

Van CVA-zorg naar geïntegreerde CVA-zorg

HEDENDAAGSE CVA-ZORGKETENS ZIJN 'SECOND BEST'

Een persoon die door een acute beroerte getroffen wordt heeft snel hulp nodig en helaas regelmatig ook langdurige chronische zorg. Die zorg wordt tegenwoordig verleend binnen een transmurale stroke service, een wat vrijblijvend samenwerkingsverband. De stroke service is een grote vooruitgang ten opzichte van het niet hebben van dit organisatieverband. Optimaal is de huidige CVA-zorg daarmee nog niet. Er is nog steeds sprake van 'verkeerdebedproblematiek', van vele overdrachtsmomenten van een patiënt van het ene team naar het volgende, van diverse geldstromen met bijbehorende problemen. We denken dat het beter kan.

Door: M. Limburg en L. Naber



Martien Limburg



Lars Naber

Een persoon die door een acute beroerte (CVA = cerebrovasculair accident = stroke) getroffen wordt heeft snel hulp nodig in het ziekenhuis en helaas regelmatig ook langdurige chronische zorg. Binnen het ziekenhuis moet zo snel mogelijk de juiste diagnose worden gesteld en dient een zeer snelle behandeling gegeven te worden. Bijna tegelijkertijd begint het revalidatietraject en het cardiovasculaire risicomanagement. CVA-zorg wordt tegenwoordig verleend binnen een transmurale stroke service. Deze samenwerking bestaat bij de meeste ziekenhuizen en wordt gekenmerkt door vrijblijvendheid. Een werkzame stroke service betekent een grote vooruitgang ten opzichte van het niet hebben van dit organisatieverband.

In dit artikel geven wij aan waar de zorg niet voldoet en geven we potentiële oplossingsrichtingen aan. Onder meer blijven de volgende knelpunten zich voordoen: verkeerdebedproblematiek, vele overdrachtsmomenten van een patiënt van het ene team naar het volgende en diverse geldstromen met bijbehorende problemen.

Huidig zorgproces beroerte

Problemen die in de hedendaagse CVA-zorg voorkomen betreffen:

1. de acute fase: het aantal patiënten dat daadwerkelijk getrombolyseerd wordt is in Nederland rond de 12%, op grond van onderzoeksschattingen zou dat het dubbele kunnen zijn (Boode e.a., 2007);
2. het revalidatieproces dient direct na de beroerte gestart te worden en er zijn aanwijzingen dat dat sneller en effectiever kan (Limburg e.a., 2010). Een bijkomend probleem is dat de continuïteit en coördinatie van de zorg niet optimaal zijn. Een patiënt wordt een aantal keren door een team in behandeling genomen en vervolgens overgedragen aan de volgende schakel in de keten. Naast dubbel werk is er regelmatig sprake van verkeerdebeddagen. Dit zijn allemaal zaken die ten nadele zijn van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg;
3. in de chronische fase worden zorgtekorten ondervonden door patiënt en partner. Er is onduidelijkheid wie de aanspreekpersoon is voor de CVA-zorg; mensen voelen zich daar-

door vaak in de steek gelaten. Opvallend is dat de medicatiетrouw relatief laag is.

Gezien de hoge ziekteelast die een beroerte veroorzaakt voor patiënt en partner en daarmee ook voor de maatschappij en gezien de verwachte stijging, vanwege de vergrijzing, in aantal patiënten dat een beroerte heeft doormaakt, is het noodzakelijk met betere en kosteneffectievere zorgvormen te komen. In dit artikel schetsen wij de contouren van een nieuwe CVA-zorg die patiënten centraal stelt, allesomvattend is, geen financieringsschotten en eerste of tweede lijnen kent, tot betere uitkomsten leidt en kosteneffectief is. Het is een integraal programma voor 'disease and disability management'.

