

Zicht op CVA-zorgketens met zelfevaluatie

Op welke manier zouden we de langdurige zorg moeten organiseren zodat deze leidt tot de best mogelijke uitkomsten voor de patiënt? Ketenzorg lijkt een antwoord. Professionals die over de muren van de eigen instelling heen kijken en werken aan dit gezamenlijke doel. Het is snel geformuleerd, maar de praktijk is weerbarstig. Met het zelfevaluatie-instrument van het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg is er nu een hulpmiddel voorhanden om de organisatie van ketenzorg in kaart te brengen en bij te sturen. Een ontdekkingstocht naar het toepassen van nieuwe inzichten in samenwerking in de zorg.

Door: I. Middelkoop, L. Vat, T. van de Laar, L. van der Dussen en M. Minkman

De zorg voor mensen met een beroerte of CVA (Cerebro Vasculair Accident) wordt bijna overal georganiseerd in ketenverband. Het door veldpartijen opgerichte Kennisnetwerk CVA Nederland stelt zich ten doel CVA-zorgketens in hun verdere ontwikkeling te stimuleren, zodat zij steeds betere uitkomsten genereren. Inmiddels is al zeven achtereenvolgende jaren een ketenbenchmark tot stand gebracht waarbij spiegelinformatie wordt verkregen met prestatie-indicatoren op het gebied van zowel het zorgproces als de zorginhoud. Het Kennisnetwerk stelt nu ook een zelfevaluatie-instrument voor ketenzorg beschikbaar, waarmee CVA-zorgketens inzage krijgen in welke fase van ontwikkeling hun ketenorganisatie is. Deze evaluatie is uitgevoerd door 67 CVA-ketens en laat zien dat zij anno 2012 gemiddeld gezien aandacht besteden aan alle negen zogeheten clusters die van belang zijn om een goede keten te realiseren. Resultaten laten een grote variatie zien tussen ketens, ook als deze even lang bestaan. Dit bevestigt dat CVA-ketens veel van elkaar kunnen leren. De zelfevaluatie helpt hierbij en biedt belangrijke aanknopingspunten voor het verbeteren van

de organisatie van de zorg, waardoor de kwaliteit van zorg voor de CVA-patiënt verder kan worden bevorderd.

CVA-zorg professionaliseert

Stichting Kennisnetwerk CVA Nederland is in 2006 door en voor professionals in de CVA-zorg opgericht met als gemeenschappelijke doelstelling de zorg voor patiënten met een CVA te verbeteren. Deze professionals zijn zorgverleners, managers en andere betrokkenen bij de CVA-zorg. Uitgangspunten vormden de uitkomsten van de 'Helsingborg Consensus Conference on European Stroke Strategies'. Deze verklaring van Helsingborg heeft onder meer als doel dat alle lidstaten in 2015 een systeem hebben voor het routinematig verzamelen van gegevens die nodig zijn om de kwaliteit van zorg na een beroerte te evalueren. In 2006 namen 21 CVA-zorgketens deel aan Kennisnetwerk CVA Nederland. Medio 2013 is dit aantal deelnemers gegroeid naar 86 van de ongeveer 90 Nederlandse CVA-zorgketens. Om een belangrijke doelstelling te verwezenlijken, namelijk 'meetbaar betere zorg voor de CVA-patiënt', verzamelt het Kennisnetwerk sinds

