

Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak CVA

Faber E, De Bont M, Beusmans GHM, Eekma H, Kapitein I, Van Nood S, Raat AMC, Vriezen JA, Wiersma Tj. *Huisarts Wet* 2007;50(3):S5-S8.

Inleiding

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Cerebrovasculair Accident (LESA CVA) is opgesteld door een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Eerstelijnsverpleegkundigen (V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen, voorheen LVW). De LESA geeft richtlijnen voor samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen bij het verlenen van zorg in de thuissituatie aan patiënten met een cerebrovasculair accident (CVA). De LESA houdt rekening met de verschillen in taken en verantwoordelijkheden; aanbevolen wordt om de richtlijnen in de LESA regionaal nader in te vullen en aan de hand hiervan werkafspraken te maken.

Zowel de huisarts als de wijkverpleegkundige heeft een belangrijke rol bij de zorg aan patiënten met een CVA. Optimale onderlinge samenwerking en afstemming ten aanzien van de zorgmogelijkheden thuis en de ondersteuning en begeleiding van de patiënten en hun mantelzorgers/naasten zijn belangrijke voorwaarden om die rol te kunnen vervullen. Het NHG en V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen beogen met het opstellen van deze LESA overeenstemming te bereiken over de onderlinge verdeling van verantwoordelijkheden, taken en gedeelde zorg tussen huisarts en wijkverpleegkundige, en hiermee de samenwerking te optimaliseren.

Per (sub)regio wordt de CVA-zorg verschillend geregeld in bijvoorbeeld afspraken over ketenzorg of over de inzet en betrokkenheid van transfervleegkundigen, revalidatiecentra en thuiszorg. Deze LESA gaat niet inhoudelijk in op de participatie van en samenwerking met andere eerstelijnsdisciplines. Deze LESA zoekt binnen de bestaande CVA-zorg naar afstemming tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige.

Voor het formuleren van de aanbevelingen is de werkgroep uitgegaan van de NHG-Standaard CVA,¹ de CBO-richtlijn Beroerte,² de Richtlijn revalidatie na beroerte³ en het Handvat voor mantelzorg⁴ (beide uitgaven van de Hartstichting), de Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) TIA/CVA⁵ en waar nodig consensus van de werkgroep.

Deze LESA richt zich op CVA-patiënten in de thuissituatie. Dit betreft patiënten die thuis

zijn gebleven na het CVA, patiënten die alleen op de afdeling Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis zijn geweest, patiënten die na ontslag van de stroke unit naar huis zijn gegaan om thuis, poliklinisch of in dagbehandeling te revalideren, en patiënten die na behandeling uit een verpleeghuis of revalidatie-instelling ontslagen zijn.

Achtergronden

Een CVA is een lokale stoornis in de bloedvoorziening van de hersenen (herseneninfarct) of een bloeding (hersenenbloeding) die zowel in het hersenweefsel zelf als tussen de hersenvliezen gelokaliseerd kan zijn. Het gevolg van een CVA is acute neurologische uitval.

In de huisartsenpraktijk bedraagt de incidentie van CVA's 2 tot 3 per 1000 patiënten per jaar. In de leeftijdsgroep ouder dan 65 jaar stijgt de incidentie naar 14 per 1000 per jaar. In ongeveer driekwart van de gevallen betreft het een eerste CVA, in een kwart van de gevallen betreft het een recidief. De kans op een recidief bedraagt in de eerste vijf jaren 30 tot 50%. Het is niet bekend hoeveel CVA-patiënten in zorg zijn bij de thuiszorg.

Een kwart van de patiënten overlijdt in de eerste maand. Van de overlevende patiënten is 35% na een jaar functioneel afhankelijk van anderen. De functionele toestand een week na het CVA is van belang voor de prognose: van de patiënten bij wie het functioneren ernstig verstoord is (barthelscore < 6)¹ woont 70% aan het einde van het eerste jaar niet meer zelfstandig.

