

Groeiende samenwerking in de CVA-zorgketen

ZELFEVALUATIE STIMULEERT DE DOORONTWIKKELING

Jaarlijks krijgen zo'n 46.000 mensen een beroerte, ook wel aangeduid met cerebrovasculair accident (CVA) (Vaartjes, 2010). Voor goed herstel van mensen met een beroerte, is integrale zorg letterlijk van levensbelang. In dit artikel bekijken we hoe CVA-zorgketens zich tussen 2012 en 2015 ontwikkeld hebben en voor welke uitdagingen zij nog staan.

Door: I.J. Middelkoop, L. Vat, M.M.N. Minkman

Een CVA, ofwel beroerte, komt veel voor. In 2011 waren er in Nederland naar schatting 174.400 mensen met een beroerte; ongeveer 90.900 mannen en 83.500 vrouwen. In de periode 2001-2011 steeg de prevalentie van beroerte enorm: bij mannen met bijna 70% en bij vrouwen met ruim 55%. Een deel van deze stijging is te verklaren door demografische ontwikkelingen, zoals groei en vergrijzing van de bevolking. Het grootste deel van de stijging van beroerte is echter te verklaren door epidemiologische ontwikkelingen, zoals een toename van overgewicht (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014). De behandeling en de zorg voor deze CVA-patiënten is complex en kostbaar doordat deze langdurig is en vaak in ver-

schillende (zorg)instellingen plaatsvindt. Door de organisatie van integrale zorg te optimaliseren, kunnen onnodige zorgkosten worden voorkomen en kan tegelijkertijd de kwaliteit van de zorg voor de patiënt worden verbeterd (Struijs, 2009; Nolte, 2014). Deze afstemming en coördinatie wordt vormgegeven in zogeheten CVA-zorgketens: regionale netwerken van zorgverleners, die gezamenlijk een integrale, deskundige en samenhangende zorg en behandeling voor CVA-patiënten waarborgen in alle fasen van de aandoening. Deze ontwikkeling is al in de jaren 90 in gang gezet en inmiddels telt Nederland zo'n 78 CVA-ketens (Kennisnetwerk CVA Nederland, 2012).