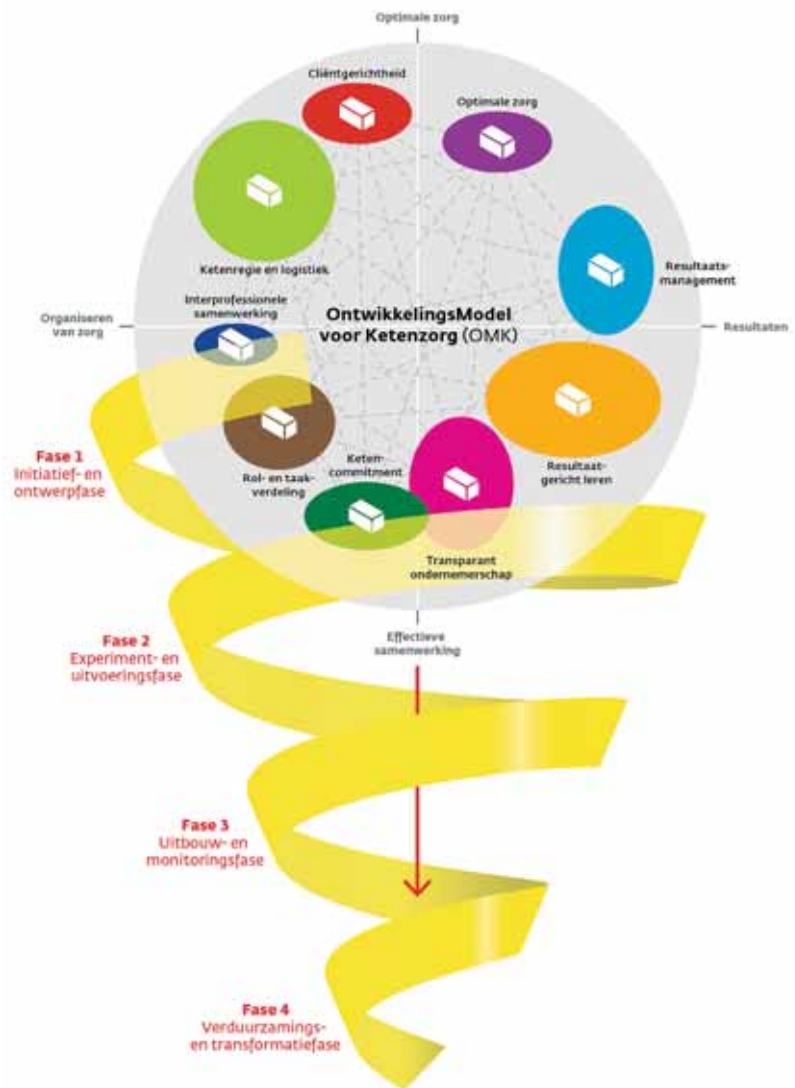
2006 spiegelinformatie over de kwaliteit van zorg. Jaarlijks wordt aan alle deelnemende CVA-zorgketens gevraagd om data aan te leveren met de bedoeling een ketenbenchmark tot stand te brengen aan de hand van landelijk geaccepteerde prestatie-indicatoren voor ketenzorg. De aanname is dat beter georganiseerde ketenzorg ook tot betere resultaten leidt. Al in de Edisse-studie (Huijsman et al., 2002) werd ketenzorg voor patiënten met een beroerte geëvalueerd. Hier bleek dat het werken in een stroke service leidt tot betere kwaliteit van zorg, betere gezondheidsuitkomsten, minder verkeerde-beddagen (patiënten zijn medisch specialistisch uitbehandeld, maar verblijven nog in het ziekenhuis) en kosteneffectiever is dan de op dat moment gebruikelijke zorgverlening aan CVA-patiënten.

Het RIVM heeft berekend (Struijs et al., 2009) dat een besparing van 260 miljoen euro op jaarbasis kan worden bereikt mits stroke services beter functioneren wat betreft effectiviteit van organisatie en logistiek en inhoud van zorg (hoger percentage trombolyses, betere secundaire preventie en meer gepaste revalidatie en ondersteuning mantelzorg). CVA-patiënten zijn dus gebaat bij samenhangende zorg in ketenverband en de maatschappelijke kosten kunnen ermee worden getemperd. Maar: wat is precies een goede ketensamenwerking en hoe kun je deze verder ontwikkelen?

