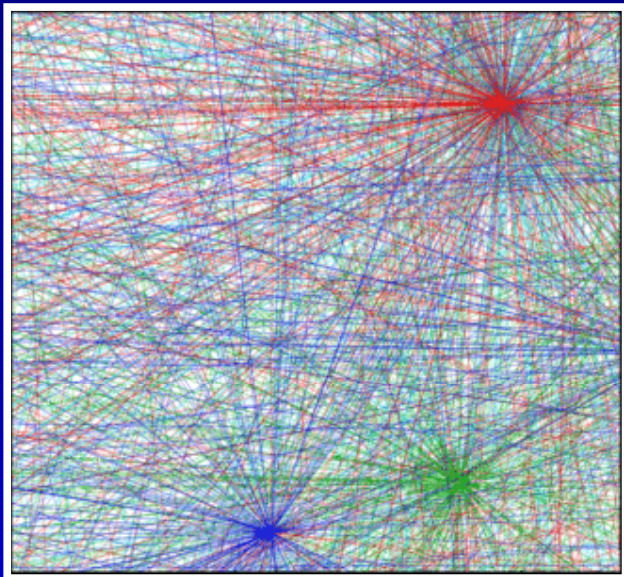


Karen Mentink



‘Samen beter’

Een studie naar samenwerking tussen huisartsenpraktijken, (revalidatie)ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties in de zorg voor mensen met CVA in de regio Twente

Universiteit Twente
Enschede, juli 2008



‘Samen Beter’

Een studie naar samenwerking tussen huisartsenpraktijken,
(revalidatie)ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties in de zorg
voor mensen met CVA in de regio Twente.

**Afstudeeronderzoek in opdracht van:
Universiteit Twente**

Auteur:

K. Mentink (s0134406)
Universiteit, Twente
Faculteit Management en Bestuur
Opleiding Gezondheidswetenschappen, Master of Health Sciences

De studie is begeleid door:

Prof. Dr. W. van Rossum
Dr. H.G.M. Oosterwijk

Voorwoord

Deze scriptie is geschreven ter afronding van de Master of Health Sciences aan de Universiteit Twente. De scriptie is het resultaat van een studie naar de samenwerking tussen huisartsenpraktijken, (revalidatie)ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties in de zorg voor mensen met CVA in de regio Twente.

Het traject van mijn afstuderen heb ik ervaren als een leerzame periode waarin de ontwikkeling van mijzelf en het onderzoek centraal stonden. Graag wil ik iedereen bedanken die mij heeft gesteund en heeft bijgedragen aan de totstandkoming van deze scriptie. In het bijzonder wil ik mijn medestudenten Manon Schrage-Jellema en Wencke Eijkelkamp bedanken voor de goede samenwerking. Daarnaast wil ik mijn afstudeerbegeleiders prof. dr. van Rossum en dr. Oosterwijk van de Universiteit Twente bedanken voor hun kritische blik en waardevolle adviezen. Graag wil ik ook alle respondenten die aan dit onderzoek hebben meegewerkt bedanken voor hun bijdrage. Zonder hun deelname had deze scriptie er niet gelegen.

Tenslotte wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor hun steun tijdens mijn afstudeerperiode.

Karen Mentink
Zwolle, juli 2008

Abstract

Background and research question

Several studies have pointed out that the care for people with a chronic condition in the Netherlands isn't optimal. Many chronic patients are not treated effectively and the quality of healthcare is not sufficient (WHO, 2002). There is currently a gap between demand and supply; this requires a proper solution (Rosendal, 2006). One of the largest problems in the healthcare sector is that capacity problems (will) exist. The community is getting greyer (rags), on average people become older and people live there lives unhealthier. These and other factors raise the pressure on healthcare. Diverse solutions, including better cooperation between healthcare workers, a different care organisation and the use of ICT are mentioned in literature to prevent bottlenecks. Just like the other regions in the Netherlands, the region Twente has to find solutions for their capacity problems. There are various bottlenecks.

In order to guarantee the quality of the healthcare for patients with a chronic condition in the region Twente it is of crucial importance to gain knowledge about the current situation of cooperation within healthcare according to people with a chronic condition and to establish what the bottlenecks are. For this it's also important that the network of healthcare workers is mapped out. Only in that way is it possible to conduct effective interventions like ICT or maybe other interventions to reach the desired level of healthcare and to use ICT on a more effective and efficient way.

Because few studies have been conducted about cooperation and synchronization in the care of chronically ill people (Janssen Duyghuysen, 2005), it is interesting to take this subject as a starting point in this study. This partial study aims at the chronic illness 'Cerebrovasculair Accident (CVA)' and is a part of a study where the chronic conditions Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and Diabetes are also represented. For each chronic condition there is a separate written report, which is comparable with regards to the construction and the content. This study aims to research the chronic condition CVA, also known as a stroke. A CVA is an acute disturbance of the blood provision of the brains. CVA is highly ranked on the list of causes of death which occur most in the western countries. At this moment approximately 120.000 people are faced with the consequences of a CVA. (Baan, 2003)

In this study a research has been conducted with regards to the cooperation between healthcare workers (and organisations) in the chronic illness care sector. Another objective of the study was to find points of action which can be improved within the care for diabetes mellitus in the region Twente.

The central research question of this study is:

'What does the current network of healthcare organisations (healthcare workers) in Twente look like and what issues can be improved within the care process of the chronic condition CVA?'

The study will contribute to the increase of knowledge about the current situation regarding the care for CVA patients in the region Twente. The study provides an insight into what the network of healthcare workers in CVA care looks like in Twente. Besides that, it will give insight into the desired organisation for CVA care in Twente. The research also provides insight into how the cooperation between the involved healthcare workers takes place within the CVA network in Twente. A fourth objective of the research was to inform the project team of IZIT (Innovation in healthcare by means of ICT) about the way information is exchanged between healthcare workers (information systems). Finally the research will give insight into the problems and issues which can be improved in the diabetes care sector in Twente.

Research methodology

In order to answer the central research question several methods of data collection have been used namely a literature study, semi-structured interviews and questionnaires. For the development of the questionnaire, the Chronic Care Model of Wagner (CCM) (1996) has been used. The CCM is an evidence based, conceptual framework. The model describes changes to the healthcare system that help practices, particularly those in primary care settings, to improve outcomes amongst patients with chronic conditions. The CCM has been alongside the use for the development of the questionnaires, dually applied; The model has been used as an 'ideal model' and has also been used as an 'analyse model' in order to research to what extent the current situation according to CVA care in Twente corresponds to the 'ideal model'. The questionnaires were obtained on an operational level within the region Twente. In total 1060 questionnaires were distributed amongst various healthcare workers groups. The visions of the general practitioners, nurses and specialists on the cooperation between themselves were a central issue in the completion of the questionnaire.

Conclusions

On the basis of this enquiry, the following can be concluded. The care for CVA patients is developing constantly. The care is complex because many different disciplines are involved. The CVA care in Twente is being provided integrated within stroke services. The whole process of care takes place inside the stroke services. A characteristic of the network of care is that it is motivated to improve itself. Because of this a high quality of care is promoted.

From the results can be concluded that community resources are little involved in the network. It appears that 'informal homecare workers' (mantelzorgers) and patient associations are little involved in the care. Also there is a shortage in the amount of informal homecare workers. The most important actor within the stroke services in Twente is the home care. Also the (rehabilitation)hospital, the general practitioners and the fysical therapists are indicated as important actors. It is remarkable that informal homecare work is indicated as important, while at the same time informal homecare work is being little involved in the process of health care. Another bottleneck is that psychosocial care is missed a lot inside the stroke services. Also it has appeared that the self management support for patients is insufficient.

Collaboration and coordination in the care for chronically ill people have a positive influence on the quality of care. When collaboration and coordination take place effectively, double activities or gaps in the healthcare are reduced. For this purpose coordination agreements are registered in guidelines and protocols. It appears that the guidelines and protocols are well integrated into the practice. The respondents are satisfied with the guidelines and protocols. They are also satisfied with the access to the knowledge and experience of their fellow professionals.

It has appeared that the respondents are generally positive about the collaboration and coordination, but it isn't optimal. It is expected that the collaboration and coordination are being pressured by the self-interests due to the demand-driven healthcare. To keep up good collaboration between the different healthcare workers frequent contact are important. It has appeared that collaboration, communication and the sharing of information take place frequent. This happens as well unstructured as structured. The most used templates for sharing information are by phone, by letter and personal. It is remarkable that ICT applications like email and electronic patient dossier nearly aren't mentioned. From the results can be derived that the timeliness and the accuracy of the information isn't always sufficient. Also the different healthcare workers share the information in a different way. Similarities in the manner of collaboration, communication and the sharing of information contribute avoiding disturbances. For the quality of the care it is important that collaboration takes place in a structured manner.

Recommendations

It has appeared that the care for CVA patient in Twente can improve on different points. Organisations within the community and different healthcare workers are insufficiently involved in the process of care, also the collaboration and coordination aren't optimal. On the basis of this a few recommendations can be made.

In order of accepting his new role in the community it is important for the CVA patient that psychosocial care is available sufficiently. In the care for CVA patients in Twente more attention must be given to this point. With the help of informal homecare workers it is possible for CVA patients to function in their home situation. For more and better use of informal homecare workers it is important that they receive adequate support from the healthcare workers within the healthcare organisations. Informal homecare workers should be more involved in the process of healthcare. Also more attention must be given to self-management support, so that the patient can manage his own health.

Demand-driven care seems to be hindering an optimal collaboration between healthcare workers. For the collaboration it is of importance that the healthcare workers let loose of their self-interests and apply their selves to keep up good relationships. Next to this the collaboration, the communication and the sharing of information has to be structured, this will avoid disturbances. Also ICT is mentioned often to be a solution to the problems within the collaboration, communication and sharing of information. To be able to apply ICT for solving bottlenecks it is necessary that ICT applications are adjusted to the practice of healthcare. Next to this, for the application of ICT it is important that the processes of collaboration, communication and sharing of information are standardised.

Discussion

The validity of the results of the research is low. Only 8,7 % of the approached healthcare workers participated in the study and returned their questionnaires. Also the percentage of the healthcare workers who participated in the semi-structured interviews was low. Besides that, there are big differences between the amounts of representation of the various healthcare worker groups. Because of this the results can present a (slightly) twisted representation of the reality. There are also questions, in the questionnaire, developed from the perspective of the various players and for some questions it was not possible to divide per chronic condition. Because of that it was not possible to specify some research results and therefore the content validity of the instrument is negatively influenced. It's not possible to generalise the results with respect to a larger population.

Samenvatting

Achtergrond en vraagstelling

Uit onderzoeken is gebleken dat de zorg voor mensen die langdurig ziek zijn (mensen met een chronische aandoening) in Nederland niet optimaal is. Veel chronische patiënten worden onvoldoende effectief behandeld en de kwaliteit van zorgverlening schiet daardoor tekort (WHO, 2002). Er bestaat momenteel een kloof tussen vraag en aanbod, wat vraagt om een goede oplossing (Rosendal, 2006). Eén van de grootste problemen binnen de gezondheidszorg is dat er capaciteitsproblemen aan het ontstaan zijn. De samenleving vergrijsst (ontgroent), mensen worden gemiddeld ouder en zijn steeds ongezonder gaan leven. Onder andere deze factoren leiden ertoe dat de druk op de gezondheidszorg stijgt. Diverse oplossingen, waaronder betere samenwerking tussen hulpverleners, een andere organisatie van zorg en gebruik van ICT worden in de literatuur genoemd om knelpunten tegen te gaan. Net als in andere regio's in Nederland heeft de regio Twente te maken met capaciteitsproblemen waar oplossingen voor gezocht moeten worden. Er is sprake van een aantal knelpunten. Om de kwaliteit van de gezondheidszorg voor chronisch zieken in de regio Twente in de toekomst te kunnen waarborgen, is het van cruciaal belang om te weten hoe de huidige situatie van samenwerking binnen de gezondheidszorg met betrekking tot chronische aandoeningen er voor staat en wat de knelpunten hierbij zijn. Hiervoor is het tevens belangrijk dat het netwerk van hulpverleners in kaart wordt gebracht. Alleen op die manier is het mogelijk om doeltreffende interventies, zoals ICT of wellicht andere, uit te kunnen voeren om tot het gewenste niveau van gezondheidszorg te komen én om ICT effectiever en efficiënter in te kunnen zetten.

Omdat op het gebied van samenwerking en afstemming van zorg voor chronisch zieken weinig onderzoek is uitgevoerd (Janssen Duyghuysen, 2005), is het interessant om dit onderwerp als uitgangspunt te nemen voor het onderzoek. Dit deelonderzoek betreft een onderzoek dat zich richt op het ziektebeeld Cerebro Vasculair Accident (CVA) en maakt onderdeel uit van een onderzoek waarin ook de chronische aandoeningen Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) en Diabetes Mellitus vertegenwoordigd zijn. Voor ieder ziektebeeld is een apart onderzoeksrapport geschreven, dat wat betreft opbouw en inhoud vergelijkbaar is. Dit onderzoek richt zich op het ziektebeeld CVA, in de volksmond ook wel genoemd als beroerte. Een CVA is een acute verstoring van de bloedvoorziening van de hersenen. CVA staat hoog op de lijst van meest voorkomende doodsoorzaken in de westerse landen en is één van de meest belangrijkste oorzaken van ernstige invaliditeit. Op het moment zijn er ongeveer 120.000 mensen die te maken hebben met de gevolgen van een CVA. (Baan, 2003)

In deze scriptie is onderzoek gedaan naar samenwerking tussen hulpverleners bij de zorg voor chronisch zieken. Bij het onderzoeken van de huidige samenwerking tussen hulpverleners is tevens onderzocht waar aangrijpingspunten liggen voor verbetering van het zorgproces voor mensen met CVA binnen de regio Twente.

De centrale vraag van het onderzoek is:

'Hoe ziet het huidige netwerk van zorginstellingen(-verleners) in Twente er uit en waar liggen aangrijpingspunten voor verbetering ten aanzien van het zorgproces van het chronische ziektebeeld CVA?'

Het onderzoek draagt bij aan de uitbreiding van kennis over de huidige situatie ten aanzien van de zorg rondom CVA patiënten binnen de regio Twente. Het geeft ten eerste inzicht in hoe het netwerk van hulpverleners er uit ziet rondom patiënten met CVA in de regio Twente. Ten tweede geeft het een beeld van de wenselijke organisatie van de gezondheidszorg rondom patiënten met CVA in Twente. Ten derde geeft het onderzoek inzicht in hoe de samenwerking tussen betrokken hulpverleners georganiseerd is binnen het netwerk rondom patiënten met CVA in de regio Twente. Ten vierde zal het onderzoek gebruikt kunnen worden om IZIT te informeren over de manier waarop informatie tussen hulpverleners wordt gedeeld (informatiesystemen). Als laatste geeft het onderzoek inzicht in problemen en aangrijpingspunten voor verbetering ten aanzien van de zorgverlening rondom mensen met CVA in de regio Twente.

Onderzoeksmethode

Om tot beantwoording van de centrale vraag te komen is er gebruik gemaakt van drie onderzoeksmethoden namelijk literatuurstudie, semi-gestructureerde interviews en enquêtes. De enquête is ontwikkeld aan de hand van het Chronic Care Model van Wagner (1996). Dit conceptuele model, dat op wetenschappelijk bewijs is gebaseerd, beschrijft veranderingen in het zorgsysteem waarmee de kwaliteit van zorg voor chronische zieken verbeterd kan worden. Het model belicht de organisatie van de gezondheidszorg vanuit meerdere invalshoeken en kan breed worden toegepast. Het CCM is in het onderzoek naast de toepassing voor de enquêtes tweeledig gebruikt: het is als normatief model toegepast en het is tevens als analysemodel gebruikt om te onderzoeken in hoeverre de huidige gezondheidszorg met betrekking tot diabetes mellitus overeenkomt met het 'ideaalmodel' dat geschetst wordt in het CCM. De enquêtes zijn afgenomen op operationeel niveau binnen de regio Twente. In totaal zijn 1060 enquêtes onder de diverse hulpverlencategorieën verspreid. Bij het invullen van de enquête stond de visie van de huisartsen, verpleegkundigen en specialisten op de onderlinge samenwerking centraal.