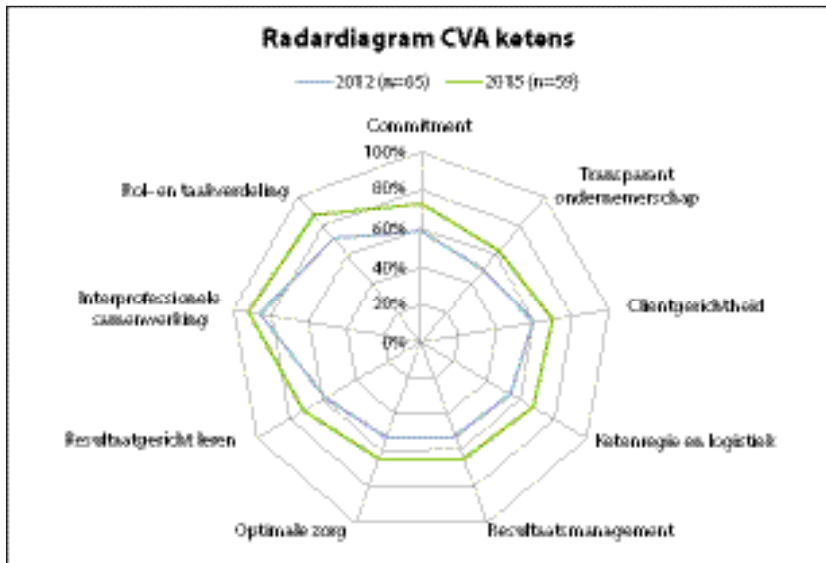
Kwaliteitsmodel

Vrijwel alle CVA-zorgketens in Nederland zijn aangesloten bij het Kennisnetwerk CVA Nederland (KNCN), een door het veld opgerichte stichting die tot doel heeft om verdere verbetering van de landelijke CVA-zorg in de acute, revalidatie- en chronische fase te stimuleren (www.kennisnetwerkcva.nl). KNCN faciliteert kennisuitwisseling in de CVA-zorgketens en streeft naar verbetering door kwaliteit zichtbaar te maken met door de CVA-zorgketens gerapporteerde kwaliteitsindicatoren. Het KNCN heeft hiertoe twee instrumenten ontwikkeld; ten eerste een indicatorenbenchmark op patiëntniveau met zorginhoudelijke (medische) en procesmatige indicatoren. Ten tweede biedt KNCN aan de aangesloten zorgketens een zelfevaluatie aan over de organisatie van integrale zorg in de keten. Voor deze zelfevaluaties benut KNCN het Ontwikkelingsmodel voor Keten-zorg (OMK) (Minkman, 2011), een gevalideerd kwaliteitsmodel voor integrale zorg. Het OMK gaat uit van negen clusters van elementen die van belang zijn om een goede keten te realiseren (zie kader) en definieert vier fasen van ontwikkeling (zie kader).

Ontwikkelingsmodel voor Keten-zorg

Het Ontwikkelingsmodel voor Keten-zorg (OMK) benoemt negen clusters. Per cluster worden in het zelfevaluatie-instrument gevraagd welke elementen goede ketenzorg vormen. De negen clusters zijn:

- 1: Cliëntgerichtheid
- 2: Ketenregie en logistiek
- 3: Resultaatsmanagement
- 4: Optimale zorg
- 5: Resultaatgericht leren
- 6: Interprofessionele samenwerking voor doelgroepen
- 7: Rol- en taakverdeling
- 8: Ketencollegialiteit
- 9: Transparant ondernemerschap



Figuur 1 Radardiagram met resultaten van de zelfevaluatie

Op basis van het OMK heeft Vilans in samenwerking met KNCN een digitaal zelfevaluatie-instrument ontwikkeld waarmee een zorgketen kan bepalen in welke ontwikkelfase de keten zich bevindt en waar op de negen clusters van het model de belangrijkste aangrijpingspunten

Vier ontwikkelingsfasen

Het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg beschrijft vier ontwikkelingsfasen, hier zeer beknopt weergegeven:

■ Initiatief- en ontwerpfase

De ketensamenwerking is opgestart of wordt geïntensiveerd. Er wordt gesproken over een gezamenlijk erkend probleem, alsmede de noodzaak en (on)mogelijkheden om hier gezamenlijk mee aan de slag te gaan. De doelgroep en het ketenproces zijn in kaart gebracht, evenals behoeften van klanten en diverse stakeholders.

■ Experiment- en uitvoeringsfase

Er worden projecten of experimenten uitgevoerd. Doelen en inhoud van de ketensamenwerking worden aangescherpt en vastgelegd in afspraken en zorgpaden. Ketenpartners bereiken afstemming middels een ketenoverleg en door het benoemen van een persoon met een coördinerende rol.

■ Uitbouw- en monitoringsfase

De projecten zijn ingebed in of volgroeid tot een ketenprogramma. Afspraken over inhoud, taken en rollen en de organisatie van zorg zijn helder en liggen vast. Samenwerking is niet vrijblijvend. De resultaten worden systematisch gemonitord en verbeterpunten opgepakt.

■ Verduurzamings- en transformatiefase

De ketenzorg vormt de reguliere werkwijze en zorg. Een coördinatiepunt op ketenniveau is operationeel, informatie wordt gedeeld, overgedragen en teruggekoppeld. Organisatorische structuren transformeren of zijn nieuw ontworpen rondom de ketenzorg. Financiering is geregeld in integrale ketencontracten tussen aanbieder(s) en financiers. Er is sprake van continue verbetering en analyse van klant- en stakeholderbehoeften.

liggen om door te ontwikkelen. De CVA-zorgketens aangesloten bij het KNCN hebben tweemaal, in 2012 en in 2015, deze zelfevaluatie uitgevoerd. De evaluaties gaven hen een uniek inzicht in de ontwikkeling van de CVA-zorg op twee momenten in de tijd, en boden handvatten voor de verdere ontwikkeling van de zorgketen. In dit artikel worden de resultaten van de zelfevaluaties besproken. Welke ontwikkelingen maakten CVA-zorgketens door in de afgelopen jaren? Wat valt hierin op? En in hoeverre kan zelfevaluatie als aanpak bijdragen aan de ontwikkeling van de ketens?