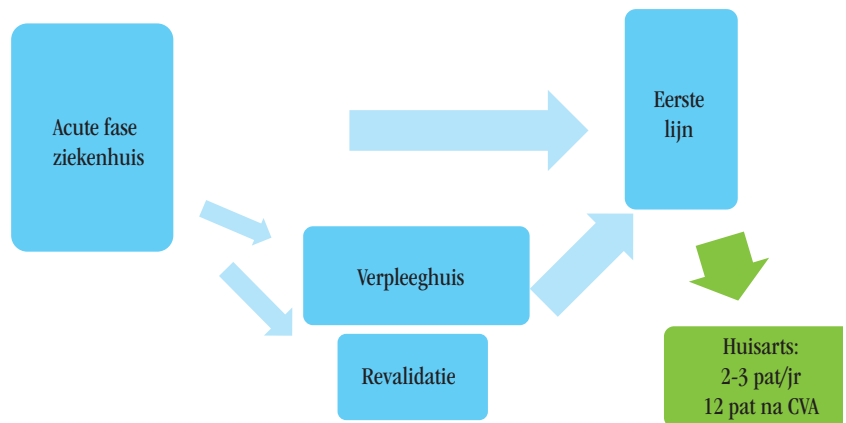
Hoe is de CVA-zorg nu geregeld

In figuur 1 staat schematisch het zorgproces in een denkbeeldige huidige keten uitgebeeld. Patiënten worden acuut opgenomen, gediagnosticeerd, behandeld, de revalidatie wordt al in het ziekenhuis gestart en cardiovasculair risicomanagement wordt uitgevoerd, eventueel wordt vlot een carotisendarterectomie verricht. Mensen die een beroerte hebben doorgemaakt zijn lang niet altijd in staat om zonder enige hulp zelfstandig weer thuis te wonen. Na een ziekenhuisopname gaat rond de 65% van de patiënten weer naar huis, veel patiënten verblijven enige tijd in een revalidatieprogramma in het verpleeghuis en de wat jongere patiënten gaan soms via een intramuraal revalidatietraject in een revalidatiecentrum weer naar huis. Ongeveer 10% van de patiënten is na 30 dagen overleden.

Dit model heet een stroke service als er structureel wordt samengewerkt. Veelal zijn er afspraken over klinimetrie, overnames, communicatie en continuïteit. We weten dat een dergelijke stroke service een belangrijke verbetering voor de zorg heeft betekend. Uit Nederlands onderzoek is gebleken dat de kwaliteit van zorg in een dergelijke organisatievorm omhoog gaat en dat de kosten met ongeveer 13% dalen (Struijs e.a., 2006).

Wat kan er beter?

In de huidige zorg wordt trombolysen nog onvoldoende toegepast. In Nederland wordt trombolysen bij ongeveer 12% van alle patiënten met een beroerte verricht. Dit zou op theoretische gronden, als iedereen op tijd in het ziekenhuis zou komen, mogelijk wel 25% kunnen zijn. Een ander bezwaar tegen de huidige zorgorganisatie is dat een patiënt door een aantal verschillende teams achtereenvolgens behandeld



Figuur 1. Huidig proces van zorg voor patiënten met een beroerte. Verschillende aanbieders verlenen zorg aan de patiënt die enkele keren wordt 'overhandigd'. Gevolgen zijn onder meer stoornissen in continuïteit en verkeerde beddagen

wordt; van continuïteit is beperkt sprake. Dat betekent, naast kennismaken met steeds weer nieuwe hulpverleners, ook nog eens verhuizen naar een andere omgeving en daarbij behorende verkeerde beddagen. Hierdoor krijgt iemand, doordat hij niet op de goede plaats is, ook niet de optimale behandeling. Verder ervaren vele patiënten eenmaal thuisgekomen, dat zij moeite hebben de zorg te krijgen waar ze behoefte aan hebben. Thuis is niet altijd de expertise aanwezig die nodig is.

Ook financieel zijn er niet altijd de goede prikkels in het systeem. Om enkele voorbeelden te noemen: voor verpleeghuizen is het moeilijk bedden leeg te houden om een optimale doorstroming uit de stroke unit te garanderen. Ook is er sprake van extra financiële ruimte voor herstelgerichte CVA-zorg in het verpleeghuis gedurende acht weken; dat betekent niet altijd een prikkel om patiënten zo snel mogelijk weer naar huis te laten gaan.

Volstrekt begrijpelijk zijn er grote problemen bij partners van CVA-patiënten. Ongeveer de helft heeft depressieve klachten in het eerste jaar na de beroerte van hun partner.

Er zijn kortom vele problemen en vele zorgantwoorden, die echter weinig op een kwalitatief optimale en kosteneffectieve gestructureerde wijze behandeld worden.