In de zorg en begeleiding van CVA-patiënten kunnen drie fasen worden onderscheiden. In de *acute fase* (eerste twee weken) staat aandacht voor somatische gevolgen van de neurologische uitval op de voorgrond en dient zo snel mogelijk gestart te worden met de revalidatie. Hierna start de *revalidatiefase*. Revalidatie kan thuis, poliklinisch, in dagbehandeling of in een revalidatie-instelling plaatsvinden. Een groot deel van de patiënten gaat na de acute opvang naar huis om daar te revalideren. Doel van de revalidatie is het verbeteren van de functies door het verminderen van beperkingen en het bevorderen van de reïntegratie thuis en in de maatschappij. Gebleken is dat het meeste herstel optreedt in de eerste drie maanden na het CVA. Na ongeveer zes maanden is weinig functieherstel meer te verwachten en kan worden vastgesteld welke stoornissen blijvend zijn. Men spreekt dan van de *chronische fase*.

Uitgangspunten van begeleiding

Respect voor en behoud van de zelfstandigheid van de patiënt staan centraal in een goede zorgverlening. De patiënt heeft, voor zover mogelijk en door hem gewenst, zelf de regie over de geboden zorg. Dit betekent dat de zorgverlener, voorzover mogelijk, tegemoetkomt aan specifieke wensen van de patiënt. Dit vergt open communicatie met de patiënt en diens mantelzorgers/naasten. Een CVA heeft doorgaans verstrekende gevolgen voor de betrokkene en diens naasten. Naast direct herkenbare motorische en spraak- of slikstoornissen komen ook niet direct herkenbare neuropsychologische functiestoornissen en stemmingsstoornissen, met name depressie, voor. Deze kunnen invloed hebben op de motivatie om te revalideren, het beloop van het herstel en het weer oppakken van de dagelijkse handelingen. Bij ongeveer de helft van de CVA-patiënten treden ook in emotioneel en gedragsmatig opzicht veranderingen op,

Kernpunten

- De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Cerebrovasculair Accident (LESA CVA) is het resultaat van overleg tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen over gedeelde zorg aan CVA-patiënten in de thuissituatie.
- In de LESA worden de taken beschreven die behoren tot het specifieke werkgebied van huisartsen en wijkverpleegkundigen en die behoren tot het gezamenlijke werkgebied. Daarnaast wordt aangegeven op welke momenten afstemming en/of samenwerking nodig is.
- De huisarts beoordeelt bij het eerste huisbezoek of er behoefte is aan de inzet van een (CVA-)wijkverpleegkundige.
- Wanneer er nog geen wijkverpleegkundige is ingezet kan de huisarts bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) een herindicatie, of bij de thuiszorgorganisatie een huisbezoek in het kader van Advies, Instructie en Voorlichting (AIV) aanvragen.
- Wanneer wijkverpleegkundige zorg is ingezet, stemmen huisarts en wijkverpleegkundige af wie de zorgcoördinatie op zich neemt.
- Deze LESA geeft aandachtspunten die het overleg op lokaal of regionaal niveau kunnen structureren. Huisartsen en wijkverpleegkundigen kunnen daarmee regionaal werkafspraken maken.

die zich kunnen uiten in initiatiefverlies of andere gedragsveranderingen. Wanneer deze stoornissen niet voldoende worden herkend, kan hierop niet adequaat worden gereageerd. Voor het adequaat signaleren van cognitieve, emotionele en gedragsmatige stoornissen kan men gebruikmaken van een specifieke signaleringslijst, bijvoorbeeld de 'Signaleringslijst voor zorgverleners. Cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van het CVA' die te vinden is in de publicatie *Zorg voor de Mantelzorg*.⁴

Inbreng van de patiënt

Een LESA geeft aanbevelingen voor samenwerking en suggesties voor werkafspraken tussen huisartsen en andere eerstelijns-hulpverleners. Doel is dat patiënten in de eerste lijn op het juiste moment de juiste hulp krijgen met behoud van de continuïteit in de zorg.

Hulpverleners in de eerste lijn stellen altijd in samenspraak met de patiënt het beleid vast. Zij houden daarbij rekening met diens specifieke omstandigheden. Om praktische redenen staat dit niet overal expliciet in de LESA vermeld. Hulpverleners erkennen de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en stemmen de voorlichting daarop af.

Afweging door de hulpverlener

Een LESA geeft algemene aanbevelingen die de hulpverlener in de eerste lijn houvast bieden. Het persoonlijk inzicht van de hulpverlener blijft echter altijd van belang. In een concrete situatie kan het gerechtvaardigd zijn om beredeneerd van de LESA af te wijken.