Onderzoek naar ketenzorg

Voor het promotieonderzoek van Mirella Minkman *Developing Integrated Care – naar een ontwikkelingsmodel voor ketenzorg* (Minkman, 2012; Minkman et al., 2011, 2013) is onderzocht wat essentieel is in de organisatie van ketenzorg en voor ketensamenwerking. Welke bouwstenen zijn belangrijk voor het realiseren van ketenzorg en hoe kunnen ketens zich ontwikkelen in de tijd? De resultaten van het onderzoek komen samen in het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg (OMK). Het OMK bestaat uit 89 elementen die gegroepeerd zijn in negen clusters en beschrijft vier ontwikkelingsfasen. De vier fasen zijn: initiatief- en ontwerp-fase, experiment- en uitvoeringsfase, uitbouw- en monitoringsfase en verduurzamings- en transformatiefase. De samenhang tussen de negen clusters en de vier ontwikkelingsfasen is afgebeeld in figuur 1.

In de validatie van het model hebben 32 CVA-zorgketens van het Kennisnetwerk deelgenomen. Deze validatie toonde aan dat de elementen en fasen werden gezien als relevant in de CVA-zorg en dat men deze ook herkende in de praktijk. De ketens gaven aan behoefte te heb-



Figuur 1. Het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg

ben aan een 'kapstok' voor hun handelen en voor kwaliteitsverbetering waarvoor het model bruikbaar leek te zijn. Vilans heeft vervolgens, in samenwerking met de werkgroep Sturing en Borging van het Kennisnetwerk, het model vertaald in een digitaal zelfevaluatie-instrument dat webbased aan de ketens beschikbaar kan worden gesteld. Ketens kunnen nu de mate van ontwikkeling van de eigen keten in beeld brengen én handvatten definiëren om de ketenontwikkeling verder op te pakken.

De zelfevaluatie in de praktijk

In 2012 ontvingen alle ketencoördinatoren van Kennisnetwerk CVA Nederland een uitnodiging met log-gegevens om deel te nemen aan de zelfevaluatie ketenzorg. Van de op dat moment ongeveer 80 aangesloten CVA-zorgketens deden in totaal 67 ketens mee. Ketencoördinatoren vulden online de zelfevaluatie in. Zij scoorden welke elementen van de negen clusters in

hun keten aanwezig zijn en gaven aan welke elementen gepland staan om mee aan de slag te gaan. Daarnaast is aan coördinatoren gevraagd in welke van de vier ontwikkelingsfasen van het model zij de CVA-keten zelf positioneren. Per keten is vervolgens een totaalscore berekend.

De projectcoördinator van het Kennisnetwerk CVA Nederland heeft, met ondersteuning van Vilans, op basis van de resultaten van de zelfevaluatie geanalyseerd welke elementen van het OMK aanwezig zijn in de deelnemende CVA-ketens en welke elementen gepland staan in de toekomst. Ook is een overzicht gemaakt van de ontwikkelingsfasen waarin de CVA-ketens zich op dit moment bevinden; hoe zij dit zelf inschatten en ook wat je op basis van het model zou verwachten. Eind 2012 ontvingen alle ketencoördinatoren de totaal rapportage *Zelfevaluatie instrument voor ketenzorg – Overzicht van resultaten Kennisnetwerk CVA Nederland*. Ketens dienden zelf de vertaalslag te maken naar de resultaten van de eigen keten. De digitale tool kon benut worden voor het achterhalen van gedetailleerde informatie.

