten kunnen verwijzen naar een landelijk kenniscentrum en naar andere regio's.

- Informatiepakket beschikbaar voor de cliënt over het mogelijke (vervolg)aanbod in de regio. Een van de taken van het informatiepunt kan zijn het ontwikkelen van een informatiepakket voor cliënten over mogelijk (vervolg)aanbod in de regio.

- Ondersteuning en begeleiding voor de cliënt

Regionaal wordt de sociale kaart ingebed in een organisatie die de cliënt begeleiding kan bieden bij het vinden van het juiste aanbod, zoals MEE.

### 3.3 Naadloze zorg

Hierover worden in het zorgprogramma de volgende aandachtspunten geformuleerd.

#### *Aandachtspunten*

- De organisatie van de zorg voor mensen met NAH in de regio is gericht op vroege diagnosestelling en een aansluitend hulpverleningsaanbod zodat de cliënten, eenmaal thuis, niet in een gat vallen.
- Voor de zij-instromers zijn afspraken gemaakt tussen aanbieders zodat deze cliënten gebruik kunnen maken van het zorgaanbod uit een eerdere fase.
- Relevante aanbieders dragen zorg voor de trajectbegeleiding van de cliënt.
- De trajectbegeleiding houdt ook in: continuïteitsbezoeken waarbij met enige regelmaat in de thuissituatie samen met de cliënt en eventueel het cliëntstelsel geëvalueerd wordt of het aanbod nog toereikend is.
- De deelnemers aan het regionale zorgprogramma ontwikkelen formele overeenkomsten voor de overdracht van cliënten.
- Goede (transmurale) dossiervoering voorkomt dat de cliënt eenzelfde onderzoek nogmaals moet ondergaan en zijn verhaal herhaald moet vertellen.
- De overdracht tussen de verschillende hulpverleners en met de cliënt en het cliëntstelsel is geregeld en wordt ondersteund door een goed cliëntvolgsysteem.
- De cliënt is hiervan op de hoogte en heeft toestemming gegeven voor de eventuele overdracht van gegevens.

#### *Algemeen beeld van knelpunten*

Patiënten krijgen na ziekenhuisopname onvoldoende informatie over en begeleiding bij de gevolgen van het letsel voor hun dagelijks functioneren. Als het letsel enige tijd geleden is opgetreden dan wordt het niet (h)erkend als oorzaak van de problemen. Hulpverleners beschouwen belei-



ding bij overdracht meestal niet tot hun taak terwijl cliënten dit wel nodig hebben. Transmurale dossiervoering vraagt om een elektronisch patiënten dossier en dit bestaat nog nauwelijks.

*Hoe kan men hieraan werken in de regio?*

- Aansluiting bij de stroke service.  
In het kader van betere zorg voor patiënten met een CVA (stroke service) is in verschillende regio's met name aandacht besteed aan de acute fase. Hoewel de zorg in het ziekenhuis NAH-breed andere eisen stelt dan alleen voor CVA, zijn de nazorgpoli's na ontslag uit het ziekenhuis wel bruikbaar voor alle NAH-patiënten. Het ligt voor de hand om deze nazorgpoli's uit te breiden naar alle onder NAH vallende diagnoses. De overdracht van de patiënt bij ontslag wordt daarbij een normaal en noodzakelijk onderdeel van het aanbod aan deze patiëntencategorie.
- In een transmuraal zorgdossier kunnen de hulpverleners gezamenlijk de informatie vastleggen die noodzakelijk is voor de zorg. Transmurale dossiervoering is niet goed mogelijk zonder Elektronisch Patiënten Dossier. In sommige regio's wordt hiermee geëxperimenteerd. Ook hier is verbreding vanuit de CVA mogelijk, te beginnen met de NAH-patiënten van de afdeling neurologie. Als er duidelijke afspraken zijn over het beleid rondom NAH in het ziekenhuis zullen ook NAH-patiënten van de andere ziekenhuisafdelingen hiervan kunnen profiteren.