Gebruikte termen

Huisarts: Waar in deze LESA huisarts staat, wordt bedoeld op de huisartsenvoorziening. De huisartsenvoorziening bestaat uit de huisarts, de praktijkassistente en/of praktijkverpleegkundige.

Patiënt: Wijkverpleegkundigen spreken van 'cliënten' of 'klanten' en huisartsen van 'patiënten'. In de LESA is als algemene benaming voor 'patiënten' gekozen.

Stroke unit: Neurologische afdeling in een ziekenhuis die is gericht op adequate diagnostiek, zorg, behandeling en start van de revalidatie van patiënten in de acute en/of subacute fase van een CVA (tot hooguit veertien dagen). De stroke unit maakt onderdeel uit van een stroke service.

Stroke service: Afspraken tussen huisartsen, ziekenhuis (inclusief stroke unit), verpleeghuizen, revalidatiecentra, eerstelijnsparamedici en de thuiszorg over de opvang en zorg voor patiënten met een beroerte (wordt ook wel CVA-ketenzorg genoemd).

De geboden zorg is gericht op zowel functionele als cognitieve en emotionele aspecten. Aandacht voor de mantelzorgers/naasten van de patiënt is van wezenlijk belang. Omdat in de chronische fase weinig functioneel herstel meer te verwachten is, zal de begeleiding zich daarna vooral richten op het vinden van een nieuwe balans met behoud van zelfstandigheid en zelfredzaamheid, en op het omgaan met de blijvende beperkingen.

Uitgangspunten van de huisarts

De huisarts kent de thuissituatie en de voorgeschiedenis, en is op de hoogte van comorbiditeit van de patiënt. Via contact met de neuroloog, verpleeghuisarts of revalidatiearts is de huisarts op de hoogte van het ziektebeeld, het beloop en de eventueel te verwachten problemen.

Bij patiënten die na een CVA thuis of in het verzorgingstehuis zijn gebleven, ziet de huisarts erop toe dat zo spoedig mogelijk wordt gestart met revalidatie en neemt hier toe, indien noodzakelijk, het initiatief. Tijdens een huisbezoek heeft de huisarts een gesprek met de patiënt en diens mantelzorgers/naasten over eventuele ervaringen in het ziekenhuis, angsten, onzekerheden en verwachtingen. Verder schenkt de huisarts aandacht aan de motorische aspecten van het ziektebeeld, de aanwezigheid van slikstoornissen, de aanwezigheid of mate van herstel van dysartrie en/of afasie, de communicatieve mogelijkheden en cognitieve en gedragsmatige problematiek. Met deze informatie kan het revalidatieprogramma worden afgestemd op de individuele patiënt.

De huisarts verstrekt, zo mogelijk aan de hand van de NHG-Patiëntenbrieven CVA *Algemeen* en *Na een CVA*, informatie over het omgaan met de gevolgen van het CVA, de zorgmogelijkheden en het daarbij gekozen beleid. Ook wijst de huisarts op het bestaan van patiëntenverenigingen voor CVA-patiënten en partners.

Voor meer gedetailleerde richtlijnen wordt verwezen naar de NHG-Standaard CVA.¹

Uitgangspunten van de wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige biedt ondersteuning en begeleiding aan zowel de patiënt als diens mantelzorgers/naasten. Wanneer wijkverpleegkundige zorg wordt ingezet, brengt de zorgaanvrager de wijkverpleegkundige op de hoogte van het ziektebeeld, het beloop en de eventueel te verwachten problemen. De wijkverpleegkundige start met een intakegesprek. In dit gesprek wordt informatie en advies gegeven en wordt de zorgbehoefte geïnventariseerd. Voor deze inventarisatie wordt gebruikgemaakt van

anamneselijsten op basis waarvan de zorgbehoefte van de patiënt en diens mantelzorgers/naasten in kaart worden gebracht. Er zijn diverse anamneselijsten in omloop. De wijkverpleegkundige is op de hoogte van de sociale kaart van de regio (zowel professionele als vrijwilligerszorg) en bewaakt de continuïteit van de zorg door een adequate overdracht naar en afstemming met collega's en andere disciplines, en door coaching van mantelzorgers/naasten.