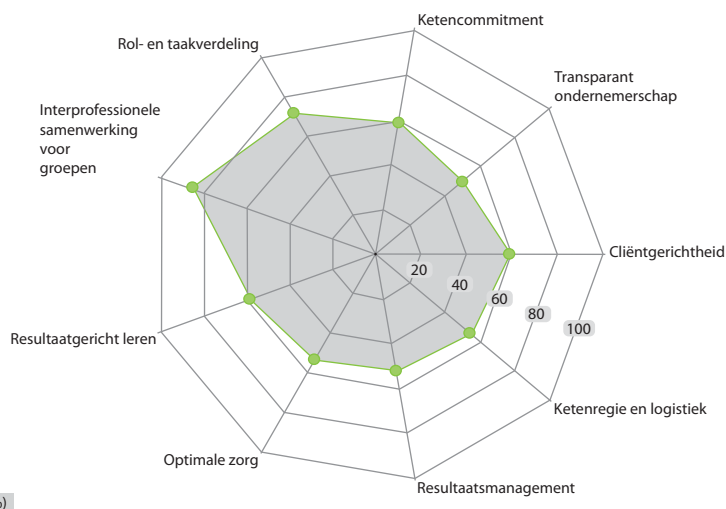
Resultaten

Het verzoek van het Kennisnetwerk aan alle ketens om deel te nemen aan de zelfevaluatie gaf een hoge respons van 84 procent. De evaluatie toont aan dat CVA-zorgketens anno 2012 gemiddeld gezien aandacht besteden aan alle negen clusters die een rol spelen in het realiseren van een goede keten. De clusters kunnen worden beschouwd als bouwstenen die van belang zijn voor de ontwikkeling van een zorgketen. Dat is een positief beeld; men werkt aan en is zich bewust van de heel verschillende aspecten die nodig zijn voor de organisatie van ketenzorg. Tegelijkertijd zien we dat op alle

clusters nog verdere ontwikkeling mogelijk is. Dat was enerzijds te verwachten omdat de ontwikkeling van een keten een langdurend proces is dat nooit 'af' is, anderzijds kennen CVA-ketens wel al een lange historie.

De resultaten van alle ketens zijn samengevat in een radardiagram (figuur 2). Het radardiagram laat het percentage elementen zien dat volgens coördinatoren aanwezig is binnen iedere cluster. Hoe verder de lijnen naar de buitenkant van het radardiagram, hoe meer elementen aanwezig zijn in de CVA-keten. Het radardiagram laat zien dat de CVA-ketens het hoogst scoren op interprofessionele samenwerking en rol- en taakverdeling. Van cluster 6, interprofessionele samenwerking, is ruim 80 procent van de elementen uit dit cluster aanwezig in de ketens. Meer dan 90 procent van de ketens heeft de cliëntgroep omschreven waar de samenwerking zich op richt en er is in vrijwel alle ketens sprake van multidisciplinaire teams. Van de drie elementen die dit cluster vertegenwoordigen, kan het element 'afspraken maken over bereikbaarheid en beschikbaarheid van professionals in de keten' verder verbeterd worden. Dit element is aanwezig in 70 procent van de ketens, maar bij 30 procent (nog) niet. De meeste ontwikkeling is mogelijk op het cluster dat gaat over transparant ondernemerschap. Denk hierbij aan het innoveren in de keten, maar ook aan de zakelijke kant van ketensamenwerking zoals onderlinge financiële afspraken en afspraken met de financiers. Gemiddeld is minder dan 50 procent van de zeven elementen van dit cluster aanwezig in de ketens. Het element 'een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het eindresultaat afspreken' past bij helder ondernemerschap maar is wel al belangrijk bij de opstart van een keten in de initiatief- en ontwerpfase. Dit element wordt wel door iedereen relevant gevonden, maar is pas in 50 procent van de ketens aanwezig. Daarnaast staat het bij 20 procent van de ketens op de agenda. Hier ligt dus ontwikkel-potentieel, ook bij ketens die al in verdere fasen zijn en hier nog geen aandacht aan besteed hebben. Andere elementen die ondernemerschap betreffen zijn 'budgetafspraken maken over de organisatie van de ketenzorg' (bij 64 procent afwezig of niet bekend) en 'het gezamenlijk aanbieden van een ketencontract aan de financiers' (bij 88 procent afwezig of niet bekend). Deze elementen zijn vooral van belang bij de doorontwikkeling van ketens (verduurzamings- en transformatiefase) en moeten wellicht om die reden in de meeste ketens nog worden ontwikkeld.