De zelfevaluatie

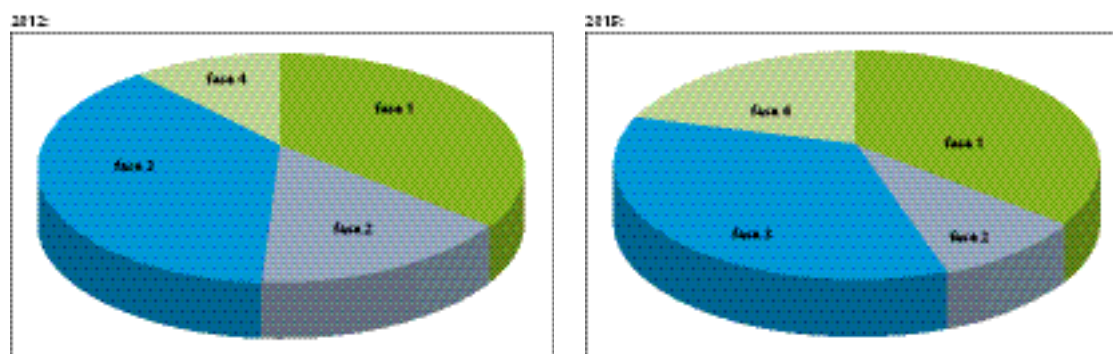
In 2012 zijn alle bij KNCN aangesloten zorgketens uitgenodigd deel te nemen aan het zelfevaluatie-instrument in de vorm van een digitale vragenlijst (Middelkoop, 2013). Van de 78 uitgenodigde ketens namen er 65 deel (respons: 83%). Per keten beantwoordden de ketencoördinatoren de vragen uit de vragenlijst, al dan niet in afstemming met de achterban. Zij gaven aan welke van de 98 elementen van integrale zorg in hun keten aanwezig waren en welke van deze in hun ogen prioriteit hadden voor ontwikkeling. Daarnaast werd gevraagd in welke van de vier ontwikkelingsfasen van het model zij hun CVA-keten zouden positioneren. Per keten is vervolgens een totaalscore berekend. Na het invullen van de zelfevaluatie zagen de coördinatoren meteen hun eigen score betreffende de ontwikkelingsfase en clusters. Elke zorgketen ontving een beknopt persoonlijk rapport met resultaten van de eigen keten met suggesties voor hoe hun zorgketen verder te ontwikkelen. Het KNCN verzorgde daarnaast een analyse van de landelijke resultaten. Begin 2015 bood het netwerk zorgketens opnieuw de mogelijkheid om de zelfevaluatie in te vullen. Ditmaal namen 59 ketens deel (respons: 78%). In totaal namen 53 ketens (66%) deel aan de zelfevaluatie in zowel 2012 als 2015. Dit leverde de ketens en het KNCN de unieke mogelijkheid om over een periode van drie jaar de ontwikkeling in CVA-zorg te duiden. Met als uiteindelijk doel optimalisering van de zorg voor CVA- patiënten.

Kenmerken zorgketens

Tabel 1 geeft inzicht in de kenmerken van de ketens in beide jaren. De tabel laat zien dat de variatie tussen de ketens groot is. Zo zijn er jonge ketens die pas een jaar bestaan, maar ook organisaties die de zorg voor CVA-patiënten al twintig jaar in ketenverband zeggen uit te oefenen. Ook de omvang van de ketens verschilt: van kleine ketens met minder dan 100

Gegevens keten	Landelijke situatie 2012 (n=65)	Landelijke situatie 2015 (n=59)
Leeftijd keten	Gemiddeld 9 jaar (spreiding: 1 jaar - 17 jaar)	Gemiddeld 12 jaar (spreiding: 1 jaar - 20 jaar)
Totaal aantal zorgorganisaties	Gemiddeld 6,6 zorgorganisaties (spreiding: 2 - 19 ketenpartners)	Gemiddeld 7 zorgorganisaties (spreiding: 2 - 19 ketenpartners)
Aantal CVA-patiënten per jaar	Gemiddeld 380 patiënten (spreiding: 100 - 1552 patiënten)	Gemiddeld 475 patiënten (spreiding: 79 - 1650 patiënten)
Samenstelling ketenbrede werkgroepen	Alleen managers: 3% Alleen professionals: 13% Beide: 69% Geen werkgroepen aanwezig: 15%:	Alleen managers: 2% Alleen professionals: 15% Beide: 74% Geen werkgroepen aanwezig: 9%:
Ketencoördinator aanwezig	Ja: 90%	Ja: 100%
Aantal uren per week	Gemiddeld 8 uur per week (spreiding: 0-24 uur)	Gemiddeld 8,2 uur per week (spreiding: 0-24 uur)
Samenwerkingsovereenkomst aanwezig in de keten	Ja: 84%	Ja: 88%
Stuurgroep overleg	Ja: 76%	Ja: 88%
Regulier overleg met zorgverzekeraars	Ja: 49%	Ja: 34%
Regulier overleg met de gemeente	Ja: 7%	Ja: 8%
Dataverzameling	Ja: 87%	Ja: 95%
Keteninkoop afspraken met zorgverzekeraars	Ja: 50%	Ja: 54 %