Oorzaken zijn naar onze mening gelegen in de vrijblijvende versplintering die in veel stroke services aanwezig is. Daarnaast zijn de schotten in de financiering van belang, die bevorderen dat de diverse compartimenten in de zorg zichzelf wel optimaliseren, maar dat het geheel, en dat is wat de patiënt ervaart, suboptimaal is.

Hoe kan het anders: geïntegreerde zorg als paradigmaverschuiving

Na bestudering van de beperkingen in de he-

dendaagse CVA-zorg vroegen we ons af of dit anders zou kunnen. Is het mogelijk om de zorg effectiever in te richten waardoor er een prikkel is meer trombolyses te verrichten, de verkeerdebeddagen te verminderen, cardiovasculair risicomanagement beter te doen volgen en de revalidatie te vervroegen en te intensiveren? Wij zijn nu een ontwerp aan het maken voor een entiteit die het mogelijk maakt dat een team de multidimensionale zorg levert die gedurende langere tijd nodig is. Een multidisciplinair team dat bijhoudt waar de patiënt is en signaleert wat de zorgbehoeften zijn. Met behulp van dienstverleningsovereenkomsten worden de hoeveelheid en kwaliteit van de paramedische en medische hulp gewaarborgd. Adequate financieringsarrangementen vanuit

de diverse compartimenten doen de kans op verkeerdebeddagen afnemen. Er worden continu gegevens verzameld die informatie opleveren over zorguitkomsten, zoals de mening van de patiënt over de belangrijke elementen van zorgkwaliteit, de kwaliteit van leven, sterfte, functionele gezondheid en aantal dagen dat CVA-patiënten intramuraal verblijven. Kostenaspecten zoals zorggebruik zullen gemeten worden. Binnen dit concept zal ruimte zijn voor innovatie voor het ontwikkelen en toepassen van eHealth-technieken, het gebruiken van nieuwe revalidatiemethoden of oefenpraktijken. Gepaste integrale financiering bevordert substitutie binnen de eenheid. Introductie van een dergelijke zorgvorm zal gepaard gaan met degelijke evaluatie. Alle betrok-

Voorbeeld

Mevrouw A, 72 jaar oud, bemerkt 's avonds om half tien dat haar linker lichaamshelft niet goed functioneert. Gealarmeerd belt ze 112. De ambulance transporteert patiënte vlot naar het meest nabij gelegen ziekenhuis waar ze om 23.15 arriveert. So far so good, maar nu niet meer. De SEH-arts heeft het druk, er zijn meerdere patiënten die spoedzorg behoeven. Het duurt 15 minuten voordat mevrouw door een arts gezien is. Deze overlegt met de neuroloog die een spoed CT bestelt. Het personeel is hard bezig met twee patiënten die mogelijk fractures hebben na een bromfietsongeval en het duurt even voordat mevrouw A gescand is. 45 minuten na komst op de SEH is mevrouw weer terug van de scan. De CT-scan laat geen afwijkingen zien en de ampul met rtPA wordt geopend voor intraveneuze trombolysie. Het labpersoneel doet zijn uiterste best de uitslagen snel te vinden en uiteindelijk kan de trombolysie plaatsvinden om 00.20, dat is meer dan een uur na binnenkomst en bijna twee uur na het ontstaan van de verschijnselen.

De kansen op goed herstel zijn door de tijd die verlopen is tussen ontstaan van de verschijnselen en trombolysie fors afgenomen, ook al is de behandeling verricht binnen de maximale 4,5 uur.

Op de stroke unit aangekomen worden behandeling, regelmatige controles, vochtbeleid, DVT profylaxe, medicatie en slikscreening ingesteld. Gezien het acute karakter en het feit dat de hemiparese de volgende dag niet weg is, blijft ze een dag te bed en wordt ze de dag daarna gemobiliseerd. De dag daarna komt de fysiotherapeut die haar begeleidt bij het zetten van de eerste stappen.

De late mobilisatie leidt tot hogere kans op complicaties en minder goede kans op verder herstel.

Vanuit de afdeling neurologie kan patiënte via revalidatiezorg op een herstelgerichte afdeling van een verpleeghuis weer naar haar eigen huis. Het duurt even voordat ze op de herstelafdeling opgenomen kan worden, deze is namelijk vol, wat meestal het geval is. Ook ontslag naar huis laat op zich wachten.