Dit diagram van gemiddelden geeft nog geen



■ Aanwezig (%)

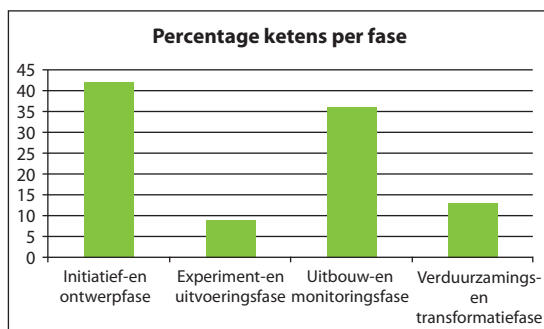
Figuur 2. Radardiagram met de gemiddelde score van 67 CVA-zorgketens

informatie over de situatie in de afzonderlijke zorgketens. Deze varieert sterk. Zo zien we CVA-zorgketens waar al heel veel aspecten van ketenzorg aanwezig zijn en het OMK radardiagram al bijna volledig is gevuld. Daarnaast zijn er ook ketens waar slechts een zeer klein aantal elementen is ontwikkeld. Het radardiagram van deze ketens is dan ook bijna leeg. Dit is te verklaren doordat de CVA-ketens zich in een verschillende fase van ontwikkeling bevinden. Respectievelijk 42 procent van de CVA-zorgketens bevindt zich volgens het OMK in fase 1 (initiatief- en ontwerpfasen) en 9 procent van de ketens bevindt zich in fase 2 (experiment- en uitvoeringsfasen). 36 procent bevindt zich in fase 3 (uitbouw- en monitoringsfasen) en 13 procent in fase 4 (verduurzamings- en transformatiefase).

De ketencoördinatoren hebben zelf ook een inschatting gemaakt van de fase waarin de eigen keten zich zou bevinden. De eigen inschatting verschilt vaak met de fase wanneer deze volgens het OMK wordt bepaald. 39 procent van de ketencoördinatoren maakt eenzelfde inschatting van de fase van ontwikkeling waarin zijn of haar keten zich bevindt. 43 procent doet een inschatting die één of twee fasen hoger ligt en 18 procent doet een te lage inschatting vergeleken met die volgens het OMK-model.

Interpretatie

Het beantwoorden van vragen over de organisatie van de CVA-ketens was een logische ver-



Figuur 3. Ontwikkelingsfase waarin de CVA-zorgketens zich bevinden volgens het OMK

volgstep nadat er in de CVA-zorgketens al jaren gegevens zijn verzameld over de inhoudelijke patiëntenzorg voor de CVA-benchmark. Ketencoördinatoren waren hierdoor gewend aan het registreren van ketenzaken. We zien dit terug in hoge scores op elementen in cluster 3, resultaatmanagement. Onze inschatting is dat CVA-ketens, in vergelijking met samenwerkingsverbanden voor andere doelgroepen, hierin vooroplopen.

In het cluster resultaatgericht leren is een be-

langrijk element het 'benoemen en vaststellen van het gezamenlijk ketenproduct'; aan welke eisen en kenmerken moet de zorg voldoen, hoe ziet de zorg in een bepaalde keten eruit, welke zorg wordt wel of niet verleend. Opvallend is dat dit element door alle deelnemers relevant wordt gevonden, maar het is in 24 ketens (36 procent) niet aanwezig. Dit kan erop wijzen dat de zorg bij deze ketens toch nog min of meer 'per schakel' wordt georganiseerd en meer ketenbrede afstemming zou kunnen plaatsvinden. Een interessante vraag hierin is, ongeacht de vele jaren van inzet in CVA-ketens, in hoeverre deze gezamenlijkheid in de huidige tijd krachtig opgepakt wordt.