Conclusies

Gebleden is dat de zorg voor CVA patiënten veel in beweging is. De zorg is complex aangezien er vele verschillende disciplines bij betrokken zijn. In Twente wordt de CVA zorg geïntegreerd binnen stroke services aangeboden. Het gehele zorgproces bevindt zich binnen de stroke service. Een kenmerk van dit zorgnetwerk is dat het gemotiveerd is zichzelf te verbeteren, waardoor een hoge kwaliteit van zorg bevordert wordt.

Uit de resultaten is gebleken dat de maatschappij te weinig betrokken wordt bij het netwerk. Zo komt naar voren dat mantelzorgers en patiëntenverenigingen te weinig betrokken worden bij de zorg. Ook zijn er te weinig mantelzorgers beschikbaar. De belangrijkste actor binnen de stroke services in Twente is de thuiszorg. Ook het (revalidatie)ziekenhuis, de huisartsen en de fysiotherapeuten zijn als belangrijke actoren aangeduid. Opvallend is dat mantelzorg veelal als belangrijk wordt genoemd, terwijl deze zorg te weinig betrokken wordt bij het reguliere zorgproces. Een ander knelpunt is dat psychosociale hulpverlening veel gemist wordt binnen de stroke services. Ook is gebleken dat de ondersteuning van de zelfmanagement aan patiënten onvoldoende is.

Samenwerking en afstemming in de zorg voor chronisch zieken hebben een positief effect op de kwaliteit van zorg. Wanneer de samenwerking en afstemming goed verlopen, worden dubbele werkzaamheden of hiaten in de zorg geminimaliseerd. Hiertoe worden afstemmingsafspraken vastgelegd in richtlijnen en protocollen. Gebleken is dat de richtlijnen en protocollen goed geïntegreerd zijn in de praktijk. Er heerst tevredenheid over de richtlijnen en protocollen. Ook zijn de zorgverleners tevreden over de toegang tot kennis en ervaring van collega professionals.

Gebleken is dat men overwegend positief is over de samenwerking en afstemming, maar dat dit niet optimaal is. Verwacht wordt dat de samenwerking en afstemming onder druk staan door eigenbelangen ten gevolge van marktwerking. Voor het onderhouden van een goede samenwerking tussen de verschillende zorgverleners is regelmatig contact van belang. Gebleken is dat samenwerking, communicatie en informatie-uitwisseling veel voorkomen. Dit vindt zowel gestructureerd als ongestructureerd plaats. De meest voorkomende vormen van informatie-uitwisseling zijn telefonisch, schriftelijk en persoonlijk. Hierbij is het opvallend dat ICT-toepassingen als email en elektronisch patiënten dossier vrijwel niet genoemd worden. Uit de resultaten blijkt dat de tijdigheid en juistheid van de informatie niet altijd toereikend is. Ook wordt informatie door verschillende zorgverleners op verschillende manieren gedeeld. Overeenkomsten in de manier van samenwerken, communiceren en uitwisselen van data kunnen helpen om storingen hierbinnen te voorkomen. Voor de kwaliteit van de zorg is het dus van belang dat de samenwerking gestructureerd plaatsvindt.

Aanbevelingen

Gebleken is dat de zorg voor CVA patiënten in Twente op verschillende punten kan verbeteren. Organisaties uit de maatschappij en verschillende zorgverleners worden onvoldoende betrokken bij het zorgproces, ook zijn de samenwerking en afstemming niet optimaal. Op grond hiervan kunnen een aantal aanbevelingen worden gedaan.

Voor de acceptatie van zijn nieuwe rol in de maatschappij is het voor de CVA patiënt van belang dat er voldoende psychosociale hulpverlening beschikbaar is. Hier dient in de CVA zorg in Twente meer aandacht aan besteedt te worden. Met de hulp van mantelzorgers kunnen CVA patiënten in hun thuissituatie functioneren. Om mantelzorg meer en beter in te kunnen zetten is het van belang dat mantelzorgers goede ondersteuning ontvangen vanuit het reguliere zorgproces. Mantelzorgers moeten betrokken worden bij de reguliere zorg. Ook zal er meer aandacht moeten uitgaan naar de zelfmanagement ondersteuning, zodat de patiënt zijn eigen gezondheid kan managen.

Marktwerking lijkt een optimale samenwerking van zorgverleners te hinderen. Voor de samenwerking is het van belang dat zorgverleners hun eigenbelangen loslaten en zich richten op het onderhouden van goede relaties onderling. Daarnaast moet de samenwerking, de communicatie en de informatie-uitwisseling gestructureerd worden, hierdoor zullen storingen voorkomen worden. Ook wordt ICT veelal genoemd als oplossing voor problemen in de samenwerking, communicatie en informatie-uitwisseling. Om ICT in te kunnen zetten bij het oplossen van de knelpunten moeten ICT-applicaties goed aansluiten op de praktijk van de zorg. Daarnaast is het tevens voor de toepassing van ICT van belang dat de processen van samenwerking, communicatie en informatie-uitwisseling gestandaardiseerd worden.

Discussie

De betrouwbaarheid van de resultaten uit het 'Samen Beter' onderzoek is laag. Slechts 8,7 procent van de benaderde hulpverleners heeft uiteindelijk deelgenomen aan het invullen en retourneren van de enquêtes. Ook het percentage van de gevraagde hulpverleners die uiteindelijk geïnterviewd zijn is laag. Daarnaast zijn er grote verschillen aanwezig in de mate van deelname aan het onderzoek tussen de verschillende categorieën hulpverleners. Hierdoor kunnen uitkomsten een incorrect beeld geven van de werkelijkheid. Tevens zijn de vragen ontwikkeld vanuit het perspectief van de verschillende hulpverlencategorieën en was het bij een aantal vragen niet mogelijk om onderscheid te maken tussen de drie chronische aandoeningen. Hierdoor kunnen een aantal onderzoeksresultaten niet worden gespecificeerd naar ziektebeeld CVA en is daarmee de validiteit van het meetinstrument (de inhoudsvaliditeit) in een aantal opzichten laag. De onderzoeksresultaten zijn daardoor niet zonder meer te generaliseren naar populatieniveau.

Inhoudsopgave

Inleiding	13
Aanleiding van het onderzoek	15
Hoofdstuk 1 CVA	18
1.1 Ziektebeeld	18
1.2 CVA in cijfers	19
Hoofdstuk 2 Onderzoeksopzet	20
2.1 Keuze voor chronische aandoeningen	20
2.2 Keuze van actoren	20
2.3 Probleemstelling en onderzoeksvraag	22
2.4 Doelen	23
2.5 Methoden van onderzoek	23
- Literatuurstudie	24
- Semi-gestructureerde interviews	24
- Enquête	24
2.6 Operationalisatie	25
Hoofdstuk 3 Het Chronic Care Model	26
3.1 Inleiding	26
3.2 Het Chronic Care Model	28
3.3 De toepassing van het Chronic Care Model	29
3.4 Ideale zorg voor CVA patiënten volgens het CCM	30
3.4.1 Community	30
3.4.2 Health system	31
3.4.3 Self management support	33
3.4.4 Delivery system design	33
3.4.5 Decision support	35
3.4.6 Clinical information systems	35
Hoofdstuk 4 CVA zorg in Twente	36
4.1 Community	36
4.2 Health system	37
4.3 Self-management support	41
4.4 Delivery system design	42
4.5 Decision support	45
4.6 Clinical information systems	46
Hoofdstuk 5 Conclusie	51
5.1 Subvraag 1	51
5.2 Subvraag 2	52
5.3 Subvraag 3	53
5.4 Beperkingen van het onderzoek	53
Literatuurlijst	55
Bijlage 1: Enquête ‘Samen Beter’	59

Inleiding

Uit onderzoeken is gebleken dat de zorg voor mensen die langdurig ziek zijn (mensen met een chronische aandoening) in Nederland niet optimaal is. Veel chronische patiënten worden onvoldoende effectief behandeld en de kwaliteit van zorgverlening schiet daardoor tekort (WHO, 2002). Er bestaat momenteel een kloof tussen vraag en aanbod, dit vraagt om een goede oplossing (Rosendal, 2006). Eén van de grootste problemen binnen de gezondheidszorg is dat er capaciteitsproblemen aan het ontstaan zijn. De samenleving vergrijsst (ontgroent), mensen worden gemiddeld ouder en zijn steeds ongezonder gaan leven. Onder andere deze factoren leiden ertoe dat de druk op de gezondheidszorg stijgt. Diverse oplossingen, waaronder betere samenwerking tussen zorgverleners, een andere organisatie van zorg en gebruik van ICT worden in de literatuur genoemd om knelpunten tegen te gaan.

Net als in andere regio's in Nederland heeft de regio Twente te maken met capaciteitsproblemen waar oplossingen voor gezocht moeten worden. Er is sprake van een groot aantal knelpunten.

Het onderzoek richt zich op zorgnetwerken binnen de regio Twente voor mensen met chronische aandoeningen waarbinnen verschillende actoren met elkaar samenwerken. Dit deelonderzoek richt zich op het ziektebeeld Cerebrovasculair Accident (CVA). Het maakt onderdeel uit van een onderzoek waarin ook de chronische aandoeningen Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) en diabetes mellitus vertegenwoordigd zijn. Voor ieder ziektebeeld is een apart onderzoeksrapport geschreven, dat wat betreft opbouw en inhoud vergelijkbaar is.

Door middel van onderzoeksresultaten die uit semi-gestructureerde interviews en uit enquêtes zijn verkregen, heeft er beeldvorming plaats kunnen vinden van hoe de samenwerking tussen zorgverleners en organisaties in zorg voor chronisch zieken in Twente er uit ziet rondom de drie chronische aandoeningen.

Leeswijzer

Deze scriptie is onderverdeeld in verschillende hoofdstukken, paragrafen en subparagrafen. Na de inhoudsopgave volgen de aanleiding en verantwoording van het onderzoek. In hoofdstuk 1 wordt uitgelegd wat het chronische ziektebeeld CVA is. Vervolgens wordt in hoofdstuk 2 de onderzoeksopzet weergegeven. De onderzoeksvraag en de gebruikte methoden zijn hierin beschreven. Tevens volgt in dit hoofdstuk een uiteenzetting van de keuze van het ziektebeeld CVA voor het onderzoek, wat het ziektebeeld inhoudt en welke actoren bij het onderzoek betrokken zijn.

Hoofdstuk 3 geeft een beschrijving van het analysemodel dat binnen het onderzoek toegepast is. Het Chronic Care Model (CCM) wordt in dit hoofdstuk beschreven en wordt toegepast om een beeld te geven van de wenselijke zorg voor mensen met CVA in Twente.

In hoofdstuk 4 wordt aan de hand van de verkregen onderzoeksresultaten vergeleken in hoeverre de werkelijke gezondheidszorg binnen Twente overeenkomt met het ideaalbeeld dat het CCM schetst.

Door de praktijk met de theorie te vergelijken kunnen in hoofdstuk 5 tenslotte conclusies worden getrokken en kunnen aanbevelingen worden gedaan die mogelijke aangrijpingspunten vormen om de gezondheidszorg in Twente rondom het chronische ziektebeeld CVA in de toekomst te kunnen verbeteren.

Aanleiding van het onderzoek

In Nederland is sprake van een sterke toename van het aantal mensen dat lijdt aan een chronische aandoening. Deze stijging is, zo is uit diverse onderzoeken gebleken, voor een groot gedeelte te wijten aan een ongezonde levensstijl en aan de dubbele vergrijzing. (RIVM, 2002) De ongezonde levensstijl speelt binnen de maatschappij vooral een rol onder jongeren. Onder hen wordt relatief veel gerookt en veel alcohol genuttigd. Andere oorzaken van deze ongezonde levensstijl zijn veelal een tekort aan beweging en eenzijdige en ongezonde voeding.

De dubbele vergrijzing wordt veroorzaakt door een toename van het aantal mensen boven de leeftijd van 65 jaar en het feit dat mensen gemiddeld steeds ouder worden. Beide groepen veroorzaken een grote stijging van de vraag naar langdurige zorg. Dit legt een grote druk op de gezondheidszorg en vraagt dan ook om een gedegen oplossing.

Verondersteld wordt dat een andere organisatie (Van der Kraan, 2006) en volumegroei van het aantal zorgverleners (Rosendal, 2006) binnen de gezondheidszorg noodzakelijk zijn om problemen te verhelpen. Vooral voor de categorie chronisch zieken- mensen die veelal langdurige zorg nodig hebben- blijkt de gezondheidszorg niet optimaal ingericht te zijn om hen effectief te behandelen. De kwaliteit van zorgverlening schiet tekort (WHO, 2002) en er bestaat een kloof tussen vraag en aanbod. Een effectieve aanpak is noodzakelijk om deze kloof te dichten (Rosendal, 2006) (VWS, 2007).

Volumegroei van het aantal zorgverleners binnen de gezondheidszorg wordt als een van de oplossingen gezien om hier in bij te dragen. Het wordt tevens als noodzakelijk geacht omdat het aantal ouderen over enkele jaren op zijn hoogtepunt is en het aantal potentiële verzorgenden dan minimaal is. Dat zal waarschijnlijk resulteren in een personeelstekort waarbij de zorg onbetaalbaar dreigt te worden (Rosendal, 2006). Naast het tekort aan potentiële verzorgenden blijft ook het aanbod van huisartsenzorg en mogelijk ook de thuiszorg achter (Nivel, 2005).

Er zijn dus een aantal knelpunten aanwezig binnen de gezondheidszorg waar op korte termijn oplossingen voor moeten worden bedacht.

Een andere organisatie van zorgverlening zou naast volumegroei van het aantal zorgverleners kunnen bijdragen aan het tegengaan van deze problemen. Veel mensen zijn van mening dat er binnen de gezondheidszorg beter moet worden samengewerkt tussen zorgverleners om de genoemde kloof tussen vraag en aanbod te dichten. Daarnaast moet volgens hen afstemming tussen zorgverleners meer vorm krijgen, zodat het verwachte capaciteitsprobleem en het kwaliteitsverlies van zorg kunnen worden tegengegaan (Van der Kraan, 2006). Samenwerking en afstemming van de zorg tussen zorgverleners uit de eerste, tweede en derde lijn wordt als belangrijk ervaren bij het leveren van zorg aan chronisch zieken. Daarnaast erkent de overheid dat er een andere organisatie van zorg (Van der Kraan, 2006) binnen de gezondheidszorg noodzakelijk is om ook chronisch zieken optimale zorg te kunnen bieden. Zowel patiënten als zorgverzekeraars en zorgaanbieders zouden hierbij gebaat zijn door de te behalen kwaliteitswinst en doelmatigheidsoverwegingen (Van Ede, 2007).

Het belang van samenwerking en afstemming binnen de gezondheidszorg wordt door veel mensen erkend. De wenselijkheid van goede samenwerking wordt dan ook door alle relevante partijen binnen de gezondheidszorg ondersteund (Rosendal, 2006) (Atwal,2002).