### 3.4 Professionele zorg

Hierover worden in het zorgprogramma de volgende aandachtspunten geformuleerd:

*Aandachtspunten*

- Bij relevante instanties is voldoende kennis over NAH aanwezig om NAH goed te signaleren en patiënten met NAH naar de juiste toegang tot hulpverlening te verwijzen.(zij-instromers);
- Indicatiestelling vindt plaats door een deskundige op het gebied van NAH of met advies van een NAH-deskundige;
- Aanbieders beschikken over de noodzakelijke deskundigheid op NAH-gebied om voor de doelgroep passend aanbod te garanderen;
- Bij de zorg en ondersteuning is tevens voorzien in goede informatievoorziening aan en zondig begeleiding van het cliëntensysteem;
- Deelnemers aan het zorgprogramma wisselen onderling deskundigheid uit en verzorgen zo nodig over en weer coaching en training;
- Als hulpverleners uitgeput raken zijn er maatregelen genomen dit zoveel mogelijk te voorkomen, zoals intervisie en coaching. Er bestaat de mogelijkheid de zorg door een ander te laten overnemen;
- Er is een protocol voor het diagnostisch proces; dit maakt onderdeel uit van de richtlijn NAH;
- Iedere zorgaanbieder heeft het aanbod geëxpliciteerd in de vorm van een zorgprogramma. (bijlage 6). In dit zorgprogramma zijn protocollen opgenomen voor vraagverheldering, ondersteuning en behandeling.

*Algemeen beeld van knelpunten*

In de praktijk blijken vooral lacunes te bestaan in kennis over de gevolgen van NAH bij specialisten, huisartsen, verpleegkundigen en ambulante GGZ.

Het blijkt in de praktijk problematisch om huisartsen te interesseren voor NAH.

*Hoe kan men hieraan werken in de regio?*

- Deskundigheidsbevordering rondom NAH bij alle relevante disciplines.

- Multidisciplinaire deskundigheidsbevordering gericht op bevorderen van zowel deskundigheid als samenwerking.
- Een goede manier om huisartsen te bereiken is via de bijscholingsbijeenkomsten van de individuele HAGRO's. De meeste HAGRO's hebben een jaarplan met deze bijeenkomsten. Via de NHG kunnen studiepunten worden aangevraagd; dit bevordert de aanwezigheid. Met name een koppeling van problemen/symptomen aan mogelijke met NAH samenhangende diagnosen is voor de huisartsen belangrijk. Omdat huisartsen vooral een signalerende functie hebben is informatie over de coördinatie en het informatiepunt in de regio voor hen van belang.
- Praktijkverpleegkundigen. Deze beginnen meer en meer de zorg voor chronisch zieken van de specialisten en huisartsen over te nemen. Het is van belang deze groep grondig te betrekken bij NAH-zorg, bijvoorbeeld als uitbreiding van hun rol bij de CVA-nazorg.
- Aansluiting bij de bijscholing in het kader van CVA-zorg is aan te bevelen.
- Uit de literatuur blijkt dat goede uniforme en tijdige voorlichting en begeleiding van het cliënt-systeem van belang is voor het herstelproces van de cliënt. Het neemt veel onrust weg. De hulpverleners kunnen vastleggen welke informatie moet worden verstrekt, bijvoorbeeld door middel van een checklist in het zorgdossier, zodat de informatie niet vergeten wordt. Hiervan zijn voorbeelden bekend uit de diabeteszorg en oncologische zorg. De NHS heeft een brochure ontwikkeld met vragenlijsten over de voorlichting van de specialist in het ziekenhuis aan patiënten met een CVA (NHS; een beroerte, en dan? 1999).





## Bijlage 1      Schatting van het aantal potentiële patiënten met NAH in de regio

Voor de aanbieders is het belangrijk inzicht te hebben in het aantal patiënten met NAH dat ze kunnen verwachten. Om het aantal potentiële patiënten met NAH vast te stellen kan het volgende rekenvoorbeeld gebruikt worden dat uitgaat van de nu bekende landelijke cijfers.

### *Voorbeeld*

Breng in kaart hoeveel mensen er wonen in een regio en welk hulpaanbod er is. We gaan uit van het volgende voorbeeld.

In regio X wonen 300.000 mensen. Er zijn drie ziekenhuizen, vier verpleeghuizen, drie organisaties voor gehandicaptenzorg, twee thuiszorg organisaties, één revalidatiecentrum, één GGZ instelling en 150 huisartsen.