In het tweede cluster met 18 elementen dat gaat over het inrichten van de regie en coördinatie in de keten vallen eveneens een aantal zaken op. Zo komt het element 'gemeenschappelijke zorgplannen hanteren' (bijvoorbeeld: één plan, tot stand gekomen met betrokken zorgverleners waarin de doelen staan, gezamenlijke inventarisatie van problemen, acties, verantwoordelijkheden, evaluatiemomenten), in slechts 16 procent van de ketens voor. Dit element wordt door 94 procent van de ketencoördinatoren wel relevant geacht. Een verklaring voor deze score kan worden gezocht in het feit dat organisaties nog geen prioriteit hebben kunnen geven aan het ontwikkelen van ketenbrede zorgpaden die als kapstok kunnen dienen voor de zorgplannen op cliëntniveau. Wat de evaluaties helder maakt is dat de resultaten grote verschillen laten zien tussen ketens. Het instrument is geschikt gebleken om deze verschillen op een eenduidige manier zichtbaar en daarmee bespreekbaar te maken. De meerwaarde kan nog worden vergroot wanneer de vragenlijsten van het zelfevaluatie-instrument worden besproken met een delegatie uit de keten, bij voorkeur in de stuurgroep. Wanneer er discussie plaatsvindt tijdens het invullen van de vragenlijsten, komt dit de kwaliteit van de antwoorden ten goede en kunnen de resultaten later beter worden geïnterpreteerd. Ook zal er meer draagvlak en motivatie zijn om richting te geven aan de ontwikkeling in de keten en de ketencoördinator in de juiste faciliterende rol te plaatsen.

Winst uit de resultaten

Het invullen van de zelfevaluatie is natuurlijk geen doel op zich. De resultaten brengen de situatie van een keten in kaart en kunnen een uitgangspunt zijn voor het (verder) ontwikkelen van de keten. Het instrument biedt hiervoor veel handvatten, mits de betrokkenen de tijd nemen om de analyse te bestuderen, te bespre-

ken binnen de keten en te vertalen naar een concreet plan van aanpak. Het vraagt focus, tijd en overzicht van de ketencoördinator en draagvlak in de achterban. Meerwaarde valt te behalen door de resultaten niet alleen intern, maar bijvoorbeeld ook met collega-ketens in de regio te bespreken. Kennisnetwerk CVA Nederland speelt een rol in het leggen van contacten tussen ketens, het stimuleren van ketens om aan de slag te gaan met de resultaten en de uitkomsten op te nemen in bijvoorbeeld het jaarplan van de keten. Ketens die zich nog in een prille fase van ontwikkeling bevinden, kunnen leren van de good practices binnen de veilige leeromgeving van het Kennisnetwerk.

Toekomst: op weg naar een audit

Niet alleen de CVA-zorgketens kunnen hun voordeel doen met de resultaten uit de zelfevaluatie, dat geldt zeker ook voor Kennisnetwerk CVA Nederland als overkoepelende organisatie. De resultaten hebben inzicht verschaft in ontwikkelpunten in CVA-zorgketens. Zo blijkt dat er behoefte bestaat aan een ketenbreed zorgpad. Kennisnetwerk CVA Nederland zal de ketens faciliteren om dit te ontwikkelen, waarbij de Zorgstandaard CVA/TIA (Kennisnetwerk CVA Nederland, 2012) kan dienen als basis. Met behulp van de zelfevaluatie kunnen ook good practices worden opgespoord en ingezet om verbeteringen in de zorg te versnellen. Op deze innovatieve wijze verbeteren past in het huidige tijdsbeeld en is meer dan noodzakelijk. In 2014 zal het zelfevaluatie-instrument opnieuw door de ketens worden ingevuld. Een belangrijk moment om de tussentijdse verbetering te kunnen meten en opnieuw te analyseren. In 2015 zal met de tweede analyse van het zelfevaluatie-instrument de verbinding worden gemaakt met de uitkomsten van de landelijke benchmark CVA. Met deze benchmark hebben we inzicht in de effecten van de kwaliteit van de zorg voor de CVA-patiënt. Ofwel: welke kwaliteit van zorg is noodzakelijk om de patiënten een zo groot mogelijke kans op een goede uitkomst te bieden? Een logische vervolgstap is dan om de koppeling te maken met de uitkomsten uit de zelfevaluatie. Ofwel: welke aspecten in de organisatie van de zorg scoren hoog bij deze goed presterende ketens? Met die informatie krijgen de achterblijvers aanwijzingen om met het stimuleren van de ontwikkeling en organisatie van de keten de kwaliteit van zorg en daarmee de uitkomsten voor de patiënt te verbeteren. Een noodzakelijke koppeling is die van de kwaliteit van zorg aan kosten, niet onbelangrijk in een tijd waarin 'meer moet voor minder'. Inzicht in de kwaliteit van de zorg kan kosten