Het is opvallend dat ondanks alle voordelen die samenwerking volgens veel literatuurbronnen zou bieden én de wil die onder zorgverleners lijkt te bestaan om samen te werken, de huidige samenwerking tussen zorgverleners binnen gezondheidszorgnetwerken niet optimaal is. Zowel zorgaanbieders als zorgvragers bestempelen de huidige samenwerking tussen zorgverleners als onvoldoende (RIVM, 2004) en zijn van mening dat het veel beter kan.

Hier liggen een aantal belangrijke oorzaken aan ten grondslag. Eén van de oorzaken kan zijn dat organisaties die binnen netwerken participeren vaak in grootte verschillen en eigen doelstellingen hebben. Dit maakt netwerken complex en veelzijdig. (Bomhof, Peters) Daarnaast is er in Nederland binnen de gezondheidszorg sinds enkele jaren sprake van gereguleerde marktwerking waar een zekere mate van concurrentie tussen onder andere zorgaanbieders een kenmerk van is. (Van der Linden, 2001)

Patiënten hebben nu meer keuzevrijheid dan enkele jaren geleden, zij worden steeds mondiger en stellen meer eisen ten aanzien van zorgaanbieders. Het systeem van aanbodsturing heeft plaatsgemaakt voor vraagsturing met als doel om doelmatigheidsproblemen binnen de gezondheidszorg te verhelpen (Van den Broek, 2004). Door deze ontwikkelingen is het fenomeen samenwerken tussen organisaties binnen de gezondheidszorg er wellicht niet eenvoudiger op geworden wat gevolgen heeft voor de manier waarop netwerken stand hebben. Deze complexiteit heeft verstrekkende gevolgen voor het wel of niet slagen van samenwerking en afstemming tussen zorgverleners in de praktijk.

Ondanks de complexiteit worden samenwerking en afstemming gezien als mogelijke oplossingen voor de (verwachte) problemen. Om samenwerking en afstemming meer vorm te geven wordt ICT vaak als hulpmiddel geopperd. ICT zou kunnen bijdragen aan het garanderen van goede, toegankelijke en betaalbare zorg (de Bakker et al., 2005).

In heel Nederland zijn er binnen de gezondheidszorg veel initiatieven gaande op het gebied van ICT. Dit geldt ook voor de regio Twente; deze regio heeft namelijk het project IZIT ('Innovatie van zorg door ICT') opgezet, waarmee getracht wordt om zorg en ICT in Twente te koppelen, te optimaliseren en te innoveren. (IZIT)

Er is echter, ondanks de inzet van ICT om samenwerking en afstemming tussen zorgverleners binnen de gezondheidszorg te verbeteren, in Nederland nog weinig onderzoek verricht naar welke organisaties er op dit moment precies betrokken zijn bij bepaalde chronische aandoeningen tijdens de verschillende fasen van het ziekteproces. Ook binnen de regio Twente is dit het geval. De mate waarin organisatie samenwerken is onduidelijk, net als de vorm en inhoud van interacties en coördinatie tussen betrokken actoren in relatie tot bepaalde chronische aandoeningen. Er blijkt nauwelijks inzicht te zijn in welke (potentiële) problemen er spelen binnen netwerken, wie deze

knelpunten ondervindt en welke consequenties deze knelpunten hebben voor de zorgverlening van chronisch zieken. Tevens is het de vraag of meer samenwerking en afstemming in deze regio leiden tot betere kwaliteit van zorgverlening voor chronisch zieken.

Om de kwaliteit van de gezondheidszorg voor chronisch zieken in de regio Twente in de toekomst te kunnen waarborgen, is het van belang om te weten hoe de huidige situatie van samenwerking binnen de gezondheidszorg met betrekking tot CVA er uit ziet en wat de knelpunten hierbij zijn. Op het gebied van samenwerking en afstemming van zorg voor chronisch zieken is tot op heden weinig onderzoek uitgevoerd, (Janssen Duyghuysen, 2005) waardoor het interessant is om dit onderwerp als uitgangspunt te nemen voor dit onderzoek. Om de gewenste onderzoeksresultaten te verkrijgen, is het belangrijk dat het netwerk van zorgverleners in kaart wordt gebracht. Momenteel is het namelijk onduidelijk hoe het netwerk van organisaties en zorgverleners in Twente er uit ziet rondom het chronische ziektebeeld CVA. Alleen wanneer deze kennis aanwezig is, is het mogelijk om aangrijpingspunten te vinden om het zorgproces te verbeteren en daarmee doeltreffende interventies, zoals de toepassing van ICT of wellicht andere, uit te voeren om tot het gewenste niveau van gezondheidszorg te komen in Twente.

De onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt dan ook:

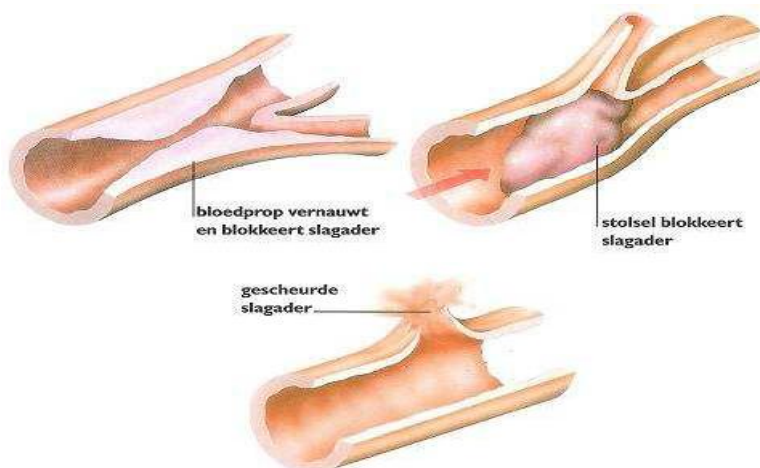
'Hoe ziet het huidige netwerk van zorginstellingen(-verleners) in Twente er uit en waar liggen aangrijpingspunten voor verbetering ten aanzien van het zorgproces van het chronische ziektebeeld CVA?'

Hoofdstuk 1 CVA

In dit hoofdstuk zal besproken worden wat een CVA is. Daarnaast zullen enkele cijfers betreffende CVA in Nederland genoemd worden.

1.1 Ziektebeeld

CVA staat voor Cerebro Vasculair Accident. In de volksmond wordt een CVA ook wel een beroerte genoemd. Een CVA is een acute verstoring van de bloedvoorziening van de hersenen. Deze verstoring brengt neurologische verschijnselen teweeg en duurt langer dan 24 uur of leidt binnen 24 uur tot de dood. De acute verstoring van de bloedvoorziening wordt veroorzaakt door een herseninfarct of een hersenbloeding. Bij een herseninfarct is er sprake van afsluiting van cerebraal bloedvat. Een hersenbloeding komt in 20 procent van de gevallen voor. Hierbij scheurt er een cerebraal bloedvat. Bij zowel een herseninfarct als een hersenbloeding krijgt een deel van het hersenweefsel geen zuurstof en sterft af. Een CVA leidt tot blijvende neurologische verschijnselen.



Figuur 1: Cerebro Vasculair Accident

Het beeld van het CVA bij de patiënt is niet uniform. Dat wil zeggen dat alle patiënten verschillen in de aard, de intensiteit en de plaats van de neurologische verschijnselen. Dit hangt samen met de plaats in de hersenen waar het infarct of de bloeding is opgetreden.

Afhankelijk van de plaats in de hersenen kunnen de volgende symptomen verschijnselen van een CVA zijn: verlammingen in het gezicht (scheve mond bijvoorbeeld), warrig spreken en denken, verlammingen (meestal in de tegenovergestelde zijde van het lichaam), verstoring of verlies van het gezichtsvermogen, verdoofd gevoel in arm, been of gezicht, tintelingen, ernstige hoofdpijn (meestal bij bloeding), duizeligheid en evenwichtsstoornissen. Karakterverandering en veranderingen in emoties zijn veel voorkomende lange termijn gevolgen. (Hijdra, 1994)

Leeftijd is de belangrijkste risicofactor betreffende het voorkomen van een CVA. Hoe hoger de leeftijd hoe groter de kans op een CVA. Naast leeftijd zijn ook hoge bloeddruk, hoog cholesterol, diabetes mellitus, overgewicht, overmatig alcoholgebruik en roken belangrijke risicofactoren voor een CVA. (RIVM)

1.2 CVA in cijfers

Tot de groep mensen bij wie een CVA voor is gekomen behoren met name ouderen. De incidentie van CVA in Nederland ligt op 2,0 per duizend mannen en 1,7 per duizend vrouwen. Dit wil zeggen dat er ongeveer 28.500 nieuwe CVA's per jaar voorkomen. Op het moment zijn er ongeveer 120.000 mensen die te maken hebben met de gevolgen van een CVA. (Baan, 2003)

Van de mensen die een CVA hebben gehad overlijdt ongeveer 30 a 40 procent in de eerste maand. Bij bloedingen is de mortaliteit het hoogst. Het CVA staat hoog op de lijst van meest voorkomende doodsoorzaken in de westerse landen en is één van de meest belangrijke oorzaken van ernstige invaliditeit. (Kruimer)

De kosten van de zorg voor CVA patiënten worden in 2003 geschat op € 1.452 miljoen. Dit staat gelijk aan 2,5 procent van de totale zorgkosten in Nederland. Van de kosten van zorg voor CVA patiënten wordt 63 procent uitgegeven aan thuiszorg, verpleging en verzorging. 29 procent wordt uitgegeven aan ziekenhuis- en medisch specialistische zorg. (RIVM)

Hoofdstuk 2 Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk wordt een toelichting gegeven op de keuze om CVA centraal te stellen in dit onderzoek. Vervolgens wordt de keuze van de onderzochte actoren toegelicht. De onderzoeksvraag wordt opgedeeld in drie deelvragen. Onderzoeksdoelen worden geformuleerd en tot slot worden de onderzoeksmethoden toegelicht.

2.1 Keuze voor chronische aandoeningen

Dit onderzoek richt zich op chronische aandoeningen. De reden voor deze keuze is dat chronische aandoeningen een steeds grotere druk op de gezondheidszorg leggen. In tegenstelling tot patiënten met acute gezondheidszorgproblemen, is de vraag naar zorg van mensen met een chronische aandoening van langdurige aard. Aangezien er sprake is van een dubbele vergrijzing en verandering in leefstijl komt er een steeds grotere vraag naar zorg. Geschat wordt dat ongeveer 10 – 20 procent van de Nederlandse bevolking aan een chronische ziekte leidt. Dit aantal chronische zieken is gezamenlijk verantwoordelijk voor ongeveer 80 procent van alle zorgvragen (Baan, 2003).

Veel chronisch zieken ontvangen niet de zorg die ze eigenlijk nodig hebben, doordat het aantal mensen dat lijdt aan een chronische ziekte groeit en omdat het huidige gezondheidszorgsysteem voornamelijk is gericht op acute zorg.

Aangezien er veel chronische aandoeningen bestaan en het onderzoek moet worden afgebakend is er een keuze voor gemaakt om slechts één enkel chronische ziektebeeld bij dit deelonderzoek te betrekken. Een reden voor het selecteren van deze chronische aandoening is dat er op regionaal niveau veel samenwerkings- en afstemmingsafspraken voor deze aandoening zijn. In Twente behoort CVA zelfs tot de top drie van ziektebeelden waarvoor samenwerkings- en afstemmingsafspraken zijn gemaakt. (Baan, 2003). Een andere reden voor het selecteren van CVA voor dit onderzoek is dat CVA in Nederland veel voorkomt. CVA staat hoog op de lijst van meest voorkomende doodsoorzaken in westerse landen. (Kruimer)

2.2 Keuze van actoren

Voor het onderzoek is gekozen om vanuit de perspectieven van meerdere relevante actoren naar de zorgverlening voor CVA patiënten te kijken. Een aantal relevante actoren die genoemd worden in de literatuur zijn: huisartsen, medisch specialisten, thuiszorgorganisaties en paramedici. Om het onderzoek af te bakenen zijn de volgende vier actoren geselecteerd: huisarsten(praktijken), thuiszorgorganisaties, ziekenhuizen en het revalidatieziekenhuis. Hieronder volgt per betrokken actor een korte toelichting.

Huisartsen(praktijken)

Binnen de Nederlandse gezondheidszorg neemt de huisarts een centrale positie in. De huisarts verwijst patiënten wel of niet door naar de eerste en tweede lijn. De behandeling in de huisartsenpraktijk strekt uit van preventie, diagnostiek tot behandeling.

Een CVA patiënt wordt meestal eerst gezien door de huisarts. Wanneer deze een CVA vermoedt bij de patiënt wordt de patiënt doorverwezen naar het ziekenhuis voor snelle diagnostiek en behandeling. De laatste jaren is er een trend waarneembaar dat er meer duo- en groepspraktijken komen in plaats van solistische huisartsenpraktijken. Het percentage huisartsen dat ondersteunende medewerkers zoals praktijkverpleegkundigen in dienst heeft neemt fors toe. (Baan, et al., 2003)

Wanneer wordt gekeken naar de regio Twente, dan blijkt dat hierbinnen ongeveer 300 huisartsen werkzaam zijn. Van dit aantal is de meerderheid vrijgevestigd. (I & O research). De overige huisartsen werkt als 'hidha', wat inhoudt dat zij in dienst zijn van een andere huisarts of zijn werkzaam als waarnemer. Een groot aantal huisartsen is aangesloten bij de Huisartsenkring Twente.

(Revalidatie)ziekenhuizen

Zoals bij de huisartsen reeds benoemd vindt in het ziekenhuis snelle diagnostiek en behandeling plaats. Dit wordt zo snel mogelijk gedaan om zo de schade in de hersenen ten gevolge van het CVA zo beperkt mogelijk te houden. Het revalideren begint meestal in het ziekenhuis. Vervolgens kan dit voortgezet worden in het revalidatieziekenhuis of in het verpleeghuis. Een CVA patiënt wordt beperkt door verschillende neurologische verschijnselen ten gevolge van het CVA. In het revalidatieziekenhuis wordt samen met de patiënt gewerkt aan het verminderen van beperkingen, terugkeer naar de thuissituatie en re-integratie in de maatschappij. (Huis in 't Veld, 2003)

Naast organisatorische veranderingen binnen de huisartsenzorg, vinden er ook veranderingen plaats binnen ziekenhuizen. Zelfstandig werkende specialisten worden steeds meer geïntegreerd binnen de ziekenhuisorganisatie en de organisatiestructuur wordt steeds meer opgebouwd vanuit processen van de patiëntenzorg in plaats van een indeling in medisch specialismen. Bij verpleegkundigen is ook een verschuiving te zien. Ook zij gaan meer patiëntgericht werken, het taakgerichte werken vormt steeds minder het uitgangspunt. Verpleegkundigen werken zoveel mogelijk met dezelfde patiënten waar zij verantwoordelijk voor zijn. Voor 'hun' patiënten stellen ze het zorgplan op en houden ze het patiëntendossier bij. Binnen de verpleegkundige zorg zijn er in veel ziekenhuizen de laatste jaren ook transferverpleegkundigen werkzaam. Zij trachten de overgang van ziekenhuiszorg naar bijvoorbeeld de thuiszorg of naar het verzorgings- of verpleeghuis te bevorderen (Baan, 2003).

De Regio Twente heeft de beschikking over drie ziekenhuizen, Twenteborg Almelo, Midden Twente Hengelo en Medisch Spectrum Twente te Enschede (inclusief vestiging Oldenzaal). Tevens heeft Twente de beschikking over één revalidatieziekenhuis, namelijk Het Roessingh. Een interessant verschil tussen de drie algemene ziekenhuizen en het revalidatieziekenhuis is dat de drie algemene ziekenhuizen zich vooral richten op acute kortdurende zorg. Het Roessingh echter houdt zich uitsluitend bezig met chronische, langdurig zorg.