Tabel 1 Kenmerken van de deelnemende ketens



Figuur 2 verdeling van de CVA zorgketens per fase van het OMK

CVA-patiënten per jaar, tot de grootste met meer dan een ziekenhuis, die jaarlijks 1650 CVA-patiënten ontvangt. Veel van de ketens hebben hun samenwerking geformaliseerd in een overeenkomst en hebben stuur- en werkgroepen ingericht. De afgelopen jaren is het verzamelen van kwaliteitsgegevens in de CVA-zorg, zoals bijvoorbeeld trombolyspercentage, gezondheidstoestand en verblijfsduur, toegenomen. Dit komt mede door de benchmark van KNCN op uitkomst- en proces indicatoren. In vergelijking met drie jaar geleden is er in 2015 geen toename te zien in het contact van de ketens met de gemeente. In 2015 hadden de ketens minder overleg met de zorgverzekeraars dan tijdens het meetjaar 2012.

Positief beeld

Het radardiagram (figuur 1) laat het gemiddel-

de percentage elementen zien dat aanwezig is binnen ieder cluster van ketenzorg in 2012 en 2015. Hoe verder de lijnen naar de buitenkant van het spinnenweb zijn geplaatst, hoe meer aspecten van ketenzorg aanwezig zijn (maximaal 100%). We zien een verschil in uitkomst tussen de twee metingen. De radardiagrammen laten zien dat er in 2015 op alle clusters hoger wordt gescoord dan drie jaar eerder. Gemiddeld zien we dat de deelnemende CVA-zorgketens aandacht besteden aan alle clusters en de figuur is opvallend gelijkmatig verdeeld over de clusters. Dit is een positief beeld; er is bewustzijn en wordt gewerkt aan heel verschillende aspecten van de organisatie van ketenzorg, die alle relevant zijn. Tegelijkertijd zien we dat op alle clusters nog verdere ontwikkeling mogelijk is. Dit diagram van gemiddelden geeft nog geen informatie over de situatie in de

afzonderlijke zorgketens. Deze varieert sterk. In enkele ketens ontbreken elementen van sommige clusters nog volledig.

Een fase verder?

In de vragenlijst is aan de ketencoördinatoren gevraagd in welke van de vier ontwikkelingsfasen van het model zij hun CVA-zorgketen zouden positioneren. Figuur 2 laat de verdeling van de CVA-ketens zien over de verschillende fasen in 2012 en in 2015. Verhoudingsgewijs bevinden zich in 2015 meer ketens in ontwikkelingsfase 4 (21% vs 12%) en minder in ontwikkelingsfase 2 (9% vs. 15%) dan in 2012. Procentueel gezien is het aantal ketens in fasen 1 en 3 ongeveer gelijk gebleven (36% vs. 36% resp. 37% vs. 35%). In drie jaar tijd heeft er ook ontwikkeling van de ketens plaatsgevonden: 22 ketens zijn één, twee of drie fasen vooruit gegaan. We zien dat 18 ketens zich in 2015 nog in dezelfde fase bevinden als in 2012. Voor 13 ketens geldt dat zij zich in 2015 positioneren in een eerdere fase. De ketens in fase 4 bestaan het langste; gemiddeld 13 jaar met een spreiding tussen de 6 en 20 jaar. De ketens in fase 1 variëren in leeftijd. Sommige bestaan één jaar in de huidige vorm, andere ketens geven aan tien jaar of langer te bestaan. In 2012 waren er drie ketens waarbij nog niet voldoende elementen ontwikkeld waren om fase 1 te hebben doorlopen.