Gezien de complexiteit van de begeleiding heeft het de voorkeur om CVA-patiënten te laten begeleiden door een gespecialiseerde CVA-wijkverpleegkundige (zie kader). Deze beschikt over uitgebreide kennis van het ziektebeeld en de gevolgen van een CVA voor het dagelijks leven, en kan problemen daardoor vroegtijdig herkennen en er adequaat op reageren.

Een wijkverpleegkundige kan ook worden ingezet voor een bezoek in het kader van Advies, Instructie en Voorlichting (AIV). Tijdens een AIV-bezoek geeft de wijkverpleegkundige uitgebreide informatie en advies over de aandoening en de gevolgen ervan. Daarnaast kan de wijkverpleegkundige tijdens dat gesprek de thuissituatie beoordelen en zo nodig een herindicatie aanvragen.

Gespecialiseerde CVA-wijkverpleegkundige

Dit is een wijkverpleegkundige die specifieke kennis heeft van de diagnose en het ziektebeeld CVA, en die praktijkervaring heeft met de behandeling van CVA-patiënten en het bijbehorende zorgtraject. De begeleiding van de CVA-patiënt en van diens mantelzorgers/naasten vereist inzicht in cognitieve problematiek en neuropsychologische functiestoornissen. De gespecialiseerde CVA-wijkverpleegkundige houdt zich op de hoogte van veranderde inzichten en zorgvernieuwing gericht op de zorg voor en behandeling van de diagnosegroep CVA.

Indicatie en inzet van de wijkverpleegkundige

Alle AWBZ-gerelateerde functies in de thuiszorg worden geïndiceerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Omdat bij CVA-patiënten in de thuissituatie vaak geen verpleegtechnische handelingen noodzakelijk zijn, geeft het CIZ meestal een indicatie voor verzorging af, waardoor thuiszorgorganisaties in het algemeen een verzorgende inzetten en geen wijkverpleegkundige. Omdat een verzorgende specifieke kennis over het ziektebeeld mist, is het gewenst om ook een wijkverpleegkundige in te zetten voor begeleiding van CVA-patiënten en hun mantelzorgers/naasten.

Een wijkverpleegkundige kan de patiënt en diens mantelzorgers/naasten tijdens een

huisbezoek ook Advies, Instructie en Voorlichting geven. AIV-bezoeken worden bij de thuiszorgorganisatie aangevraagd; zij kunnen zowel door zorgverleners als door de patiënt en diens mantelzorgers/naasten worden aangevraagd.

Begeleiding, gedeelde zorg en afstemming

Start samenwerking

Bij CVA-patiënten die thuis zijn gebleven of thuis zijn gekomen gaat de huisarts tijdens een huisbezoek na welke zorg de patiënt op dat moment nodig heeft en welke hij al ontvangt. Wanneer nog geen wijkverpleegkundige is ingezet, is het wenselijk dat de huisarts een consult van wijkverpleging aanvraagt voor gerichte informatie en advies of verpleegkundige begeleiding.

De huisarts informeert de wijkverpleegkundige schriftelijk over de medische aspecten van de diagnose en prognose en voegt daaraan, indien mogelijk, een kopie van de ontslagbrief van het ziekenhuis of de revalidatie-instelling toe.

Afstemming

Wanneer wijkverpleegkundige zorg of begeleiding is ingezet, is adequate samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige noodzakelijk. Zij spreken af wie de rol van zorgcoördinator (zie kader) vervult. De zorgcoördinator stelt het zorgplan op waarin de behandel- en zorgdoelen worden vastgelegd en een taakverdeling wordt afgesproken.

Het zorgplan wordt door de zorgcoördinator in een zorgdossier genoteerd. Huisarts en wijkverpleegkundige houden elkaar ook via het zorgdossier, dat bij de patiënt aanwezig is, op de hoogte van veranderingen in het beleid en in de situatie van de patiënt en diens mantelzorgers/naasten. Ook andere behandelaars, zoals een logopedist, ergotherapeut of fysiotherapeut, noteren de voortgang van hun behandeling in het zorgdossier. Het is van belang dat alle afspraken in het zorgdossier zo worden geformuleerd dat deze ook voor de patiënt en diens mantelzorgers/naasten duidelijk zijn.