reduceren (Boston Consultancy Group, 2011) en dit komt overeen met de door de zorgverkeerskeraars gewenste ontwikkelingen in de zorg. In de toekomst wil Kennisnetwerk CVA Nederland naar een systeem waarbij de CVA-ketens getoetst kunnen worden op hun kwaliteit. Deze audit zal dan gebaseerd zijn op drie pijlers: de CQ-index CVA/TIA, die de ervaringen van CVA-patiënten en zijn naasten in kaart brengt, de CVA-benchmark die de gegevens verzamelt over de kwaliteit van het zorgproces en de zorginhoud, en het zelfevaluatie-instrument, dat informatie geeft over de ontwikkeling en de organisatie van de CVA-keten.

Literatuur

Boston Consultancy Group, *Zorg voor Waarde*, 2011.
 Huijsman, R., Scholte Op Reimer, W.J.M., Klazinga, N.S., Wijngaarden, J.D.H. van, Exel, N.J.A. van, Putte-Boon, C. van, Koopmanschap, M.A. en L.W. Niessen, *Stroke service. Edisse-studie onderbouwt noodzaak van landelijke implementatie*, 2002.
 Kennisnetwerk CVA Nederland, *Zorgstandaard CVA/TIA*, 2012, downloadbaar op Kennisnetwerkcva.nl.
 Minkman, M., *Developing Integrated Care. Naar een ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg*, proefschrift. Kluwer, Deventer, 2012, downloadbaar op vilans.nl.
 Minkman, M.M.N., Vermeulen R.P., Ahaus, C.T.B. en R. Huijsman, The Implementation of integrated care: the empirical validation of the Development Model for Integrated Care, *BMC Health Services Research*, 2011, 11, p. 177.
 Minkman, M.M.N., Vermeulen, R.P., Ahaus, C.T.B. en R. Huijsman, A survey study to validate a four phases development model for integrated care in the Netherlands, *BMC Health Services Research*, 2013, 13, p. 214.
 Struijs J.N. e.a., *Experimenteren met de keten-dbc diabetes*, 2009, RIVM rapport 260014001.

Informatie over de auteurs

I.J. Middelkoop is projectcoördinator Kennisnetwerk CVA Nederland.
Drs. L. Vat is programmamedewerker Kwaliteit en Innovatie, Vilans landelijk kenniscentrum voor de langdurende zorg.
Drs. T. van de Laar is voorzitter Kennisnetwerk CVA Nederland en programmamanager ketenzorg, Catharina ziekenhuis Eindhoven.
Drs. L. van der Dussen is bestuurslid Kennisnetwerk CVA Nederland en revalidatiearts, revalidatiecentrum De Trappenberg, MEREM.
Dr. M. Minkman is programmaleider Programma Kwaliteit en Innovatie Ouderenzorg, Vilans landelijk kenniscentrum voor de langdurende zorg.