De onnodige dagen in het ziekenhuis worden mede veroorzaakt doordat er geen lege bedden zijn in het verpleeghuis. Opnamecapaciteit is nodig voor een doelmatig functioneren van de zorgketen.

Het naar huis gaan wordt belemmerd doordat de voorzieningen thuis, zoals aanpassing van het toilet, niet klaar zijn. Dit was vrij laat aangevraagd toen ontslag naar huis voorbereid werd en moet door de gemeente uitgevoerd worden. Ontslag naar huis vereist goede coördinatie en voorbereiding.

Thuisgekomen lijkt het aanvankelijk goed te gaan, maar na verloop van tijd valt het mevrouw A erg zwaar. Ze is vergeetachtig en kan de dag niet goed plannen. Haar huishoudelijke hulp treft regelmatig grote wanorde aan en vaak is er geen vers voedsel in huis.

Cognitieve defecten na een beroerte zijn frequent en worden lang niet altijd goed herkend. Dit kan de aanpassing thuis ernstig belemmeren.

kenen (patiënten, zorgverleners, management en zorgverzekeraar) zijn nodig om zo'n concept invulling te geven. Overheid en zorgverzekeraars moeten moedig genoeg zijn om dit te faciliteren. Het te ontwikkelen concept moet een antwoord geven op de huidige tekorten in CVA-zorg. Tevens moet het een antwoord leveren op de uitdagingen van de komende jaren. De zorgvraag door CVA-patiënten zal stijgen door vergrijzing en betere overleving. Het zal niet zo zijn dat er evenredig extra personeel beschikbaar is om deze uitdaging het hoofd te bieden. Nieuwe wegen moeten geopend worden en het huidige voorstel biedt kansen.

Literatuur

Boode, B., Welzen, V., Franke, C. en R. van Oostenbrugge, Estimating the number of stroke patients eligible for thrombolytic treatment if delay could be avoided, *Cerebrovasc Dis*, 23, 2007, pp. 294-298.

Limburg, M., Voogdt, H. et al., Rapport *Eerste Fase Zorgstandaard CVA/TIA 2010*, Kennisnetwerk CVA Nederland, Maas-tricht.

Struijs, J.N., Genugten, M.L.L. van, Evers, S.M.A.A., Ament, A.J.H. en C.A. Baan, Future costs of stroke in the Netherlands: The impact of stroke services, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 22, 2006, pp. 518-524.

Wat is bekend?

CVA-zorg is complexe zorg die in complexe zorgketens geleverd wordt. Dit samenwerkingsverband is vaak vrijblijvend, kent tekorten in de zorg, is matig doeltreffend en matig doelmatig.

Wat is nieuw?

Geïntegreerde zorg met geïntegreerde financiering biedt kans op forse verbeteringen in doeltreffendheid en doelmatigheid. Naar onze verwachting leidt dit tot betere kwaliteit van zorg voor dezelfde prijs en de mogelijkheid de toekomstige toename in zorgvraag het hoofd te bieden.

Wat kun je ermee?

Geïntegreerde zorg kan de oplossing zijn voor meerdere gebieden waar het bestaande model beperkingen oplevert. Nieuwe concepten die buiten de gebaande paden gaan kunnen verrassende mogelijkheden bieden.

Informatie over de auteurs

Prof.dr. Martien Limburg, oud-hoogleraar neurologie **MUMC**, oud-hoogleraar evaluatie-onderzoek AMC, partner GHIP bv, bestuurslid Kennisnetwerk CVA NL, neuroloog Flevoziekenhuis.

Drs. Lars Naber, apotheker, partner GHIP bv. www.ghip.nl. e-mail: m.limburg@ghip.nl

infoland 
stroomlijnt kwaliteit en informatie

Staat risicomanagement bij u op de kaart?

In de zorgsector is een ontwikkeling gaande van reactief veiligheidsmanagement via proactief veiligheidsmanagement naar enterprise risicomanagement. Deze ontwikkeling richt zich op alle risico's verbonden aan de activiteiten en de financiering van de zorginstelling binnen diverse risicodomeinen.

Infoland heeft diverse workshops en gratis webinars ontwikkeld die u helpen risicomanagement binnen uw organisatie op de kaart te zetten.

Schrijf u nu in voor één van onze activiteiten op www.infoland.nl/kiz



kwaliteitsmanagement | veiligheidsmanagement | risicomanagement | auditmanagement | procesmanagement