### *Aantal nieuwe patiënten per jaar*

NAH blijkt een incidentie te hebben van gemiddeld 0,5% (bron: Een kwestie van toeval en geluk). Dat wil zeggen dat jaarlijks gemiddeld 0,5% van de Nederlandse bevolking het ziekenhuis verlaat met een NAH diagnose. In de voorbeeldregio zullen er gedurende een jaar 1500 NAH patiënten bijkomen, gemiddeld 500 per ziekenhuis.

### *In de thuissituatie*

Een deel van deze patiënten gaat na het ziekenhuis rechtstreeks naar huis namelijk 70% ofwel circa 1050 mensen per jaar. Een deel van deze mensen vraagt (tijdelijk) ambulante ondersteuning in de thuissituatie, bijvoorbeeld van de thuiszorg of de gehandicaptenzorg.

### *Revalidatiecentrum en verpleeghuis*

De overige 30% gaat (tijdelijk) naar een vervolginstelling, met name naar het revalidatiecentrum of het verpleeghuis. Het gaat in de voorbeeldregio om circa 450 nieuwe patiënten per jaar. Van deze mensen gaat een groot deel hierna alsnog naar de thuissituatie.

### *GGZ*

Uit landelijk onderzoek is bekend dat van alle Nederlanders 18% een psychiatrische diagnose ontwikkelt (R. v. Bijl, e.a., Nemesis onderzoek. Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde, 1997). Het aantal mensen met NAH dat jaarlijks in de GGZ komt zal dus minimaal 18% van alle NAH-patiënten bedragen, namelijk circa 270 mensen in de voorbeeldregio. Uit globale verkenningen blijkt dat onder de cliënten van ambulante GGZ zorg een veel hoger percentage mensen met NAH betreft.

### *Huisarts*

De patiënten die naar de thuissituatie zijn ontslagen, zullen zeer waarschijnlijk allen wel een keer door de huisarts worden gezien. Als het aantal huisartsen in de regio bekend is dan is het te verwachten gemiddelde aantal nieuwe NAH-patiënten per huisarts te berekenen. In de voorbeeld regio zal het gaan om jaarlijks 7 tot 10 nieuwe patiënten met NAH per huisarts.





## Bijlage 2 Quick scan Zorgprogramma NAH

### *Raamwerk voor NAH zorg*

De afgelopen twee jaar heeft Prismant in opdracht van de Stichting Hersenletsel Organisaties Nederland (SHON) een zorgprogramma ontwikkeld voor jonge mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Het zorgprogramma biedt een raamwerk voor een passend hulpaanbod aan deze complexe cliëntengroep en hun naasten. In dit raamwerk kunnen de verschillende aanbieders in een regio hun eigen programma inpassen zodat een zo naadloos mogelijk aanbod voor de doelgroep ontstaat. Het zorgprogramma biedt daarmee een kapstok voor de ontwikkeling en structurering van de NAH zorg.

Om de regionale invoering van het zorgprogramma te ondersteunen is een quick scan ontwikkeld. Deze quick scan bestaat uit een checklist van voorwaarden die men kan stellen aan de verschillende onderdelen van NAH zorg. Belangrijke elementen uit het zorgprogramma worden systematisch gecheckt. Zo kan snel bekeken worden in hoeverre de huidige situatie voldoet aan de voorwaarden van het zorgprogramma. De quick scan richt zich met name op de organisatie en samenhang van de zorg in de regio. Daarnaast is een apart deel ontwikkeld, dat gericht is op de zorg en ondersteuning per functie. Uit dit tweede deel kunnen die onderdelen gebruikt worden die in een bepaalde situatie of voor een bepaalde aanbieder relevant zijn. De twee delen kunnen los van elkaar gebruikt worden.

De eerste conceptversie van de quick scan is beoordeeld door een aantal deskundigen en betrokkenen bij NAH zorg. Deze reacties vormen een waardevolle aanvulling vanuit de huidige concrete praktijksituaties. Op basis van deze reacties is de lijst enigszins ingekort en zijn formuleringen aangescherpt. Een duidelijke prioritering van de voorwaarden is nog te vroeg, blijkt uit de reacties. Daarvoor is de stand van zaken in de verschillende regio's te verschillend.

Uit de reacties blijkt dat men de quick scan wil gebruiken voor het in kaart brengen van de huidige situatie rond NAH zorg. De scan wordt dan gebruikt als nulmeting bij de planvorming in de regio. Daartoe zijn de voorwaarden soms op vrij specifieke onderdelen uitgewerkt.