Het Medisch Spectrum Twente heeft de beschikking over ruim 1000 bedden, Streekziekenhuis Midden Twente beschikt over ongeveer 350 bedden en het Twenteborg ziekenhuis in Almelo over ongeveer 600 bedden (I & O -research). In het Roessingh zijn in de kliniek voor volwassenen ruim 100 bedden beschikbaar.

Thuiszorg

Ook de thuiszorg is bij dit onderzoek betrokken. In het revalidatieziekenhuis of het verpleeghuis is gewerkt aan terugkeer naar de thuissituatie. Hierin heeft de thuiszorg een belangrijke rol. De thuiszorg ondersteunt de CVA patiënt in zijn thuissituatie, zodat deze thuis kan blijven wonen. Dit is bijvoorbeeld mogelijk wanneer en mantelzorg is of wanneer de neurologische verschijnselen gering zijn. Thuiszorg kan bijvoorbeeld ondersteuning bieden in de huishouding of in de ADL.

De laatste jaren is vooral sprake van schaalvergroting binnen de thuiszorg. Het takenpakket wordt steeds uitgebreider; er worden steeds vaker zowel generalistische als specialistische functies uitgevoerd. Daarnaast vindt er steeds meer integratie tussen verpleging en verzorging plaats. Zo wordt er steeds meer gewerkt binnen geïntegreerde teams van verpleging en verzorging, al verschilt dit tussen organisaties (Baan, 2003).

Binnen de regio Twente zijn veel verschillende thuiszorgorganisaties werkzaam. Het aantal thuiszorgorganisaties dat zijn deuren heeft geopend is de laatste jaren fors toegenomen. Dit is een van de redenen dat er vooral binnen de thuiszorg sprake is van onderlinge concurrentie.

2.3 Probleemstelling en onderzoeksvraag

Dit onderzoek richt zich op de organisatie van de zorgverlening in Twente rondom de CVA patiënt. Er is weinig bekend over de samenwerking en afstemming in de zorg voor CVA patiënten in Twente. Zo is onduidelijk hoe het netwerk van zorgverleners eruit ziet, hoe de zorgverleners met elkaar samenwerken en hoe de zorgverleners onderling informatie uitwisselen. Doordat niet bekend hoe deze punten eruit zien, zijn er ook geen concrete aanwijzingen voor eventuele verbeterpunten waaraan in de zorg voor CVA patiënten gewerkt zou kunnen worden.

De onderzoeksvraag luidt dan ook als volgt:

'Hoe ziet het huidige netwerk van zorginstellingen(-verleners) in Twente er uit en waar liggen aangrijpingspunten voor verbetering ten aanzien van het zorgproces van het chronische ziektebeeld CVA?'

Subvragen

1. Hoe ziet het huidige netwerk van zorgaanbieders in Twente eruit rondom het chronische ziektebeeld CVA?
2. Op welke wijze wordt er door de zorgaanbieders samengewerkt binnen het beschreven netwerk wanneer, dit geanalyseerd en geïnterpreteerd wordt met behulp van het Chronic Care Model?
3. Waar liggen aangrijpingspunten tot verbetering van het zorgproces van het chronische ziektebeeld CVA, wanneer de praktische situatie wordt geanalyseerd en geïnterpreteerd met behulp van het Chronic Care Model?

2.4 Doelen

Het centrale doel van deze studie is om inzicht te krijgen in de huidige situatie ten aanzien van de zorg rondom het chronische ziektebeeld CVA binnen de regio Twente.

De subdoelen zijn om:

- inzicht krijgen in hoe het netwerk van zorgverleners er uit ziet rondom patiënten met CVA in de regio Twente
- inzicht krijgen in de wenselijke organisatie van de gezondheidszorg rondom patiënten met CVA in de regio Twente
- inzicht krijgen in hoe de samenwerking en het delen van informatie tussen betrokken zorgverleners georganiseerd is binnen het netwerk rondom patiënten met CVA in de regio Twente
- IZIT informeren over de manier waarop informatie tussen zorgverleners wordt gedeeld (informatiesystemen)
- inzicht krijgen in problemen en aangrijpingspunten voor verbetering ten aanzien van de zorgverlening rondom mensen met CVA in de regio Twente

2.5 Methoden van onderzoek

Deze paragraaf omvat een beschrijving over de methodiek en de structuur van het onderzoek. De gegevens van het onderzoek zijn verzameld met behulp van drie methoden, namelijk literatuurstudie, semi-gestructureerde interviews en enquêtes. Hieronder wordt per methode de procedure beschreven. De variabelen die zijn onderzocht zijn afgeleid van het Chronic Care Model (CCM) van Wagner. Enkele onderzochte variabelen zijn: mate van samenwerking, regie, coördinatie en afstemming binnen de zorgverlening.

- Literatuurstudie

Door middel van een literatuurstudie is zowel voorafgaand als tijdens het onderzoek getracht om op een systematische wijze gegevens te verzamelen. Enkele doelen zijn hierbij nagestreefd: Ten eerste is geprobeerd om ontbrekende kennis te identificeren (dit houdt in dat hiaten in bestaande onderzoeksliteratuur worden gezocht), ten tweede heeft de literatuurstudie plaatsgevonden om duplicatie te voorkomen (dus dat hetzelfde onderzoek niet al eerder is uitgevoerd), ten derde is er literatuur gezocht om het denkkader van het onderzoek vorm te geven en ten vierde heeft literatuur ertoe geleid dat complementair op resultaten uit semi-gestructureerde interviews en enquêtes antwoord kon worden gegeven op de onderzoeksvraag. Voor het denkkader is voornamelijk gezocht naar relevante onderzoekstheorieën en modellen die als theoretische 'bril' voor het onderzoek konden dienen.

Mede aan de hand van de literatuurstudie is de probleemstelling in de loop van het onderzoek afgebakend en zijn de subvragen geformuleerd.

De informatie is verkregen via internetbronnen, boeken, rapporten, artikelen, ministeries en instituten. Ook is via bijvoorbeeld bepaalde huisartsenverenigingen, regiokaarten Twente, belangenverenigingen geprobeerd om kwantitatieve gegevens van de betrokken actoren te achterhalen. Voorbeelden van deze kwantitatieve gegevens zijn: het aantal werkzame actoren, type actor, adressen en telefoonnummers

- Semi-gestructureerde interviews

Er is gekozen om te starten met semi-gestructureerde interviews, omdat deze manier van interviewen geschikt is om in de beginfase van een onderzoek toe te passen (Wester, 1995). Door deze manier van interviewen toe te passen kan er een globale indruk worden verkregen van wat er speelt betreffende het hoofdonderwerp en kan de richting voor het onderzoek verder worden gedefinieerd. Het is daarmee goed toe te passen tijdens de exploratieve fase van het onderzoek. Een kenmerk van semi-gestructureerde interviews is dat de onderwerpen van tevoren wel vastliggen, maar de vragen en antwoorden niet (Baarda en de Goede, 2000).

- Enquête

Nadat de onderzoeksvraag aan de hand van de semi-gestructureerde interviews en de literatuurstudie kon worden afgebakend, is ervoor gekozen om het empirische onderzoek verder uit te voeren aan de hand van enquêtes (zie bijlage 1). De enquêtes zijn afgenomen op operationeel niveau binnen de regio Twente. Het voordeel van de enquête boven de semi-gestructureerde interviews is dat een groter aantal onderzoekseenheden betrokken kunnen worden bij het onderzoek en dat de gegevens vergelijkbaar zijn. Enquêtes zijn vergeleken met mondelinge dataverzameling gemakkelijker te organiseren (Baarda en de Goede, 2000). Dit is voor het onderzoek van belang gezien het grote aantal betrokken actoren en de geografische verspreiding van hen.

Voor het ontwikkelen van de enquête worden de uitkomsten van de semi-gestructureerde interviews gebruikt. Om een goede structuur en een gefundeerde basis in de enquête aan te brengen is deze opgesteld aan de hand van het Chronic Care Model (CCM) van Wagner. Er is gekozen om van dit model gebruik te maken, omdat Wagner binnen zijn model alle aspecten binnen de gezondheidszorg voor chronisch zieken belicht. De vragen van de enquête zijn met behulp van dit model geordend onder zes hoofdonderwerpen (de zes elementen van het CCM), zodat onderwerpen elkaar logisch opvolgen en een volledig beeld van het onderzoeksonderwerp kon worden verkregen. In bijlage 1 is één van de enquêtes als voorbeeld opgenomen. De enquêtes worden toegespitst op iedere categorie zorgverleners per actor die betrokken is bij het onderzoek.

De gekozen onderzoekspopulatie waarnaar (eventueel) gegeneraliseerd kan worden betreft de volgende onderzochte zorgverlencategorieën; alle huisartsen, alle specialisten en verpleegkundigen die gespecialiseerd zijn in één of meerdere van de onderzochte chronische ziektebeelden. Tevens naar specialisten en verpleegkundigen die in hun werk veel met deze specifieke ziektebeelden te maken hebben. Al deze zorgverleners vertegenwoordigen een van de volgende organisaties binnen de regio Twente, namelijk: huisartsenpraktijken, (revalidatie)ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties. In deze studie zijn de 'units of analysis' de genoemde specifieke zorgverlencategorieën en de 'units of observation' zijn de benaderde individuele zorgverleners. De uiteindelijke rapportage vindt plaats op groepsniveau.

2.6 Operationalisatie

Omdat het onderzoek zich richt op een chronisch ziektebeeld, volgt hieronder de operationalisatie van het begrip.

Chronische aandoening

Wat betreft chronische aandoeningen bestaat er geen algemeen aanvaarde definitie. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS, 2007) omschrijft het als een: 'Onomkeerbare aandoening, zonder uitzicht op volledig herstel en met een gemiddeld lange ziekteduur'. Een meer precieze definitie is afkomstig van de Nationale Commissie Chronische Ziekten: 'Chronische ziekten zijn ziekten die niet binnen zes maanden volledig genezen, of te genezen zijn, of ziekten waarbij over het algemeen geen uitzicht is op volledige genezing'. Andere belangrijke kenmerken zijn een variabel ziektebeloop en het feit dat de ziekte een forse impact heeft op het dagelijks functioneren van de patiënt (Rosendal, 2006). Dit deelonderzoek richt zich op het ziektebeeld CVA. De ziekte CVA brengt een aantal kenmerken met zich mee die van invloed zijn op de organisatie van zorg.

Hoofdstuk 3 Het Chronic Care Model

In dit hoofdstuk wordt het Chronic Care Model beschreven, waarvan in dit onderzoek gebruik is gemaakt. Er zal worden ingegaan op de betekenis van het Chronic Care Model. Het model dient als denkkader voor het literatuuronderzoek en als middel om het gezondheidszorgnetwerk, rond CVA in Twente, in kaart te brengen en aangrijpingspunten voor verbeteringen te benoemen. De intentie van het onderzoek is dus niet om het systeem te verbeteren maar om zwakke punten in het systeem te detecteren en hiervoor aanbevelingen te doen. Het Chronic Care Model heeft als leidraad voor de enquête gediend. Om een zo breed mogelijk beeld te krijgen van het gezondheidsnetwerk in Twente komt het gehele model in de enquête naar voren.

3.1 Inleiding

Niet alleen in Nederland groeit het aantal chronisch zieken met de daarmee samenhangende problemen in hoog tempo; ook elders in de wereld ontwikkelen zich problemen binnen de gezondheidszorgsystemen ten gevolge van een toename van het aantal chronisch zieken. (Epping-Jordan, 2004) Overall worden chronisch zieken geconfronteerd met een onzekere toekomst vol beperkingen. Daarbij hebben ze te maken met de lasten en de ongemakken die het onder controle houden van de ziekte met zich meebrengt om zo goed mogelijk te kunnen functioneren in hun dagelijks leven. (Wagner, 1996) Doordat het aantal mensen dat lijdt aan een chronische ziekte groeit en omdat het huidige gezondheidszorgsysteem voornamelijk is gericht op acute zorg, ontvangen veel chronisch zieken niet de zorg die ze eigenlijk nodig hebben. Wagner (2001) is naast vele anderen van mening dat er bepaalde veranderingen in het zorgsysteem moeten worden aangebracht om aan deze zorgvraag te kunnen voldoen en om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het zorgsysteem moet worden omgevormd van een reactief naar een proactief systeem; het zwaartepunt ligt hierbij bij het zolang mogelijk gezond houden van mensen in plaats van het pas in actie komen wanneer iemand al ziek is. (Wagner, 1996) Effectieve veranderingen aan het zorgsysteem zijn noodzakelijk omdat aangetoond is dat deze de kwaliteit van zorg verbeteren.

In 1998 richtte Wagner (samen met zijn team) het Chronic Care Model (hierna genoemd als CCM) op dat een hulpmiddel is om de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken te verbeteren (Lucking). Sindsdien is het CCM geïmplementeerd in vele settings. In feite is het meeste chronische gezondheidszorg beleid in ontwikkelde landen tot op zekere hoogte op dit model gebaseerd (Lucking). Het instrument dat het resultaat is van intensieve literatuurstudies en toegepast onderzoek, (Wagner, 2002) wordt gebruikt als instrument dat er op gericht is om essentiële verbeteringen mee te genereren. (Epping-Jordan, 2004). Wagner ziet zijn model als een gids die de weg leidt naar verbetering van de zorg voor chronisch zieken. (Wagner, 2001). Over de effectiviteit van het model zegt Wagner: "The Chronic Care Model is not a quick fix or a magic bullet, it is a multidimensional solution to a complex problem". (Wagner, 2002 pp. 3) Het model kan worden toegepast op

verschillende chronische aandoeningen, binnen diverse gezondheidszorgsettings en verschillende doelgroepen. In de essentie draait het bij het CCM om gezondere patiënten, meer tevreden gezondheidszorgaanbieders en kostenbesparingen.

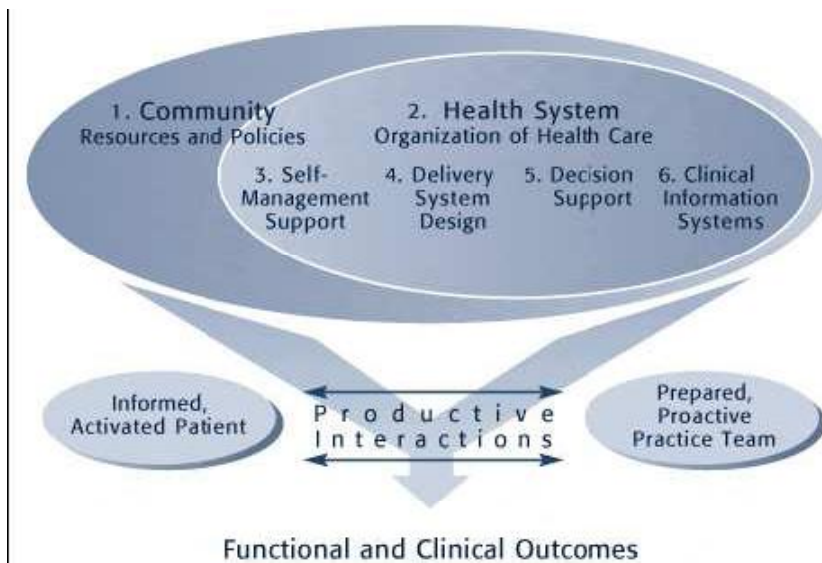
In verschillende Amerikaanse gezondheidszorgsystemen en -settings is het Chronic Care Model al succesvol in de praktijk toegepast. (Bodemheimer, 2002). Zo is onder andere in Canada het CCM gebruikt bij een aantal projecten in de eerste lijn met goede resultaten (Roerink, 2006). Voor dit onderzoek is aangenomen dat gezien de brede toepasbaarheid van het model en de positieve ervaringen van de toepassing van het model in andere landen (Lucking; Bodemheimer, 2002) dat het model ook toegepast kan worden op het gezondheidszorgnetwerk van dit onderzoek. Dit wordt onderstreept door een publicatie van Last (2006) waarin een beschrijving gegeven wordt van de toepasbaarheid van het CCM in een landelijke zorgstandaard voor chronisch zieken. In dit onderzoek is getracht een antwoord te krijgen op de vraag of het CCM toepasbaar is binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Uit het onderzoek is gebleken dat patiëntenorganisaties van mening zijn dat bij de ontwikkeling van een zorgstandaard aan vijf elementen van het CCM moet worden voldaan. Het onderzoek levert wetenschappelijke onderbouwing voor het gebruik van vijf van de zes elementen bij de invulling van zorgstandaarden en levert daarmee dus wetenschappelijke onderbouwing dat het CCM toepasbaar is op een landelijke zorgstandaard voor chronisch zieken.