Het zorgdossier bevat gegevens over:

- medische en verpleegkundige overdracht vanuit het ziekenhuis of de intramurale revalidatie-instelling;
- relevante medische voorgeschiedenis en comorbiditeit;
- de actuele situatie van de patiënt met betrekking tot somatiek, ADL-functies, maatschappelijk functioneren, psychisch functioneren en communicatie;
- medicatie(beleid);
- afspraken met andere hulpverleners;
- beschikbaarheid en draagkracht van mantelzorgers/naasten.

Zorgcoördinator

De zorgcoördinator wordt benoemd in overleg met de patiënt en diens mantelzorgers/naasten. De zorgcoördinator is een van de betrokken hulpverleners en niet een mantelzorger, familielid of extra hulpverlener.

De zorgcoördinator is verantwoordelijk voor de samenhang in het zorgaanbod en voor de aansluiting hiervan op de behoefte van de patiënt en diens mantelzorgers/naasten. De zorgcoördinator stelt samen met de betrokken hulpverleners het gezamenlijke beleid en de taakverdeling tussen de betrokken hulpverleners vast. Rapportage, overdracht en onderlinge afstemming zijn belangrijke vereisten.

Hierbij is het van belang dat de verschillende partijen een gelijkgestemde visie hanteren ten aanzien van de interpretatie van de zorgvraag.

De zorgcoördinator fungeert als primair aanspreekpunt voor de patiënt en diens mantelzorgers/naasten, en overlegt regelmatig met hen.

Voortgang

De huisarts en de wijkverpleegkundige besteden speciale aandacht aan de draagkracht van de mantelzorgers en zij dienen alert te zijn op toename van de zorglast van de mantelzorgers. Hierbij zijn zij zich ervan bewust dat in het bijzonder vrouwelijke mantelzorgers het moeilijk vinden om uit zichzelf aan te geven dat de zorg te zwaar wordt. Ook na langere tijd kan de draagkracht van de mantelzorger nog afnemen, bijvoorbeeld door teleurstelling over het uitblijven van verder herstel of doordat cognitieve problemen meer op de voorgrond komen te staan. Wanneer de ondersteunende zorg thuis tekort dreigt te schieten, worden in gezamenlijk overleg tussen huisarts en wijkverpleegkundige tijdig ondersteunende maatregelen genomen, zoals het inschakelen van vrijwilligers, dagopvang of psychosociale ondersteuning voor de mantelzorger.

Wanneer er nog wel functionele beperkingen zijn, maar er geen functieherstel meer is te verwachten, kan de CVA-patiënt worden beschouwd als een chronisch zieke bij wie de huisarts geregeld, bijvoorbeeld eens in de drie maanden, controlebezoeken aflegt. Afhankelijk van de beperkingen en de comorbiditeit maakt de huisarts afspraken met de patiënt en diens mantelzorger/naasten over de wijze waarop periodiek contact zal worden onderhouden. Tijdens deze controlebezoeken bestaat de huisarts aandacht aan het fysieke, psychische en sociale functioneren van de patiënt; de begeleiding richt zich dan vooral op acceptatie van en het omgaan met blijvende beperkingen. In

onderling overleg kunnen deze controlebezoeken worden afgestemd met periodieke huisbezoeken van de wijkverpleegkundige of voor een deel worden overgedragen aan de wijkverpleegkundige.

Aandachtspunten voor bespreking in de regio

- Is er regionaal een stroke service of andere vorm van ketenzorg en welke afspraken zijn er gemaakt?
- Als er geen stroke service is: wat is de rol van de verschillende partijen in de nazorg?
- Zijn er afspraken met thuiszorgorganisaties over de inzet van wijkverpleegkundigen?
- Zijn er andere partijen dan het CIZ (bijvoorbeeld een transferverpleegkundige) die een indicatie(advies) geven voor thuiszorg en zo ja, wat is hierover afgesproken?
- Zijn er gespecialiseerde CVA-wijkverpleegkundigen aanwezig?
- Is het voorlichtingsmateriaal van huisarts en wijkverpleegkundige op elkaar afgestemd?
- Welke anamneselijst gebruikt de wijkverpleegkundige voor het inventariseren van de zorgbehoefte bij CVA-patiënten en hun mantelzorgers/naasten?
- Zijn er regionaal afspraken gemaakt met logopedisten, fysiotherapeuten en ergotherapeuten over eerstelijnsrevalidatie?
- Hoe is de beschikbaarheid van vrijwilligers, dagopvang, allochtone zorgconsulenten, enzovoort?