Bevorderend en belemmerend

Ketencoördinatoren gaven in de zelfevaluatie aan wat zij zien als bevorderende en belemmerende factoren voor ketenontwikkeling. Als bevorderende factoren noemt men: korte lijnen, gedreven professionals, vertrouwen en commitment. Ook wordt helderheid over een ketenbreed zorgpad als cruciale factor voor (verdere) ontwikkeling genoemd. Draagvlak hiervoor binnen het management is van belang, evenals het gezamenlijk werken aan scholing en jaarplannen, en een ketenprotocol met duidelijk omschreven visie en bevoegdheden. De aanwezigheid van een actieve ketencoördinator wordt onmisbaar geacht voor de samenhang in de keten. De wens van de ketens is dat deze rol structureel geborgd is. Gebrek aan financiering voor de keten wordt genoemd als belemmerende factor voor ontwikkeling. Door de DBC-structuur is de huidige financiering versnipperd en komen functies als die van ketencoördinator in gevaar. Ten aanzien van ketenpartners bestaat de wens om vooral de eerste lijn meer als samenwerkingspartner te laten bijdragen aan de keten.

Conclusie

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat CVA-ketens zich tussen 2012 en 2015 doorontwikkelden. In 2015 zijn meer aspecten van ketenzorg aanwezig in de CVA-ketens. Tevens gaven in 2015 meer ketens aan een fase verder te zijn, hoewel de resultaten laten zien dat de fasen niet altijd volgtijdelijk hoeven te zijn, ook een 'terugval' naar eerdere fasen komt voor. Tegelijkertijd zien we dat op alle clusters nog verdere ontwikkeling mogelijk is. Aan de zelfevaluatie namen ongeveer 80% van de in Nederland aanwezige CVA-zorgketens deel, verspreid over het land, met wisselende kenmerken (zoals betrokken ketenpartners, grootte, levensduur). 66% van de ketens nam zowel in 2012 als in 2015 aan de zelfevaluatie deel. De beschreven resultaten kunnen ons inziens als representatief worden beschouwd voor de ontwikkeling van de Nederlandse CVA-zorgketens.

Blijven ijken

Het ontwikkelen en verbeteren van de organisatie van zorg voor mensen met een beroerte heeft in Nederland al vele jaren de aandacht, vooral van betrokken professionals, zorgaanbieders en patiëntenverenigingen. Deze ontwikkeling om meer samenhangende zorg te organiseren blijft relevant, juist in de huidige context van veranderende regelgeving en noodzakelijke samenwerking tussen domeinen. Opvallend is dat er in vergelijking met drie jaar geleden geen toename te zien is in het contact van de ketens met de gemeente. Met de invoering van de Wet Langdurige Zorg (per 2015) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, is de gemeente een belangrijke speler in de chronische fase. Ook laat de zelfevaluatie zien dat de ketens minder overleg hebben met de zorgverzekeraars, terwijl behandeling en revalidatie onder het regime van de Zorgverzekeringswet een belangrijk onderdeel van de keten is. Alle veranderingen en ook het ontwikkelen naar samenwerkingsverbanden gericht op een bredere doelgroep (zoals hersenletsel in brede zin) kan ook vragen om een pas op de plaats of een heroriëntatie. In de CVA-zorg speelt bijvoorbeeld dat helder moet worden hoe en of de CVA-zorgketens zich verhouden tot de ontwikkeling van hersenletselcentra en de netwerken voor niet-aangeboren hersenletsel, maar ook tot de netwerken voor ouderenzorg of bijvoorbeeld palliatieve zorg. Blijven ijken en waar nodig transformeren is van belang om adaptief in de context te kunnen doorontwikkelen.

Maar ook de CVA-zorg zelf is veranderd. Zo wordt inmiddels een nieuwe behandelmethode

toegepast waarbij via een prik in de lies een dunne katheter via een bloedvat wordt opgeschoven tot in de afgesloten slagader in de hersenen. Vervolgens wordt het stolsel via deze katheter verwijderd (Berkhemer, 2015). Omdat niet elk ziekenhuis deze nieuwe specialistische behandeling kan uitvoeren, wordt er door het toegenomen aantal transfers een nog groter beroep gedaan op afstemming en samenwerking niet alleen binnen de keten, maar ook keten overstijgend. Samenwerking in de keten blijft dus essentieel, en lijkt eerder complexer dan eenvoudiger te worden in de toekomst.