3.2 Het Chronic Care Model

Het CCM gaat uit van ideaal model waarbij gesproken wordt over een 'Informed Activated Patiënt' die zelf eigenaar van zijn ziekte is. Hij is in staat om signalen te herkennen en weet waar hij met vragen terecht kan. De patiënt bereid zich voor op een consult. Tevens heeft de patiënt inzicht in zijn eigen ziekte en is in staat om geïnformeerde beslissingen te maken ten aanzien van onder andere medicatie, behandeling en leefstijl. Via 'productieve interacties' staat de 'Informed Activated Patiënt' in contact met een 'Prepared, proactive practice team'. Dit team van gedegen voorbereide professionals kenmerkt zich door (onder andere) het volgende; inhoudelijk, organisatorisch en communicatief competent, taakdelegatie waar mogelijk, verantwoord, kennis en vaardigheden zijn up to date, toegankelijk en transparant, toepassing van moderne technologie en gericht op ondersteuning en informatie.

Het CCM stelt dus dat effectieve zorg voor chronisch zieken zich kenmerkt door productieve interacties tussen geactiveerde patiënten (en familie) en een voorbereid team van professionals. Deze zorg wordt geboden binnen een gezondheidszorgsysteem dat optimaal gebruik maakt van maatschappelijke bronnen (bijv. patiëntenorganisaties) (Institute for Healthcare improvement, 2005). Het model onderkent dat een groot deel van de zorg voor chronisch zieken buiten de formele gezondheidszorgzettingen plaatsvindt (Lucking) Er worden zes elementen genoemd die van essentieel belang zijn bij initiatieven om de zorg voor chronisch zieken te verbeteren. Deze zes elementen zijn; 'community resources'; 'the healthcare system'; 'patient self-management'; 'delivery system design'; 'decision support' en 'clinical information systems'. Deze elementen zullen in paragraaf 3.4 besproken worden.

De belangrijkste principes van het model bestaan uit: Het aanboren van maatschappelijke bronnen om aan de vraag van patiënten met chronische aandoeningen te kunnen voldoen. Het creëren van een cultuur, organisatie en mechanismen om veiligheid en een hoge kwaliteit van zorg te bevorderen. Tevens is het van belang om mensen aan te moedigen en voor te bereiden om zelf hun gezondheid en gezondheidszorg te managen. Daarnaast streeft het CCM na om effectieve en efficiënte zorg te leveren en zelfmanagement support te leveren. Een ander principieel punt van het CCM is dat zij zorg gebaseerd op wetenschappelijk bewijs wil bevorderen. Als laatste wordt de noodzaak benadrukt om alle medische gegevens op zowel patiëntniveau als op populatie niveau goed te organiseren zodat efficiënte en effectieve zorg mogelijk is (Lucking). Het doel van het CCM is om zorg te leveren die veiligheid garandeert, de patiënt centraal stelt en effectief, tijdig, efficiënt en eerlijk is. Veranderingen in het systeem kunnen aan de hand van de criteria van het model in kaart worden gebracht (Institute for Healthcare Improvement, 2005) .



Figuur 2: Het Chronic Care Model
(Last, 2006)

3.3 De toepassing van het Chronic Care Model

Er is gekozen voor het CCM als theoretisch model dat het onderzoek vorm geeft omdat het goed op het onderzoeksonderwerp aansluit en zeer goed toepasbaar is. Wagner (2002) is van mening dat het model een goede basis legt voor het ontwikkelen van programma's die er op gericht zijn de zorg voor chronisch zieken te verbeteren. Epping-Jordan (2004) geeft aan dat het een instrument is voor het genereren van essentiële verbeteringen in de gezondheid en de gezondheidszorg in verschillende landen. Tevens heeft het CCM zich al als succesvol bewezen in de zorg voor een aantal chronische aandoeningen in Amerika. (Bodemheimer, 2002).

Het CCM kan zowel als analyse-, normatief-, als verklaringmodel worden gebruikt. Binnen dit onderzoek is het CCM op deze diverse wijzen toegepast. Zo fungeert het CCM als analyse model bij het op systematische wijze verzamelen en analyseren van gegevens. Tevens dient het CCM als normatief en verklaringmodel bij het analyseren en interpreteren van de resultaten en het doen van aanbevelingen. Het CCM wordt gebruikt als 'ideaal model' waarmee de huidige zorg in Twente kan worden vergeleken.

Met behulp van het CCM wordt het gezondheidszorgnetwerk met daarin de samenwerking in de regio Twente voor CVA patiënten in kaart gebracht. Het CCM is een model waarmee relatief 'breed' gekeken kan worden naar gezondheidszorgsystemen. Zo betreft het CCM de rol van de maatschappij bij het verbeteren van de kwaliteit van de zorg voor chronisch zieken. De zorg voor chronisch zieken wordt vanuit verschillende invalshoeken benaderd, waardoor niet alleen de zorgverleners, maar ook de chronisch zieke persoon zelf en het systeem om hem heen bij de zorg betrokken worden. (Epping-Jordan, 2004) Het CCM gaat, net als het Nederlandse gezondheidszorgbeleid, uit van vraagsturing waarbij de zorgvraag van de patiënt centraal wordt gesteld. In Nederland is men van mening dat de

zorg beter moet worden afgestemd op de zorgvraag en het belang van samenwerking wordt ingezien. Het CCM kan hierbij als model een goed hulpmiddel zijn. Binnen het CCM wordt namelijk veel aandacht besteed aan het bundelen van krachten (bijvoorbeeld samenwerking tussen maatschappelijke organisaties en ketenvorming/ netwerkvorming). Dit maakt het CCM geschikt voor dit onderzoek, waarin ook de nadruk wordt gelegd op hoe het netwerk er op dit moment uit ziet.

Zoals eerder genoemd legt het CCM een goede basis voor het ontwikkelen van programma's die er op gericht zijn de zorg voor chronisch zieken te verbeteren (Wagner, 2002). Door het huidige zorgsysteem betreffende de zorg voor CVA patiënten in de regio Twente tegen het licht van het CCM te houden, kan onderzocht worden waar aangrijpingspunten liggen om het ontwerp van het zorgsysteem te veranderen, zodat de kwaliteit van de zorg voor chronisch zieken in de regio Twente verbeterd.

Binnen het onderzoek zijn alle elementen van het CCM in meer of mindere mate vertegenwoordigd. Alle elementen van het Chronic Care Model hebben draagvlak binnen het onderzoek, omdat het Chronic Care Model de nadruk legt op het bundelen van krachten binnen de zorgverlening en op de samenwerking tussen zorgverleners en organisaties onderling.

Omdat een element niet zonder de andere kan en er een zekere mate van samenhang bestaat, kan alleen met de inzet van alle elementen het gewenste eindresultaat worden bereikt. Om deze reden is ervoor gekozen om elk element aan de orde te laten komen in het onderzoek om zo een zo compleet mogelijk beeld te verkrijgen van het gezondheidszorgsysteem in Twente ten aanzien CVA patiënten.

3.4 Ideale zorg voor CVA patiënten volgens het CCM

In de vorige paragraaf is duidelijk geworden wat het CCM inhoudt en wat de visie van het CCM op de zorg voor chronisch zieken is. In deze paragraaf worden de elementen van het CCM nader besproken. Per element wordt weergegeven hoe de zorg er uit zou moeten zien in een ideale situatie. Er wordt een beeld geschetst van hoe de zorg voor CVA patiënten er volgens het CCM uit zou moeten zien.

3.4.1 Community

Het CCM betreft de maatschappij bij de zorg voor mensen met een CVA, de maatschappij en het gezondheidszorgsysteem moeten de krachten bundelen. Het CCM gaat er vanuit dat bronnen uit de maatschappij waarde toevoegen en initiatieven om de zorg voor chronisch zieken te verbeteren ondersteunen. Zij vindt dat een groot deel van de zorg buiten de reguliere zorg valt. (Wagner, 2002) Chronisch zieken kunnen baat hebben bij activiteiten die in hun omgeving georganiseerd zijn maar die in de reguliere zorg niet beschikbaar zijn. In een ideale situatie is er vanuit de overheid beleid ingezet dat het opzetten van dergelijke activiteiten stimuleert. Er worden samenwerkingsverbanden gesloten met maatschappelijke organisaties voor ondersteuning en om interventies te ontwikkelen die aan nog niet vervulde behoeften voldoen. Er zijn patiëntenverenigingen die verschillende hulpmiddelen als

voorlichtingsbijeenkomsten en lotgenotencontact aanbieden. Daarnaast zijn er bewegingsgroepen/ -programma's opgezet in de nabije omgeving. Deze bronnen ondersteunen op zowel psychisch, sociaal als lichamelijk vlak de zorg voor CVA patiënten. Het CCM gaat er vanuit dat door deel te nemen aan activiteiten in de omgeving de hernieuwde participatie van de CVA patiënt in de maatschappij bevorderd wordt. Doordat het zorgsysteem de maatschappij bij de zorg voor CVA patiënten betreft wordt de kwaliteit van zorg verbeterd.

3.4.2 Health system

Dit element uit het CCM betreft de organisatie van de gezondheidszorg. Het element is een overkoepeling van vier elementen, namelijk 'selfmanagement support', 'delivery system design', 'decision support' en 'clinical information systems'. Deze vier elementen worden in de volgende subparagrafen nader uiteengezet.

Het tweede element binnen het model is het 'Health System', hiermee wordt de vormgeving van de organisatie van de gezondheidszorg bedoeld. Volgens Wagner moet een zorgsysteem gemotiveerd en voorbereid zijn op veranderingen binnen de gehele organisatie wil het de zorg voor chronisch zieken kunnen verbeteren. Een organisatie wordt dan pas als effectief gezien wanneer het probeert om fouten te voorkomen, zorgproblemen te rapporteren, fouten te bestuderen en passende maatregelen binnen het systeem te treffen. Wanneer overeenkomsten worden gesloten die de communicatie en het uitwisselen van data faciliteren, kunnen storingen in de communicatie en coördinatie worden voorkomen. Wagner vindt dat het creëren van een cultuur, een organisatie en mechanismen die veiligheid en een hoge kwaliteit van zorg bevorderen belangrijk zijn om een adequaat zorgsysteem te creëren (Lucking). Binnen het Chronic Care Model wordt het zorgsysteem gevormd door een zichtbare verbetering van ondersteuning op alle niveaus binnen de organisatie, daarbij startend op het hoogste niveau. Door het bevorderen van het gebruik van effectieve verbeterstrategieën binnen het systeem moeten begrijpelijke veranderingen worden bewerkstelligd. Een open en systematische manier van afhandelen van fouten en kwaliteitsproblemen wordt aangemoedigd en er worden prikkels afgegeven die afhankelijk zijn van de geleverde kwaliteit van zorg (Last, 2006). Kortom: in een ideaal zorgsysteem voor mensen met een CVA heerst een cultuur en is er een organisatie van de zorg ontwikkeld die veiligheid en kwaliteit van de zorg voor mensen met een CVA bevordert.

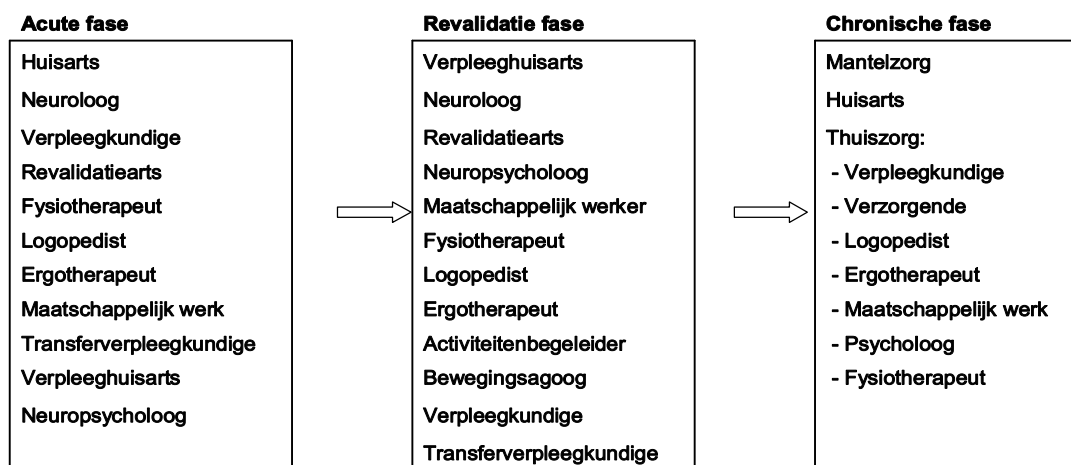
De zorg voor CVA patiënten is constant in beweging en ontwikkeling. Door de dubbele vergrijzing neemt het aantal nieuwe CVA patiënten toe. Snelle diagnostiek en behandeling zijn van belang voor de CVA patiënten. Hiertoe werkt de overheid aan het ontwikkelen van een effectieve organisatie van de gezondheidszorg voor CVA patiënten, nieuwe behandelmethoden en richtlijnen worden geïntroduceerd. In de zorg voor CVA patiënten heeft een ontwikkeling plaatsgevonden naar transmurale zorgverlening. Zorginstellingen breiden hun zorgaanbod buiten de muren van de eigen zorginstelling uit. Om deze transmurale zorgverlening te organiseren zijn er "stroke services" ontwikkeld.

De Nederlandse Hartstichting geeft aan dat de zorg voor CVA patiënten aangeboden binnen een stroke service de continuïteit en kwaliteit bevordert. Binnen een stroke service wordt de zorg geïntegreerd aangeboden.

Stolker (1997) definieert stroke service als volgt: *“Een regionale zorgketen van zorgverleners die gezamenlijk als netwerk een integrale, deskundige en samenhangende zorg en behandeling voor CVA patiënten waarborgen in alle fasen van de aandoening. De leden van het netwerk dragen in gezamenlijkheid zorg voor een adequate transfer van patiënten tussen de voorzieningen en voor de kwaliteit van de keten in zijn totaliteit. Begeleiding van de mantelzorg maakt expliciet onderdeel uit van het zorg- en behandelplan in elke schakel van de keten. Onderdeel van een stroke service is de stroke unit.”* (Stolker, 1997, p.15) Een stroke unit is een afdeling binnen het ziekenhuis waar zorg in de acute fase (zie subparagraaf 3.4.4) van het CVA plaatsvindt. De stroke unit is gericht op snelle diagnostiek, zorg en behandeling. (Stolker, 1997)

Uit onderzoek is gebleken dat het geïntegreerde zorgaanbod dat geboden wordt in stroke units de mortaliteit onder CVA patiënten vermindert en het aantal patiënten dat is opgenomen in instellingen voor chronische zorg vermindert. Dit in vergelijking tot opname op een neurologische of algemene afdeling. (Nederlandse hartstichting) (Franke, 2005) Stolker (1997) geeft aan dat het programma ‘Stroke Services’ van de Nederlandse Hartstichting gericht is op verbetering van de kwaliteit van de zorg voor CVA patiënten en hun familie/omgeving. Hierbij is aandacht voor zowel de inhoud van de zorg als voor het gehele zorgproces.