Totstandkoming

In januari 2006 startte een werkgroep van huisartsen en wijkverpleegkundigen, benoemd door het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Landelijke Vereniging voor Wijkverpleegkundigen. Namens het NHG hadden in deze werkgroep zitting: dr. G.H.M.I. Beusmans, A.M.C. Raat en dr. Tj. Wiersma, allen huisarts, en dr. E. Faber en dr. J.A. Vriezen, stafleden.

Namens V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen (voorheen LVW) hadden zitting: drs. M. de Bont, beleidsadviseur, H. Eekma, I. Kapitein en S. van Nood, CVA-wijkverpleegkundigen.

De belangrijkste discussiepunten tijdens de werkgroepbijeenkomsten waren:

- de rol van een (CVA-)wijkverpleegkundige bij patiënten met een CVA;
- de functie van de huisarts in het signaleren van de behoefte aan verpleegkundige zorg of extra advies en voorlichting;
- tijdsduur van de revalidatie;
- op welke wijze kan een (CVA-)wijkverpleegkundige worden ingezet;
- aandacht voor de mantelzorger;
- hoe is de zorg ingebed in de CVA-ketenzorg.

In september 2006 is een conceptversie ter becomingariëring voorgelegd aan een steekproef van 50 huisartsen (NHG-leden). V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen heeft de conceptversie voorgelegd aan een selectie van 25 wijkverpleegkundigen. Er werd commentaar ontvangen van 10 huisartsen en 9 wijkverpleegkundigen. Tevens werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten

dr. H.J.C.M. Pleumeekers, huisarts, dr. J. Schuling, huisarts, dr. C.L. Franke, neuroloog Nederlandse Hartstichting, dr. T.B. Hafsteinsdottir, verplegingswetenschapper, M. Wijlens, CVA-verpleegkundige, en drs. C. Kok, namens de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. Naamsvermelding als referent betekent niet dat iedere referent de LESA inhoudelijk op elk detail onderschrijft. In december 2006 is de concepttekst door het NHG bestuurlijk vastgesteld. Aansluitend is de LESA vastgesteld door het bestuur van V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen. De coördinatie was in handen van dr. E. Faber (NHG) en drs. M. de Bont (V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen). S. Flikweert, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker van het NHG, was als projectleider betrokken bij het realiseren van deze LESA. Via het Netwerk Eerstelijns Organisaties (NEO,

www.neonetwerk.nl) werd subsidie van het ministerie van VWS verkregen voor de totstandkoming van de LESA CVA.

© 2007 Nederlands Huisartsen Genootschap en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Eerstelijnsverpleegkundigen.

Literatuur

- 1 Verhoeven S, Beusmans GHM, Van Bentum STB, Van Binsbergen JJ, Pleumeekers HJCM, Schuling J, et al. NHG-Standaard CVA M81. Huisarts Wet 2004;47(101):509-20. Zie ook <http://www.nhg.org>.
- 2 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn beroerte 2000. Alphen a/d

Rijn: Van Zuiden Communications, 2000. Zie ook <http://www.cbo.nl>.

- 3 Van Heugten CM, redactie. Revalidatie na een beroerte: Richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2001. Zie ook <http://www.hartstichting.nl>.
- 4 Visser-Meily A, Van Heugten C, redactie. Zorg voor de mantelzorg: Richtlijnen en aanbevelingen voor de begeleiding van naasten getroffen door een beroerte. Den Haag, Nederlandse Hartstichting, 2004. Zie ook <http://www.hartstichting.nl>.
- 5 Giesen AGM, Franke CL, Wiersma Tj, Van Binsbergen JJ, Boiten J, Flikweert S, et al. Landelijke Transmurale Afspraak TIA/CVA. Huisarts Wet 2004;47(11):521-6. Zie ook <http://www.nhg.org>.