Juiste data

De interessante vraag is – natuurlijk- welke invloed de samenwerking heeft op de uitkomsten van de zorg en of de patiënt er wat mee op schiet. De beschikbaarheid van een landelijke benchmark gericht op de organisatie van CVA-zorg en uitkomsten van CVA-zorg onder beheer van het KNCN geeft hier mogelijkheden toe. Van belang is dat de juiste data beschikbaar zijn, en dat het verzamelen van data in de praktijk zo dicht mogelijk gekoppeld is aan het primaire proces. Dan kan gebouwd worden aan permanente analyse van de ontwikkeling van CVA-zorg in Nederland. De eerste analyses zijn uitgevoerd, maar de kwaliteit van de data vraagt nog meer door ontwikkeling om harde conclusies te kunnen trekken. Voor de toekomst is dit zeker een interessante richting om praktijk en onderzoek te koppelen.

Ketenvisitatie

Hoewel de CVA-zorgketens zich verder lijken te ontwikkelen, zijn handvatten om te verbeteren en te leren van elkaar wenselijk. Het OMK is een bruikbare tool gebleken om de ontwikkeling van CVA- zorgketens in beeld te brengen en te stimuleren. Ketencoördinatoren blijven deelnemen aan de evaluatie en zijn actief aan de slag gegaan met de resultaten. Om de CVA ketenzorg verder te stimuleren biedt KNCN haar leden met ingang van 2016 visitaties aan. De werkgroep Sturing en Borging van KNCN heeft hiertoe een visitatie-instrument ontwikkeld met input uit het OMK, de Zorgstandaard

CVA/TIA (Kennisnetwerk CVA, 2012) en de CVA Benchmark van het KNCN (uitkomstindicatoren). Doel van de visitatie is het vaststellen van de ontwikkeling van de CVA-zorgketen, waarbij handreikingen worden geboden voor verbetering. De keten krijgt een enthousiasmerende spiegel voorgehouden, welke een stimulans moet zijn voor het zetten van nieuwe stappen in de ontwikkeling van de keten. Ketenvisitatie, waarbij ook onderling leren belangrijk is, is vooralsnog uniek in Nederland. Leren, inhoudelijke kennis, kennis over integrale zorg en dit toepassen in een praktische kwaliteitsmethodiek komen hier samen. Een interessante ontwikkeling om te volgen, die andere samenwerkingsverbanden wellicht tot voorbeeld kan gaan dienen.

Literatuur

- Berkhemer O.A. et. Al. (2015). *A randomized trial of intra-arterial treatment for acute ischemic stroke*, New England Journal of Medicine, 372, 1, p.11-20.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. *Hoe vaak komt een beroerte voor en hoeveel mensen sterven eraan?* Website: www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/hartvaatstelsel/beroerte/omvang. Update: 25 juni 2014. Geciteerd op 10 april 2016.
- Nolte, E., Knai, C., Saltman, R. (2014). *Assessing chronic disease management in European health systems. Concepts and approaches*. WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health and policies, Copenhagen.
- Middelkoop I. (2013) *Rapportage CVA Benchmark*. (downloadbaar op www.kennisnetwerkcv.nl).
- Middelkoop, I. (2013). *Zicht op CVA zorgketens met zelfevaluatie*, Kwaliteit in Zorg, 5, p.30-34.
- Minkman, M.M.N. (2012). *Developing Integrated Care. Naar een ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg*. Proefschrift. Kluwer: ISBN 978 90 13 10026 6. Downloadbaar op www.vilans.nl
- Kennisnetwerk CVA Nederland. *Zorgstandaard CVA/TIA* (2012). Downloadbaar op www.kennisnetwerkcv.nl.
- Struijs, J.N., van Til J.T., Baan C.A. (2009). *Experimenteren met de keten-dbc diabetes*. RIVM 260014001, Bilthoven.
- Vaartjes, I. (2010). *Hart- en vaatziekten in Nederland*. Nederlandse Hartstichting, Den Haag.

Informatie over de auteurs

I.J. Middelkoop, projectcoördinator Kennisnetwerk CVA Nederland.

Drs. L. Vat, (voormalig) adviseur Vilans, nu Researcher Memorial University Newfoundland.

Prof. dr. M.M.N. Minkman, Directeur Innovatie en Onderzoek Vilans/ Bijzonder hoogleraar Innovatie van organisatie en governance van de langdurende integrale zorg, Universiteit van Tilburg/TIAS