Figuur 3 geeft aan welke actoren idealiter betrokken zijn bij het zorgproces voor CVA patiënten. De drie afgebeelde fasen geven het totale zorgproces voor CVA patiënten weer. Waar de drie fasen voor staan wordt in het subparagraaf 3.4.4 nader verklaard. In de figuur wordt duidelijk dat de behandeling van CVA patiënten multidisciplinair dient plaats te vinden in de verschillende fasen van het zorgproces.



Figuur 3: actoren per fase van het zorgproces

3.4.3 Self management support

Het CCM stelt nadrukkelijk dat het belangrijk is dat de patiënt (en zijn/haar familie) geïnformeerd en geactiveerd is. Wagner ziet dit als een zeer belangrijk aspect voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Hierbij is het van belang dat de juiste informatie aangeboden wordt en dat de patiënten aangemoedigd worden tot zelfmanagement (Epping-Jordan, 2004). Idealiter wordt de patiënt actief betrokken bij het zorgproces. Dit wordt op de volgende wijze gedaan. De prognose van de CVA patiënt wordt zo spoedig mogelijk gesteld zodat een actieplan kan worden opgesteld waarin concrete doelen worden benoemd. Het behandelplan wordt met de CVA patiënt en zijn/haar familie besproken zodat ze de principes achter de aangeboden zorg begrijpen. Doordat de patiënten geïnformeerd zijn kunnen ze actief deelnemen aan hun zorgproces. CVA patiënten en hun familie worden in staat gesteld om zelf hun ziekte te managen. De centrale rol van de patiënt hierin dient te worden benadrukt. Deze centrale rol zorgt ervoor dat het verantwoordelijkheidsgevoel van chronisch zieken aangemoedigd wordt. (Last, 2006) In een ideaal zorgproces beschikt de CVA patiënt over de motivatie, informatie, vaardigheden en het vertrouwen benodigd om effectieve keuzes te maken met betrekking tot zijn gezondheid en het managen ervan.

3.4.4 Delivery system design

Het vierde element betreft 'delivery system design'. Wagner (1996) geeft aan dat het noodzakelijk is om het zorgsysteem voor chronisch zieken te veranderen in een proactief systeem dat erop gefocust is om de patiënten zo gezond mogelijk te houden. Rondom de zorgverlening voor CVA patiënten zijn er vaak veel verschillende disciplines betrokken die van cruciaal belang zijn om effectieve zorg voor deze categorie zieken te bereiken. Voor effectieve zorg is het van belang dat de taken duidelijk omschreven zijn en dat de rollen van de betrokken zorgverleners duidelijk gedefinieerd en afgebakend zijn. Samenwerking en afstemming zijn belangrijk.

Samenwerking is een complex fenomeen dat moeilijk in de praktijk te brengen is. Om de vruchten te kunnen plukken van goede samenwerking tussen zorgverleners binnen een netwerk zijn er een aantal essentiële factoren van belang. Samenwerking vereist hiermee een bepaalde noodzakelijke basis.

Ten eerste moeten zorgverleners natuurlijk bereid zijn om met elkaar samen te werken; dit is een essentiële factor van samenwerking. Men moet zich betrokken voelen om geïntegreerde zorg te leveren (Atwal, 2002) en betrokken zorgverleners hebben een bepaald gezamenlijk doel nodig als essentieel element om effectieve zorg te bereiken. Een gedeeld plan is erg belangrijk bij de behandeling van chronisch zieken (Atwal, 2002); de zorg die geleverd wordt binnen een netwerk benodigd een bepaalde vorm van structuur. (Turner, 1990 in: Wagner, 1996)

Naast bereidheid tot samenwerken, het stellen van een gemeenschappelijk doel en het leveren van zorg op basis van een gedeeld plan, is ook het deels afstaan van autonomie een vereiste om de gemeenschappelijke doelen te kunnen realiseren. (Bomhof, Peters) Het in zekere mate afstaan van eigen autonomie blijkt echter in de praktijk vaak lastig te zijn. Centrale kwesties binnen een netwerk

zijn dan ook altijd hoe de juiste autonomie tussen deelnemers kan worden gedoseerd en hoe zij om moeten gaan met de paradox die bestaat tussen rivaliteit en samenwerking. (Bomhof, Peters) In de praktijk kan dit behoorlijke knelpunten opleveren wanneer er sprake is van samenwerking.

Binnen een netwerk moet vertrouwen worden opgebouwd tussen de deelnemers, ook dit is in de praktijk vaak niet gemakkelijk. Het winnen van elkaars vertrouwen blijkt vaak een langdurig proces te zijn. (Bomhof, Peters) Omdat zorgverleners binnen een netwerk meestal toch in zekere mate afhankelijk van elkaars middelen, kennis en informatie zijn (Bomhof, Peters) is het ook noodzakelijk dat wanneer men over wil gaan op samenwerking zij van elkaars deskundigheid en werkwijze op de hoogte zijn. Zij moeten elkaar weten te vinden, zodat ze contact met elkaar kunnen opnemen wanneer zij elkaars expertise nodig hebben. Dit is echter niet gemakkelijk; door de hoeveelheid verschillende organisaties moeten contacten steeds meer georganiseerd worden. Onderling moet het daarnaast ook nog eens gaan 'klikken' wil samenwerking optimaal kunnen werken. Samenwerking is dus behoorlijk persoonsgebonden en heeft tijd en regelmatig contact nodig wil het in de praktijk slagen. Een bepaalde mate van continuïteit is hierbij wenselijk, omdat samenwerking tussen verschillende actoren dan niet steeds opnieuw hoeft te worden opgebouwd.

Om samenwerking en afstemming te bevorderen zijn de taken en rollen van de zorgverleners vastgelegd in protocollen en richtlijnen. Doordat iedereen op de hoogte is van zijn/haar rol en taak, is er geen sprake van hiaten of overlapping in het zorgproces. De zorg die geboden wordt door de verschillende zorgverleners sluit goed aan. Binnen netwerken rondom CVA patiënten moeten de taken van de betrokken zorgverleners goed verdeeld zijn en daarbij is het belangrijk dat er gebruik wordt gemaakt van geplande interacties. Op die manier is de samenwerking en afstemming van zorg beter en wordt evidence-based zorg ondersteund.

Het zorgproces voor CVA patiënten dient uit drie fasen te bestaan; de acute fase, de revalidatie fase en de chronische fase. De acute fase beslaat één a twee weken. Een patiënt bij wie sprake lijkt van een CVA wordt meestal eerst door de huisarts gezien. Bij verdenking van een CVA wordt de patiënt door de huisarts doorverwezen naar het ziekenhuis voor het vaststellen van de definitieve diagnose en behandeling. Vanuit de acute fase stromen de patiënten door naar de revalidatie fase. Deze fase is erop gericht om de beperkingen te verminderen en om terugkeer naar de thuissituatie en re-integratie in de maatschappij te bewerkstelligen. De revalidatiefase duurt gemiddeld tot een half jaar na het CVA. Patiënten beginnen vaak in het ziekenhuis met revalideren en zetten dit voort in het revalidatiecentrum, poliklinisch in het ziekenhuis, verpleeghuis en/of thuis. Vanuit de revalidatie fase stromen de patiënten door naar de chronische fase. Deze fase beslaat de hele periode na de revalidatiefase en is gericht op het leren omgaan met de beperkingen, acceptatie, verwerking en ondersteuning van de mantelzorg. In de chronische fase gaan veel patiënten naar huis. Enkele patiënten verblijven in het verpleeghuis. (Huis in 't Veld, 2003)(Nederlandse Hartstichting, 2001)

3.4.5 Decision support

Het CCM geeft aan dat zorgaanbieders toegang moeten hebben tot de benodigde kennis en expertise om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren. Hiertoe hebben zorgaanbieders toegang tot (collega) professionals die over veel kennis en ervaring beschikken zoals een medisch specialist én zijn er protocollen en richtlijnen ontwikkeld. (Epping-Jordan, 2004)

Binnen een goed georganiseerd zorgsysteem is de zorg geprotocolleerd. In deze protocollen en richtlijnen zijn afspraken vastgelegd betreffende de rol en taken van iedere zorgaanbieder; de uitwisseling van gegevens tussen verschillende zorgaanbieders; het opnamebeleid, doorstroming en verwijzing naar andere zorginstellingen; diagnostiek en behandeling; het verstrekken van informatie aan de patiënt en zijn familie; eventuele complicaties. (Nederlandse Hartstichting) Wagner geeft hierbij aan dat het van belang is dat er binnen de verschillende betrokken zorginstellingen gebruik gemaakt wordt van uniforme protocollen.

3.4.6 Clinical information systems

Het CCM geeft aan dat informatiesystemen belangrijk zijn voor de effectiviteit van zorgprogramma's voor chronische aandoeningen. Met behulp van de informatiesystemen kunnen zorgverleners de zorg zowel intramuraal als transmuraal goed coördineren. (Nederlandse Hartstichting, 2001) Het is van belang dat de informatie tijdig beschikbaar is voor de zorgaanbieders. Daarnaast moeten de gegevens juist zijn en moet de informatie toereikend zijn. Doordat adequate informatie tijdig beschikbaar is zijn de zorgverleners voorbereid op mogelijke/voorspelbare zorgvragen van patiënten en kunnen ze zorg van hoge kwaliteit leveren. De zorgverleners zijn proactief. Doordat ze de beschikking hebben over informatie kunnen ze bijvoorbeeld preventieve interventies inzetten. (Wagner, 1996)

De beschikbaarheid van informatie is ook van belang voor patiënten en hun familie. Het CCM benadrukt het belang van het actief betrekken van patiënten en hun familie bij het zorgproces. De prognose van de patiënt dient zo spoedig mogelijk gesteld te worden zodat een actieplan kan worden opgesteld waarin concrete doelen worden benoemd. Het behandelplan wordt met de patiënt en familie besproken zodat ze de principes achter de aangeboden zorg begrijpen. Doordat de patiënten geïnformeerd zijn kunnen ze actief deelnemen aan hun zorgproces.

Het CCM gaat er van uit dat met behulp van informatiesystemen de continuïteit en daardoor de ervaren kwaliteit van zorg voor de CVA patiënt bevorderd wordt. (Wagner, 1996)

Hoofdstuk 4 CVA zorg in Twente

In dit hoofdstuk zullen de resultaten besproken worden. Hierbij wordt de werkelijke situatie van de zorgverlening voor CVA patiënten in Twente tegen het licht van het CCM gehouden.

4.1 Community

De afgelopen jaren hebben er veel ontwikkelingen plaatsgevonden binnen de regelgeving en de financiering van de gezondheidszorg. Deze tendensen hebben verstrekkende gevolgen gehad op de manier waarop de huidige structuur van de gezondheidszorg eruit ziet. Één van deze ontwikkelingen is de vermaatschappelijking van de zorg.

In 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) ingevoerd en daarmee zijn gemeenten verantwoordelijk gesteld voor veel maatschappelijke zorg. Een van de doelen van de WMO is het bevorderen van de samenhang op lokaal niveau en het stimuleren van maatschappelijke participatie van mensen met een beperking. Tevens is het nu de verantwoordelijkheid van de gemeente om ervoor te zorgen dat mensen met langdurige aandoeningen zo lang mogelijk (zelfstandig) kunnen wonen in en met de maatschappij. Vermaatschappelijking plaatst de zorg in een breder kader waardoor nieuwe samenwerkingsrelaties kunnen ontstaan tussen zorg en andere sectoren. Uitgangspunt van de WMO is dat mensen met langdurige aandoeningen hulp vanuit hun sociale omgeving krijgen (mantelzorg). Wanneer professionele ondersteuning nodig blijkt te zijn dan biedt de gemeente dit aan. (Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 2007)

Uit een onderzoek van Baan (2003) blijkt dat zowel mantelzorgers als patiëntenverenigingen door professionals weinig betrokken worden bij het zorgproces van de patiënt.

Ook de respondenten geven in de enquête met een kleine meerderheid aan dat mantelzorg meer bij de reguliere zorg voor chronisch zieken betrokken zou moeten worden. De respondenten zien het belang van mantelzorg in, de mantelzorger wordt als belangrijke actor gezien in het zorgproces voor CVA patiënten. Ondanks dat de respondenten mantelzorg van belang achten en dat de WMO hulp vanuit de sociale omgeving als uitgangspunt stelt, geeft 70 procent aan dat er onvoldoende mantelzorgers beschikbaar zijn. Mantelzorg is onbetaalde zorg die wordt geleverd door familie of vrienden, vanuit een persoonlijke relatie. Mantelzorgers moeten verschillende taken als bijvoorbeeld werknemer, partner etc. combineren met de zorg voor een persoonlijke relatie. Doordat mantelzorgers hun taken moeten combineren is er een grotere kans op overbelasting. Hiertoe dienen mantelzorgers ondersteund te worden. Om deze reden heeft de Nederlandse Hartstichting richtlijnen ter ondersteuning van mantelzorg ontwikkeld. Hierin wordt ook de rol en betrokkenheid van de mantelzorger in het reguliere zorgproces besproken. (Visser-Meily, 2004)

Uit de resultaten blijkt dat 15 procent van de respondenten zelden tot soms in contact komt met patiëntenverenigingen voor CVA patiënten. 1 procent gaf aan regelmatig in contact te komen met een patiëntenvereniging. Dit onderschrijft dus de bevinding Baan (2003) dat patiëntenverenigingen weinig betrokken worden bij het zorgproces. Wel heeft de patiëntenvereniging "Samen Verder" verschillende

activiteiten opgezet voor CVA getroffen en hun familie. De punten waar deze vereniging zich voor inzet zijn het verstrekken van informatie over de gevolgen van een CVA, het ondersteunen van de persoon die door een CVA getroffen is en diens naaste omgeving, lotgenotencontact, CVA-bewegingsgroepen opzetten en begeleiden, samenwerking met de zorg en andere patiëntenverenigingen en het behartigen van belangen tegenover zorgorganisaties, overheden en verzekeraars. (www.cva-samenverder.nl)

In de regio Twente zijn verschillende bewegingsgroepen opgezet die zich specifiek richten op mensen die een CVA hebben doorgemaakt. Zo zijn er verschillende groepen en activiteiten in Almelo, Enschede en Oldenzaal. Daarnaast worden CVA patiënten aangemoedigd lid te worden van een lokale sport- of wandelvereniging.

Lotgenotencontact wordt aangeboden in de vorm van bijeenkomsten, zowel landelijk als regionaal, en in de vorm van een forum of website waar mensen van gedachten kunnen wisselen. Zowel de CVA getroffen als diens naasten kunnen behoefte hebben aan dit contact.

Uit de voor dit onderzoek gehouden enquête komt naar voren dat er door CVA patiënten gebruik gemaakt wordt van voorzieningen als medische fitness/andere bewegingsactiviteiten, voorlichtingsbijeenkomsten, lotgenotencontact, dagbehandeling/dagbesteding en inloopspreekuur bij de CVA-verpleegkundige.