Ten tweede ziet men de quick scan als bron van inspiratie en stimulans om voorwaarden voor goede NAH hulpverlening te creëren. Om ook aan de tweede behoefte te kunnen voldoen is er voor gekozen om vooralsnog het aantal vragen in de scan niet in te perken.

Deze quick scan moet gezien worden als een begin; een eerste poging om de voorwaarden voor een goede hulpverlening aan mensen met NAH op een rij te zetten. Discussie in het land en voortschrijdend inzicht moeten leiden tot een steeds helderder beeld en wellicht een meer compact aantal vragen. De quick scan is te downloaden van de website van Prismant ([www.Prismant.nl](http://www.Prismant.nl))



### *Invoering in de regio*

De quick scan is ontwikkeld om de invoering van het zorgprogramma in de regio te ondersteunen en zet daartoe de voorwaarden voor de organisatie en samenhang van NAH zorg in de regio op een rij.

Wat is een regio als we het hebben over de zorg(ketens) voor jongeren met NAH?

Een regio is in dit verband een geografische eenheid waarin zorgvragers, zorgaanbieders en financiers het als natuurlijk ervaren om afspraken te maken (RIVM). In de meeste hersenletselregio's is in deze zin sprake van meerdere subregio's. In de quick scan wordt gesproken over de regio, waarbij ook deze subregio's bedoeld worden.

De regio's en subregio's verschillen in ontwikkeling en organisatiestructuur. De scan biedt daarom geen volledige blauwdruk voor de *manier waarop* de genoemde voorwaarden in de praktijk vorm kunnen krijgen. Dit is afhankelijk van de concrete situatie.

### *Gebruiksmogelijkheden*

#### a. Regionaal

Het eerste deel van de quick scan wordt gebruikt bij de regionale invoering van het zorgprogramma, bijvoorbeeld door de regionale stuurgroep, werkgroepen en projectleider.

Middels een nulmeting wordt snel inzicht verkregen in de stand van zaken rond de organisatie en beleid op regionaal of subregionaal niveau. Daarbij ontstaat een beeld van de sterke punten maar ook van eventuele knelpunten en lacunes in het huidige NAH aanbod in de regio.

Het eerste deel van de quick scan kan ook gebruikt worden door het management, kwaliteitsmedewerkers en (coördinerende) hulpverleners van instellingen die een gespecialiseerd aanbod voor de doelgroep NAH bieden of willen gaan bieden en hierbij willen aansluiten bij de ontwikkelingen in de regio.

#### b. Per functie

In het tweede deel van de quick scan wordt ingezoomd op de zorg en ondersteuning per functie. Dit deel van de quick scan kan apart gebruikt worden door het management, kwaliteitsmedewerkers en (coördinerende) hulpverleners van instellingen die gespecialiseerde NAH zorg bieden of willen gaan bieden. Er kan snel inzicht worden verkregen of de functie die zij (willen gaan) bieden aan de voorwaarden voldoet. In dergelijke gevallen wordt niet de hele scan gebruikt maar alleen die delen die van belang zijn voor de betreffende functie. De vraagstelling kan daarbij naast een check van de bestaande situatie ook inspiratie bieden om goede NAH zorg te creëren.

### *Voorbeeld*

De quick scan bestaat uit twee delen. We geven een verkorte versie van beide delen met enkele voorbeelden van de vraagstelling per deel.

## Voorbeeld deel 1

### Voorwaarden voor een goede samenhangende NAH zorg in de regio

*Toelichting bij het invullen van de quick scan*

In de quick scan kan bij elk onderdeel vastgesteld worden of genoemde voorwaarde beschikbaar is en of de beschikbaarheid adequaat is aan de hand van de volgende codes.

- + = ja, is beschikbaar
- +/- = ja, is beschikbaar, maar voor verbetering vatbaar
- = nee, is niet beschikbaar

Als de voorwaarde niet beschikbaar is kan aangegeven worden of de voorwaarde ontwikkeld moet worden en hoe urgent dit is aan de hand van de volgende codes.

- a = ja, met hoge prioriteit, ontwikkeling is urgent nodig
- b = ja, ontwikkeling is op termijn nodig
- c = nee, ontwikkeling is niet nodig

<b>Regionale aansturing</b>		
<i>Voorwaarden</i>	<i>Beschikbaar?</i>	<i>Ontwikkelen?</i>
Er is een regionale stuurgroep bestaande uit bestuurders uit de instellingen die betrokken zijn bij NAH		
In deze stuurgroep zijn vertegenwoordigd: - een ziekenhuis - een (gespecialiseerde) revalidatie instelling - de thuiszorg - de gehandicaptenzorg - de GGZ - een verpleeghuis - patiëntenorganisaties		
Er is regionaal een beleidsplan opgesteld ten behoeve van NAH zorg		
Er is regionaal een instantie of persoon aangesteld die verantwoordelijk is voor de regievoering en van waaruit de ontwikkeling van het NAH aanbod programmatisch wordt aangepakt (programmamanager)		
Er is structureel sprake van evaluatie en bijsturing van het regionale NAH programma aan de hand van indicatoren		
Er is in dat kader regelmatig een cliëntenraadpleging		



## Voorbeeld deel 2

### Voorwaarden voor goede NAH-zorg per functie

*Toelichting bij het invullen van de quick scan*

In de quick scan kan bij elk onderdeel vastgesteld worden of genoemde voorwaarde beschikbaar is en of de beschikbaarheid adequaat is aan de hand van de volgende codes.

- + = ja, is beschikbaar
- +/- = ja, is beschikbaar, maar voor verbetering vatbaar
- = nee, is niet beschikbaar

Als de voorwaarde niet beschikbaar is kan aangegeven worden of de voorwaarde ontwikkeld moet worden en hoe urgent dit is aan de hand van de volgende codes.

- a = ja, met hoge prioriteit, ontwikkeling is urgent nodig
- b = ja, ontwikkeling is op termijn nodig
- c = nee, ontwikkeling is niet nodig

<b>Functie: Signalering</b>		
<i>Voorwaarden</i>	<i>Beschikbaar?</i>	<i>Ontwikkelen?</i>
Bij de instanties waar de cliënt met NAH in de loop van zijn leven mee te maken kan krijgen is voldoende basiskennis over NAH aanwezig om het te herkennen en vervolgens de cliënt naar de juiste ingang van hulpverlening te verwijzen		
Bij deze instanties is voorlichtingsmateriaal beschikbaar over de specifieke diagnosegroepen die kunnen leiden tot NAH		
Bij deze instanties is voorlichtingsmateriaal beschikbaar over de klachten die kunnen wijzen op hersenletsel		
Bij deze instanties is bekend waar de cliënt terecht kan voor informatie over de mogelijkheden tot zorg en ondersteuning voor mensen met NAH in de regio		

<b>Functie: Ondersteunende begeleiding</b>		
<i>Voorwaarden</i>	<i>Beschikbaar?</i>	<i>Ontwikkelen?</i>
Ook in het weekend is er zo nodig deskundigheid op gebied van NAH beschikbaar		
Er is voorlichting voor de cliënt en het cliëntstelsel beschikbaar		
Er is een breed aanbod voor dagbesteding beschikbaar van arbeidsmatige activiteiten, cursussen, trainingen, hobbyontwikkeling en sport		
Dagbesteding, vrijetijdsbesteding en werksituaties zijn specifiek toegespitst op de doelgroep NAH		
Er is een cursusaanbod aangepast aan de behoeften van de NAH cliënt		
In het activiteitencentrum is onderscheid in groepen die veel en groepen die weinig structuur nodig hebben		
Dagbesteding vindt plaats in een aangepaste omgeving: duidelijk, overzichtelijk, gestructureerd en prikkelarm		
Het aanbod is duidelijk, gestructureerd en voorspelbaar		

## Bijlage 3 Actieplan systematisch verbeteren

Dit actieplan geeft een blauwdruk voor een systematische analyse en planvorming bij verbeteringsprojecten. Het kan zowel bij grootschalige projecten als bij snelle planvorming gebruikt worden.

### 1. Omschrijving van het vraagstuk

- Wat is precies het vraagstuk?
- Bij wie, wanneer, waar en hoe vaak komt het voor?
- Is het nodig om extra gegevens te verzamelen voor een goed beeld? (navraag doen bij betrokken medewerkers, nakijken in documentatie, 0-meting doen)

### 2. Analyseren van de oorzaken

- Hoe loopt het nu meestal?
- Wat zijn de oorzaken van de problemen; hoe komt het dat het gaat zoals het gaat?
- Welke oorzaken zijn het meest van belang; geven de meeste schade?
- Welke oorzaken zijn het gemakkelijkst te beïnvloeden?