Conclusie

Door invoering van de WMO zijn de gemeenten verantwoordelijk gesteld voor maatschappelijke zorg. Het uitgangspunt hierbij is dat mensen met chronische aandoeningen hulp vanuit hun sociale omgeving ontvangen. Dit gebeurt onder ander in de vorm van mantelzorg. Hoewel uit de enquête het belang van mantelzorg naar voren komt, blijkt dat men vindt dat mantelzorgers te weinig bij de reguliere zorg betrokken worden en dat er te weinig mantelzorgers beschikbaar zijn. Wel blijkt uit de literatuur dat er richtlijnen zijn voor ondersteuning van de mantelzorg waarin ook hun rol en betrokkenheid in de reguliere zorg besproken wordt. Echter wordt hiermee niet ingezet op de beschikbaarheid van voldoende mantelzorgers.

Naast mantelzorg zijn er in de sociale omgeving van CVA patiënten verschillende mogelijkheden als lotgenotencontact, bewegingsactiviteiten, voorlichting, etc. ontwikkeld die hernieuwde participatie in de maatschappij bevorderen. Uit de resultaten blijkt dat CVA patiënten van deze voorzieningen gebruik maken.

Concluderend kan gezegd worden dat de betrokkenheid van de maatschappij bij de zorg nog onvoldoende is.

4.2 Health system

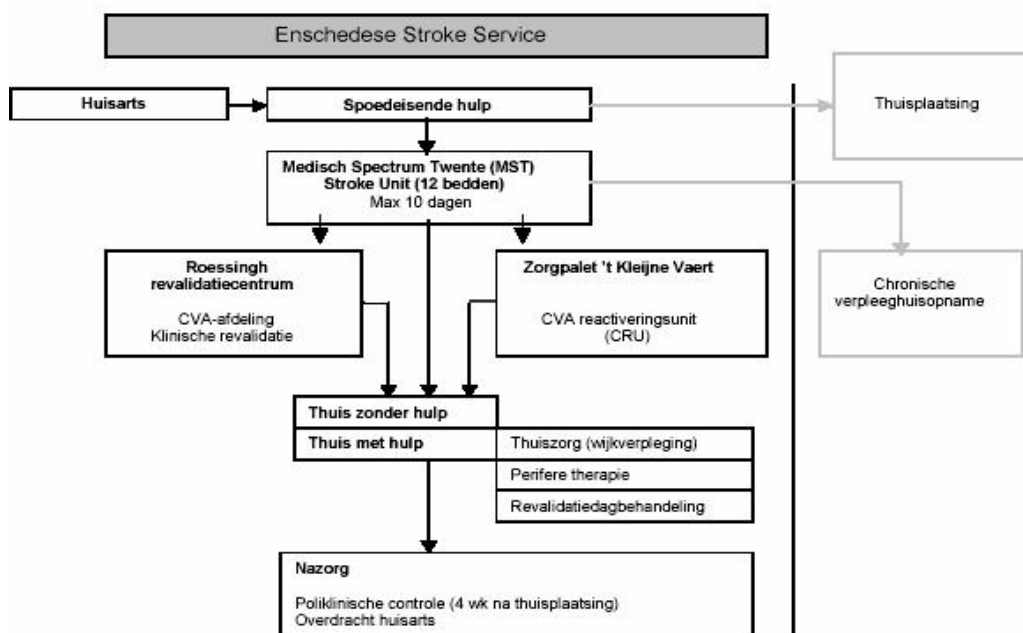
Het zorgsysteem heeft de afgelopen jaren veel veranderingen doorgemaakt. Zo is de patiënt centraal gesteld, waardoor het systeem van aanbodsturing is veranderd in een systeem van vraagsturing. Er is (gedeeltelijke) marktwerking ontstaan. Het idee achter marktwerking in de gezondheidszorg is dat het

betere kansen zou bieden op het gebied van doelmatigheid, flexibiliteit en vraaggerichtheid. Marktwerking zou er toe leiden dat de zorg goedkoper en kwalitatief beter zou worden. Zorgaanbieders moeten concurreren om de gunst van de zorgvrager. Om deze reden willen ze laten zien dat ze kwalitatief goede zorg leveren tegen een goede prijs. Door deze gedachte wordt het zorgsysteem gemotiveerd zichzelf te verbeteren. (Van der Kraan, 2006) (Bomhof, Peters) (Grit, Meurs, 2005)

Zoals in het vorige hoofdstuk reeds aangegeven is de zorg voor CVA patiënten veel in beweging en ontwikkeling. In 1997 heeft de Nederlandse Hartstichting de campagne 'Beroerte, de grootste kopzorg van nu' gestart. Met de campagne wilde men het CVA/ beroerte als ernstige aandoening zijnde onder de aandacht brengen. De vele aandacht voor CVA was ontstaan doordat men verwachtte dat het aantal CVA patiënten schrikbarend zou gaan toenemen, dit vroeg om een betere organisatie van de gezondheidszorg. De zorg voor CVA patiënten kreeg in Nederland een hoge prioriteit (Stolker, 1997). Nieuwe methoden voor behandeling en begeleiding worden ontwikkeld. Tevens is er veel aandacht voor richtlijnen voor CVA zorg. De zorg voor CVA patiënten is complex. Om de juiste zorg te leveren zijn er veel instellingen en disciplines betrokken. Een intensieve samenwerking tussen deze instellingen en disciplines is van belang. Hiertoe ontwikkelde de Nederlandse Hartstichting het programma 'CVA/Stroke Services' waarmee zij zich heeft ingezet voor verbetering van de zorg voor CVA patiënten. Hierbij hebben zorginstellingen hun zorgaanbod transmuraal uitgebreid.

In 2003 blijkt dat er in geheel Nederland stroke services zijn ontstaan waarin het gehele zorgproces voor CVA patiënten gedekt is. Met de stroke services wordt gestreefd naar een zorgaanbod waarin er sprake is van samenhang tussen ziekenhuizen, revalidatiecentra, huisartsen, thuiszorg en verpleeghuizen. Een evaluatiestudie van het programma 'CVA/Stroke Services' heeft plaatsgevonden. De Nederlandse Hartstichting heeft onder alle stroke services onderzoek uitgevoerd naar de inhoud van de stroke services (welke zorginstellingen/-verleners), de organisatie van de stroke services, de kwaliteit van de zorg en knelpunten die men tegenkomt binnen de stroke service. Daarnaast is aan de stroke services gevraagd welke oplossingen zij zien voor de knelpunten. In deze studie is naar voren gekomen dat er sinds de start van het programma 'CVA/Stroke Services' veel bereikt is op het gebied van CVA zorg. Ook zijn er knelpunten naar voren gekomen.

De zorg voor CVA patiënten blijft in beweging. Als vervolg op de evaluatiestudie heeft de Nederlandse Hartstichting zich ingezet op verbetering van specifieke onderdelen van de stroke services. (Verschoor, 2004)



Figuur 4: Organisatie van de Enschedese Stroke Service
(Huis in 't Veld, 2003)

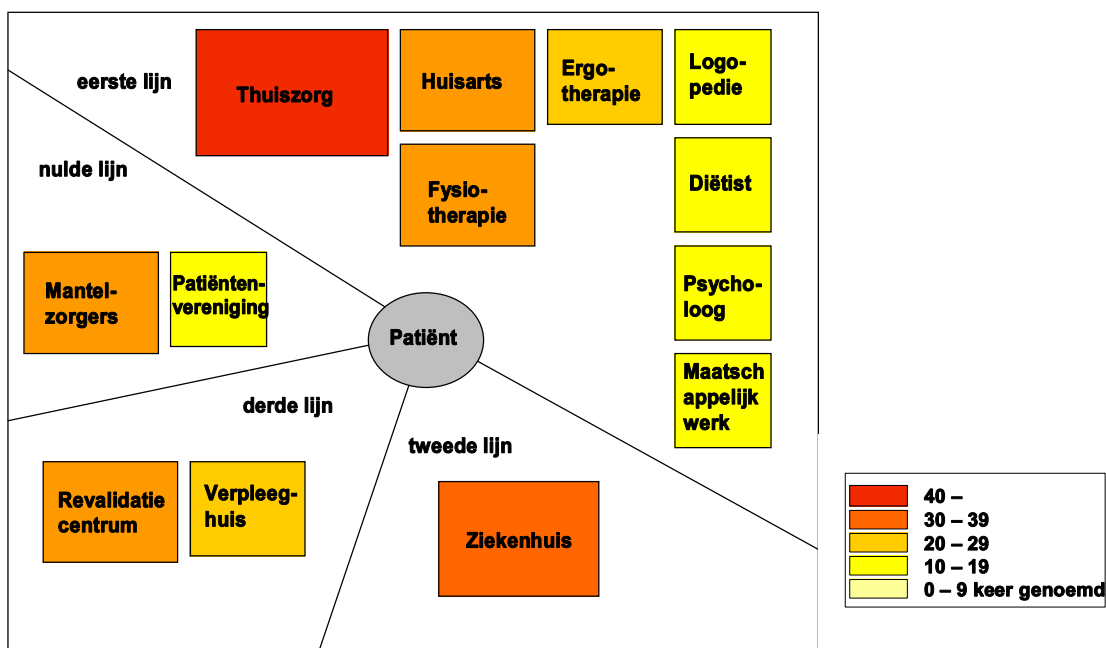
In de regio Twente zijn vier stroke services opzet, namelijk Enschedese Stroke Service, Project CVA-zorg Midden-Twente in Hengelo, Doorstroomproject CVA in Winterswijk en een stroke service in Almelo. In figuur 4 wordt de organisatie van de Enschedese stroke service schematisch weergegeven. Binnen de Enschedese stroke service zijn in de acute fase zowel de huisartsen als het MST betrokken. Binnen het MST bestaat het multidisciplinaire team uit een revalidatiearts/assistent, neuroloog, verpleeghuisarts/assistent, logopedist, ergotherapeut, maatschappelijk werk/ (neuro)psycholoog, diëtist, fysiotherapeut en verpleegkundigen. In het revalidatiecentrum bestaat het behandelteam uit een verpleegkundige, ergotherapeut, logopedist, activiteiten therapie, fysiotherapie, psycholoog, maatschappelijk werker en diëtist. In het verpleeghuis worden patiënten CVA behandeld/verzorgd door verpleeghuisarts, fysiotherapeut, logopedist, ergotherapeut, diëtist, geestelijk werker, maatschappelijk werk, ziekenverzorgenden en verpleegkundigen. In de chronische fase is er sprake van thuiszorg en nazorg. De thuiszorg wordt door verschillende para- en perimedici, maar ook door de mantelzorger verzorgd. De nazorg wordt verzorgd door de behandelend arts of de CVA nazorgverpleegkundige. De patiënt wordt overgedragen aan de huisarts. (Huis in 't Veld, 2003)

In 3.4.2 is weergegeven welke zorgverleners er idealiter betrokken zijn bij de zorg voor CVA patiënten. Uit bovenstaande opsomming per fase van het zorgproces wordt duidelijk dat de zorgverleners zoals in de ideale situatie weergegeven allen deelnemen aan de Enschedese Stroke Service.

Om nuancering aan te brengen is de respondenten gevraagd welke zorginstellingen en zorgverleners zij belangrijk achten in het zorgproces. In figuur 5 worden de resultaten hiervan schematisch

weergegeven. In het bijzonder komt de thuiszorg naar voren, zij is door de respondenten het vaakste, namelijk meer dan 40 keer, genoemd. Het ziekenhuis komt op de tweede plaats. Ook de huisarts, de fysiotherapeut, mantelzorgers en het revalidatiecentrum werden vaak door de respondenten genoemd. Opvallend is dat zowel de thuiszorg als de mantelzorg veel aangeduid werden als belangrijke zorgverleners in de zorg voor CVA patiënten.

Vervolgens is de respondenten gevraagd een mening te geven over het ontbreken van zorgverleners in de CVA zorg. Hierbij gaf 17 procent van de respondenten aan dat er één of meer zorgverleners in de zorg voor CVA ontbreekt. Van deze respondenten geven de meeste aan dat zij psychosociale hulpverlening missen. Uit onderzoek van Baan (2003) blijkt dat GGZ-zorgverleners en het Algemeen Maatschappelijk Werk opvallend weinig betrokken zijn bij afstemmingsafspraken. Psychosociale hulpverlening is relevant aangezien een CVA niet alleen lichamelijke problemen geeft, maar ook kan leiden tot problemen op sociaal-maatschappelijk vlak. De persoon die is getroffen door een CVA heeft op beide gebieden niet meer dezelfde mogelijkheden als voor het CVA. Zijn mogelijkheden zijn beperkt. Wanneer patiënten naar huis ontslagen worden krijgen ze onder andere het gevoel in de steek gelaten te worden, ze ervaren problemen om de revalidatiedoelen en oefeningen vol te houden in de thuissituatie. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat CVA patiënten een aantal maanden na hun ontslag verminderde kwaliteit van leven ervaren. (Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 2007) Het is van belang dat meer aandacht geschonken gaat worden aan de psychosociale hulpverlening.



Figuur 5: Belangrijke actoren in de zorg voor CVA patiënten

Conclusie

De zorg voor CVA patiënten heeft in Nederland sinds 1997 een hoge prioriteit gekregen. Aangezien de zorg voor CVA patiënten complex is, wordt deze geboden door veel verschillende zorgverleners. Om de zorg geïntegreerd aan te kunnen bieden zijn er stroke services ontwikkeld. In deze stroke services is het gehele zorgaanbod voor CVA patiënten georganiseerd. Om de zorg voor CVA patiënten verder te optimaliseren heeft er een evaluatiestudie plaatsgevonden. Aan de hand van de uitkomsten van deze studie zijn verbeterplannen ingezet.

Uit de resultaten blijkt dat alle zorgverleners en zorginstellingen die door de respondenten aangemerkt werden als belangrijk voor de zorg voor CVA patiënten deelnemen aan de stroke services. Echter komt ook naar voren dat psychosociale hulpverlening veelal te weinig aangeboden wordt.

Uit het bovenstaande blijkt dat het CVA zorgsysteem gemotiveerd is zichzelf te verbeteren om zo de kwaliteit van zorg voor CVA patiënten te bevorderen. Ook komt naar voren dat de inrichting van het zorgsysteem niet optimaal is. Zo wordt aangegeven dat psychosociale hulpverlening te weinig aangeboden wordt.

4.3 Self-management support

Wagner gaat er in het CCM van uit dat niet alleen de zorgverleners/-verlening maar ook de patiënt zelf een aandeel heeft in het verloop van het zorgproces/ziekteproces. De patiënt moet zijn ziekte gaan managen. Om dit te bereiken is het van belang dat zelfmanagement ondersteuning geboden wordt. Adan (pp. 12) zegt: "In tal van onderzoeken is aangetoond dat goed geïnformeerde patiënten meer tevreden zijn over de geboden zorg en beter in staat zijn keuzen te maken. Patiënten zijn meer betrokken bij hun genezing en hebben minder hooggespannen verwachtingen. Dit heeft een positieve invloed op de therapietrouw, de kwaliteit van leven en zelfs op de ligduur.

Het informeren van de patiënten gebeurt onder andere door het bespreken van het behandelplan. Zo blijkt dat ruim 90 procent van de geënquêteerde zorgverleners aangeeft dat het behandelplan met de CVA patiënt besproken wordt. Daarnaast geven vrijwel alle respondenten aan dat zij/hun organisatie ook zelfmanagement ondersteuning biedt door middel van een verpleegkundig spreekuur, voorlichtingsbijeenkomsten en folders. Ook internet wordt door de respondenten veel genoemd. Echter zijn de meningen van de respondenten over de toereikendheid/ontoereikendheid van de zelfmanagement ondersteuning zeer verdeeld. De grootste groep respondenten gaf het antwoord neutraal. Ook waren de meningen verdeeld over het voldoende/onvoldoende benadrukken van de centrale rol van de patiënt in het managen van zijn gezondheid. Ook hier gaf de grootste groep respondenten het antwoord neutraal. Slechts 29 procent van de respondenten is van mening dat de centrale rol in het managen van de eigen gezondheid voldoende wordt benadrukt.