### 3. Zoeken van oplossingen en veranderdoelen

- Beschrijf de gewenste situatie op zo'n manier dat u concreet voor u ziet waar u wil uitkomen.
- Bedenk zoveel mogelijk oplossingen voor de problemen. Maak hierbij ook gebruik van instrumenten (protocollen, richtlijnen e.d.) die elders ontwikkeld zijn.
- Analyseer de oplossingsmogelijkheden op: verwachte effectiviteit, haalbaarheid, draagvlak, belang voor de cliënten.
- Kies de beste oplossingen en stel hierbij concrete veranderdoelen: zichtbaar resultaat na een bepaalde tijdsperiode is .....Beschrijf de doelen en resultaten zo dat een ander ze voor zich kan zien en zo dat heel helder is wanneer men tevreden kan zijn over de bereikte resultaten.

### 4. Invoeren van verbeteringen

- Maak een actieplan welke bestaat uit de volgende onderdelen:
  - Wat is nodig om de oplossingen in te voeren?
  - Wie heb je daarbij nodig?
  - Wie doet wat?
  - Wie is probleemeigenaar?
  - Wanneer worden welke onderdelen uitgevoerd?
  - Hoe vindt verankering in de huidige situatie, structuur en overlegsituaties plaats?
- Voer dit vervolgens uit. Organiseer daarbij een proefperiode.

### 5. Evalueren en bijstellen

- Onderzoek of de gekozen oplossingen goed werken en of daardoor de situatie in de praktijk daadwerkelijk verbeterd is. Stel indien nodig de nieuwe werkwijze bij.
- Maak afspraken over de evaluatie: wie evalueert, waarover (zowel op resultaat als op de nieuwe werkwijze).

### 6. Beheersen en borgen

- Neem maatregelen om de gewenste situatie op lange termijn in stand te houden: onderbrengen in werkafspraken of protocollen, taken en bevoegdheden, in overlegsituaties, in scholing, introductieprogramma's, etc.
- Stel indicatoren op en stel vast welke informatie hiervoor moet worden verzameld.
- Stel de werkwijze bij indien nodig.





## Bijlage 4 Vragenlijst voor het in kaart brengen van de beschikbaarheid van de verschillende functies in de regio

<b>Functies</b>	<b>Beschikbaar</b>	<b>In ontwikkeling</b>	<b>Niet voldoende beschikbaar</b>	<b>Niet beschikbaar</b>
Signalering door iedereen die met NAH in aanraking komt				
Ziekenhuiszorg				
Gespecialiseerde revalidatiebehandeling				
Uitgebreid onderzoek in de thuis-situatie				
Informatie, advies en begeleiding				
Integrale diagnostiek bij complexe zorgvragen				
Indicatiestelling				
Huishoudelijke verzorging				
Persoonlijke verzorging				
Verpleging				
Ondersteunende begeleiding				
Activerende begeleiding				
Behandeling				
Verblijf				
Onderwijs en scholing				
Arbeidsreïntegratie				
Vervoer				
Lotgenotencontact				
Systeembegeleiding				
Trajectbegeleiding				





## Bijlage 5 Informatie verzamelen voor een sociale kaart

Bij het opstellen van een sociale kaart is het altijd lastig om de kwaliteit van de ingevulde informatie te garanderen. Het uitsturen van een mailing en een vragenlijst levert vaak wel veel informatie op maar deze is vaak weinig betrouwbaar. Een stapsgewijze aanpak is een beproefd middel. Kwaliteit is het meest gegarandeerd als je zelf als projectleider de informatie hebt verzameld in direct contact met de aanbieder. Op deze wijze groeit de informatie langzaam maar betrouwbaar. Tijdens het gesprek kan vervolgens geïnformeerd worden welke andere aanbieders van NAH de geïnterviewde kent waarna vervolgens deze benaderd kunnen worden voor informatie. Koppeling aan andere sociale kaarten in de regio kan bijdragen aan de bruikbaarheid en toegankelijkheid.

### **Voorbeeld beschrijving van huidig aanbod aan doelgroep NAH per concrete hulpvorm ten behoeve van de sociale kaart**

Naam aanbieder/instelling

Naam aanbodsvorm

Wat houdt het aanbod concreet in (korte samenvatting van hoofdpunten)

Op welke doelgroep is het aanbod gericht (eventueel inclusie- en uitsluitingcriteria)

Doelstelling van dit aanbod; waar is dit aanbod op gericht

In welke fase in het hulpverleningsproces wordt dit aanbod geleverd



Door welke functionaris/discipline of instelling/locatie wordt dit aanbod geleverd

Specifieke voorwaarden of aandachtspunten betreffende dit aanbod

Wanneer is het gestelde doel bereikt en hoe wordt dit vastgesteld (diagnostiek)

Wordt er met andere aanbieders overleg gevoerd of samengewerkt ten behoeve van dit aanbod

Naar welke instelling/functionaris wordt de cliënt na afloop doorverwezen

Wie is de contactfunctionaris

## Bijlage 6 Voorbeeld van een zorgprogramma op instellingsniveau of voor een specifiek aanbod

In een zorgprogramma op instellingsniveau of voor een specifiek aanbod wordt nog verder inhoudelijk ingezoomd op de zorgverlening. Inhoudelijke aandachtspunten voor het aanbod in de vorm van taken, beslissingscriteria en werkwijzen worden vastgelegd voor een categorie cliënten binnen een instelling of een afdeling daarbinnen inclusief de samenwerking en overdracht met andere aanbieders.

Dergelijke subzorgprogramma's geven verdere invulling aan het regionale en landelijke zorgprogramma.

Een zorgprogramma op instellingsniveau of voor een specifiek aanbod kan de volgende onderdelen omvatten.

- Doelgroep.
- Doelstelling.
- Opnamecriteria.
- Uitsluitingcriteria.
- Beginproblematiek (wat is de beginsituatie waar de behandeling zich op richt; bandbreedte van de problematiek; bovengrens en ondergrens?).
- Eindtermen (welke omstandigheden leiden tot het ontslag van de patiënt uit het programma en eventueel tot plaatsing in een ander programma?).
- Termijn (is er een maximum termijn waarbinnen de doelstelling moet worden gehaald, is verlenging mogelijk? Met hoeveel tijd?).
- Fasen; welke fasen zijn te onderscheiden in de opname van de cliënt? Bijvoorbeeld: verwijsfase, opnamefase, diagnostische fase, behandelfase, ontslagfase, overdrachtfase, evaluatiefase. Welke inhoudelijke activiteiten vinden in elke fase plaats? Welke beslissingen vinden plaats na elke fase?
- Werkwijze op de afdeling.
- Behandeleenheden (welke eenheden van behandeling zijn te onderscheiden?).
- Voorzieningen (welke faciliteiten moeten aanwezig zijn?).
- Functies, taken en verantwoordelijkheden van de medewerkers in de verschillende fasen.
- Interdisciplinaire procesgang (hoe verloopt de communicatie tussen de diverse medewerkers, wie coördineert en welke standaardrapportage wordt gevoerd inclusief overlegstructuur en interne communicatie?).





## Bijlage 7      Tips bij implementatie

Implementatie van een zorgprogramma in de zorgpraktijk die door alle betrokkenen wordt gedragen en uitgevoerd is vaak een taai onderneming. Het gaat het niet alleen om inzet van expertise en goede planvorming. Betrokkenen moeten erin geloven en voor de eigen werksituatie voordelen zien. Hieronder volgen enkele tips die betrekking hebben op deze kant van implementatie.

Tips:

- Er zijn kartrekkers nodig;
- Probeer gelijkgerichtheid te creëren en een sense of urgency;
- Samen leuk vinden om te veranderen;
- Vertrouwen creëren in elkaar door formeel en informeel contact en door onderlinge coaching;
- Goed communiceren;
- Bij specialisten en managers moet een bewustwording ontstaan dat de huidige situatie niet langer kan en dat er iets moet veranderen;
- Enthousiasmeer de professionals en de bestuurders door voordrachten, PR, voordelen laten zien; positieve ontwikkelingen onderbouwen met kwantitatieve gegevens, dit is ook belangrijk om verzekeraars te interesseren;
- Belangrijk is om klein te beginnen, maar wel het brede einddoel in het oog te houden;
- Begin met succesvolle projecten: eerst het laaghangende fruit oogsten;
- Voorkom stroperigheid door concrete ondersteuning te bieden aan projecten;
- Houdt de vaart er in.