Hoewel volgens het CCM het van belang is dat de patiënt geïnformeerd en geactiveerd wordt gebeurt dit in Twente onvoldoende. Hier kunnen een aantal factoren aan ten grondslag liggen. Zo kunnen zorgverleners het verzamelen van informatie over de mogelijkheden voor patiënten om te functioneren, het verzamelen van informatie voor het begrijpen van hun aandoening en het

verzamelen van informatie om de patiënt inzicht te geven in zelfmanagement nalaten. (Wasson, Keller, 1992; Rubenstein, 1989; Cassell, 1991 In: Wagner, 1996) Zorgverleners voelen zich onvoorbereid en zijn te gehaast om aan de educatieve behoeften van de patiënt te voldoen. Ze verzaken dus mogelijkheden voor de patiënt te creëren voor het ontvangen van educatieve en ondersteunende services. (Sobel, 1995 In: Wagner, 1996)

In Twente zou mogelijk de oorzaak van de ontoereikende zelfmanagement ondersteuning kunnen liggen in werkdruk en tijdsgebrek. Vanwege capaciteitsproblemen en vraagoverschot in het zorgsysteem wordt dringend boven ernstig gesteld. De zorgverleners beantwoorden de dringende hulpvragen. Hierdoor is er minder ruimte voor de minder dringende, maar vaak voorspelbare hulpvraag van chronische patiënten voor het managen van hun gezondheid. (Litzelman, 1993 in: Wagner, 1996)

Conclusie

Uit het bovenstaande blijkt dat er op verschillende wijzen zelfmanagement ondersteuning geboden wordt aan CVA patiënten in Twente. Echter blijkt uit de gevarieerde reacties van respondenten dat de toereikendheid van de zelfmanagement ondersteuning en het benadrukken van de centrale rol van de patiënt in het managen van de eigen gezondheid verbeterd kunnen worden. Het informeren en activeren van de CVA patiënt lijkt dus onvoldoende te gebeuren. Hierdoor zal de CVA patiënt minder goed in staat zijn effectieve keuzes te maken met betrekking tot zijn gezondheid. Verwacht wordt dat de ontoereikende zelfmanagement ondersteuning veroorzaakt wordt door werkdruk en tijdsgebrek bij de verschillende zorgverleners.

4.4 Delivery system design

Zoals in het vorige hoofdstuk reeds is benoemd geeft Wagner (1996) aan dat het zorgsysteem voor chronisch zieken proactief dient te zijn met de focus op het zo gezond mogelijk houden van de patiënten. Hiertoe zijn in Nederland stroke services ontwikkeld voor de zorg voor CVA patiënten. Het is van belang dat er tussen de verschillende zorgverleners en zorginstellingen die deelnemen aan een stroke service sprake is van onderlinge afstemming en samenwerking. De rollen en taken dienen duidelijk afgebakend en vastgelegd te zijn en overlegmomenten dienen gestructureerd plaats te vinden.

Voor dit onderzoek is de respondenten gevraagd een mening te geven over de samenwerking, afstemming, communicatie en de afbakening van rollen en taken tussen de verschillende zorgverleners.

Gezien de vele verschillende betrokken zorginstellingen en de verschillende betrokken disciplines binnen deze zorginstellingen zijn samenwerking en afstemming van belang om het zorgproces voor de patiënt goed te laten verlopen.

Uit de enquête komt naar voren dat de respondenten over het algemeen tevreden zijn over hoe ze de samenwerking met elkaar ervaren (huisartsen, ziekenhuis, thuiszorg). Zo zijn de respondenten van de thuiszorg en de huisartsen tevreden over de samenwerking met elkaar. Over de samenwerking met het ziekenhuis geven ze aan neutraal te zijn. Daarnaast zijn ze overwegend positief over de samenwerking met de thuiszorg. De respondenten zijn overwegend positief over de samenwerking met de verschillende betrokken medici.

De positieve ervaringen van de respondenten over de samenwerking met verschillende zorgverleners lijken gerelateerd te zijn aan de competentie van de zorgverleners en het vertrouwen in de verschillende zorgverleners. Hoe competenter of hoe meer vertrouwen in een zorgverlener, hoe meer tevredenheid er is over de samenwerking. De geënquêteerde respondenten geven aan overwegend positief te zijn over de competenties van en het vertrouwen in de specialisten, verpleegkundigen van het ziekenhuis en van de thuiszorg, zorgverleners van het revalidatieziekenhuis en huisartsen.

De samenwerking tussen de zorgverleners in de zorg voor CVA in Twente is niet optimaal. Zoals in het vorige hoofdstuk is besproken kan dit van verschillende factoren afhangen.

Verwacht wordt dat door de marktwerking in de zorg de eigen belangen van de zorgverleners een prominentere rol gaan spelen in de samenwerking tussen de zorgverleners. De overheid wil dat zorgverleners gaan concurreren om de gunst van de zorgvrager. Hoewel de respondenten van dit onderzoek aangeven dat de samenwerking niet of nauwelijks plaatsvindt in de sfeer van concurrentie, kan het zijn dat marktwerking er toch voor zorgt dat zorgverleners hun eigenbelang meer in de gaten gaan houden. Doordat de overheid stuurt op kwaliteit van zorg zullen zorgverleners meer gericht zijn op hun eigen resultaten dan op de samenwerking tussen hen en andere zorgverleners. (Lapré, 2001) Het CCM benadrukt het belang van afbakening van rollen en taken. Uit de enquête blijkt dat de grootste groep respondenten van mening is dat er overeenstemming is over ieders rol en taak, ook geeft men aan dat er overeenstemming is over de afbakening van het werkterrein. De huisartsen geven echter aan dat er geen overeenstemming is ieders rol en taak. Ook zijn ze niet tevreden over de afbakening van het werkterrein. Mogelijk wordt dit veroorzaakt doordat zij een andere kijk op het zorgproces hebben. In principe zijn de betrokken zorgverleners wel gericht op het bereiken van een gezamenlijk doel, namelijk het optimaliseren van de gezondheid van de cliënt. In de praktijk blijkt echter vaak dat er naast het hoofddoel ook eigenbelangen een rol spelen. (versterkt door de marktwerking) Zorgverleners proberen individueel zoveel mogelijk hun eigenbelangen te behartigen, waardoor relaties onder druk kunnen komen te staan en er sprake kan zijn van een bepaalde vorm van rivaliteit. (Bomhof, Peters) Binnen netwerken kunnen dus spanningsvelden ontstaan die het functioneren van netwerken in de weg kunnen staan. Vooral de tegenstelling van wederzijdse afhankelijkheid tussen zorgverleners en/ of organisaties  n het maximaliseren van hun eigen belangen kunnen knelpunten opleveren. De afstemming kan hierdoor sterk onder druk komen te staan.

Om te voorkomen dat eigenbelangen de samenwerking en afstemming belemmeren moeten de zorgverleners accepteren dat ze van elkaar afhankelijk zijn om het gezamenlijke doel, het

optimaliseren van de gezondheid van de patiënt, te bereiken. De zorgverleners moeten zich vooral richten op het onderhouden van de relaties onderling. (Bomhof, Peters)

Voor het onderhouden van relaties en het leveren van goede zorg is het van belang dat de verschillende zorgverleners regelmatig contact met elkaar hebben. Met deze contacten wisselen ze kennis en ervaring met elkaar uit. Dit bevordert het vertrouwen in de deskundigheid en de mogelijkheden van de verschillende zorgverleners.

In de communicatie tussen de verschillende zorgverleners kan onderscheid worden gemaakt tussen intramurale communicatie en transmurale communicatie. Uit onderzoek van Telecare binnen de Enschedese Stroke Service komen de volgende resultaten.

Allereerst de intramurale communicatie. In de tweede (ziekenhuis) en derde lijn (revalidatiecentrum en verpleeghuis) bestaat de intramurale communicatie uit voornamelijk uit twee overleggen. In het ziekenhuis vindt tweewekelijks een multidisciplinair overleg plaats. In het revalidatiecentrum is er om de drie maanden sprake van een multidisciplinair overleg, daarnaast is er elke week een patiëntenbespreking. Wekelijks is er een multidisciplinair overleg in het verpleeghuis. Dit zijn allen structurele overlegmomenten. Naast bovengenoemde overlegmomenten is er in de instellingen in de tweede en derde lijn vooral bij de verpleging ook sprake van overdrachtsoverleggen en ad hoc overleggen. De ad hoc overleggen vinden ongestructureerd plaats.

Er is vrijwel geen sprake van een structureel transmuraal overleg. Alleen in het ziekenhuis komt dit wekelijks voor in de vorm van een multidisciplinair overleg waarin een verpleeghuisarts/assistent en een revalidatiearts/assistent zitting nemen.

Tussen de verschillende actoren uit de eerste, tweede en derde lijn is vaak sprake van transmurale communicatie. Dit gebeurt zowel unidisciplinair als multidisciplinair. Via deze communicatie wordt zorggedragen voor de verzameling van patiëntinformatie en doorstroming van deze informatie binnen de instelling. Tussen de fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, etc. van de eerste, tweede en derde lijn is er geen sprake van een structureel transmuraal overleg. Wel communiceren ze gemiddeld maandelijks met hun transmurale collega, er is dus vooral sprake van unidisciplinaire communicatie. (Huis in 't Veld, 2003)

Conclusie

Wanneer de situatie in Twente zoals hierboven wordt weergegeven vergeleken wordt met de ideale situatie volgens het CCM dan komt naar voren dat de samenwerking en afstemming in Twente niet optimaal zijn.

Hoewel men overwegend positief is over de samenwerking met de verschillende zorgverleners en de afbakening van de rollen en taken onderling, lijkt dit onder druk te staan door eigenbelangen. Marktwerking lijkt hierin een rol te spelen. Voor een goede samenwerking en afstemming is het van belang dat de zorgverleners zich richten op de relaties onderling, hiertoe moeten zorgverleners

regelmatig contact hebben. Intramuraal is er veelal sprake van structurele overlegmomenten. Transmurale communicatie komt veel voor maar is niet gestructureerd.

4.5 Decision support

Zorgverleners dienen bij hun handelen richtlijnen en protocollen te gebruiken. Wagner (1996) geeft aan dat succesvolle zorg voor chronisch zieke patiënten geleverd wordt in een georganiseerd zorgsysteem waarin gewerkt wordt volgens richtlijnen en protocollen. Deze richtlijnen en protocollen zijn idealiter gebaseerd op wetenschappelijk bewijs. In een advies van de Nederlandse Hartstichting wordt geschreven dat voor elke discipline in de protocollen vastgelegd moet zijn wie welke taken heeft op welk moment in het zorgproces en wie waarvoor de verantwoordelijke is. Ook moet in de protocollen aangegeven worden wie waarvoor geconsulteerd kan worden. (Nederlandse Hartstichting) In dit onderzoek is geen informatie verzameld betreffende de inhoud van richtlijnen en protocollen. Er is dus geen informatie beschikbaar over de vastlegging van de samenwerking en afstemming in de richtlijnen en protocollen.

Uit onderzoek is gebleken dat veel wetenschappelijk bewijs in de praktijk niet toegepast wordt. Dat er richtlijnen en protocollen ontwikkeld zijn betekent niet dat deze ook toegepast worden. (van Rijen) Door 90 procent van de respondenten van de voor dit onderzoek gehouden enquête wordt aangegeven dat zijn of haar organisatie meehelpt met/ werkt aan de ontwikkeling van richtlijnen en protocollen. Dit meehelpen met het ontwikkelen versterkt de richtlijn-/protocoltrouw. Wanneer men betrokken is bij de ontwikkeling, vergroot dit de acceptatie van richtlijn of het protocol binnen de organisatie. Andere factoren die van positieve invloed zijn op de integratie van richtlijnen en protocollen in de praktijk zijn: richtlijn/protocol is gebaseerd op wetenschappelijk bewijs; bekendheid van richtlijn/protocol bij de betreffende beroepsgroepen; aansluiting van richtlijn/protocol bij de bestaande waarden en normen; daarnaast is het van belang dat richtlijn/protocol uitgetoetst kan worden. (van Rijen)

Voor dit onderzoek is de respondenten gevraagd hun mening te geven over toepassing van de protocollen in de dagelijkse routine. Uit de resultaten komt naar voren dat 99 procent van de respondenten gebruik maakt van richtlijnen en protocollen bij het uitvoeren van de zorg. Ruim 71 procent van de respondenten is van mening dat er sprake is van een goede integratie van de richtlijnen en protocollen in de praktijk. Ruim twee derde van de zorgverleners is tevreden of zelfs zeer tevreden over de huidige richtlijnen en protocollen waar ze mee werken.

De zorg voor CVA patiënten vindt langdurig plaats in de eerste lijn. De meeste ervaring en deskundigheid betreffende CVA bevindt zich echter niet in de eerste lijn. Voor goede kwaliteit van de zorg is het van belang dat de zorgverleners in de eerste lijn toegang hebben tot de ervaring en deskundigheid van de specialisten. (Wagner, 1996) Omdat zorgverleners binnen een netwerk meestal toch in zekere mate afhankelijk van elkaars middelen, kennis en informatie zijn (Bomhof, Peters) is het ook noodzakelijk dat wanneer men over wil gaan op samenwerking zij van elkaars deskundigheid en werkwijze op de hoogte zijn. Zij moeten elkaar weten te vinden, zodat ze contact met elkaar kunnen

opnemen wanneer zij elkaars expertise nodig hebben. Hiertoe zijn interacties als teamoverleggen van belang.

In de enquête is de respondenten gevraagd hun mening te geven over de toegang tot deze ervaring en deskundigheid. Uit de resultaten komt naar voren dat de meeste respondenten vinden dat ze gemakkelijk een arts of specialist kunnen consulteren. Slechts 9 procent van de ondervraagden is van mening dat zij niet gemakkelijk toegang hebben tot collega professionals.

Andere manieren om deze deskundigheid in de eerste lijn te verkrijgen zijn educatieve interventies voor de zorgverleners in de eerste lijn. Uit de resultaten wordt duidelijk dat een zeer groot deel van de respondenten aangeeft dat zijn of haar organisatie voorlichting geeft aan de zorgverleners, bijvoorbeeld met behulp van scholing.

Echter geeft Wagner (1996) aan dat deze interventies de behoefte aan de zich steeds verder ontwikkelende kennis niet kunnen ontmoeten. Daarom is de toegang tot de ervaring en deskundigheid van specialisten de belangrijkste vorm van ondersteuning van de eerste lijn.

Conclusie

Uit het bovenstaande blijkt dat men overwegend tevreden is over de ondersteuning van zorgverleners door middel van richtlijnen en protocollen. Een ruime meerderheid spreekt over een goede integratie van richtlijnen en protocollen in de praktijk en is zeer tevreden over deze richtlijnen en protocollen. Dit positieve beeld lijkt gerelateerd te zijn aan het meehelpen met de ontwikkeling van richtlijnen en protocollen.

Daarnaast blijkt dat een meerderheid van de geënquêteerde zorgverleners van mening is dat ze gemakkelijk een collega professional kunnen consulteren.

Concluderend kan gezegd worden dat op basis van de resultaten blijkt dat de ondersteuning van de zorgverleners in Twente bijdraagt aan de kwaliteit van de geleverde zorg.

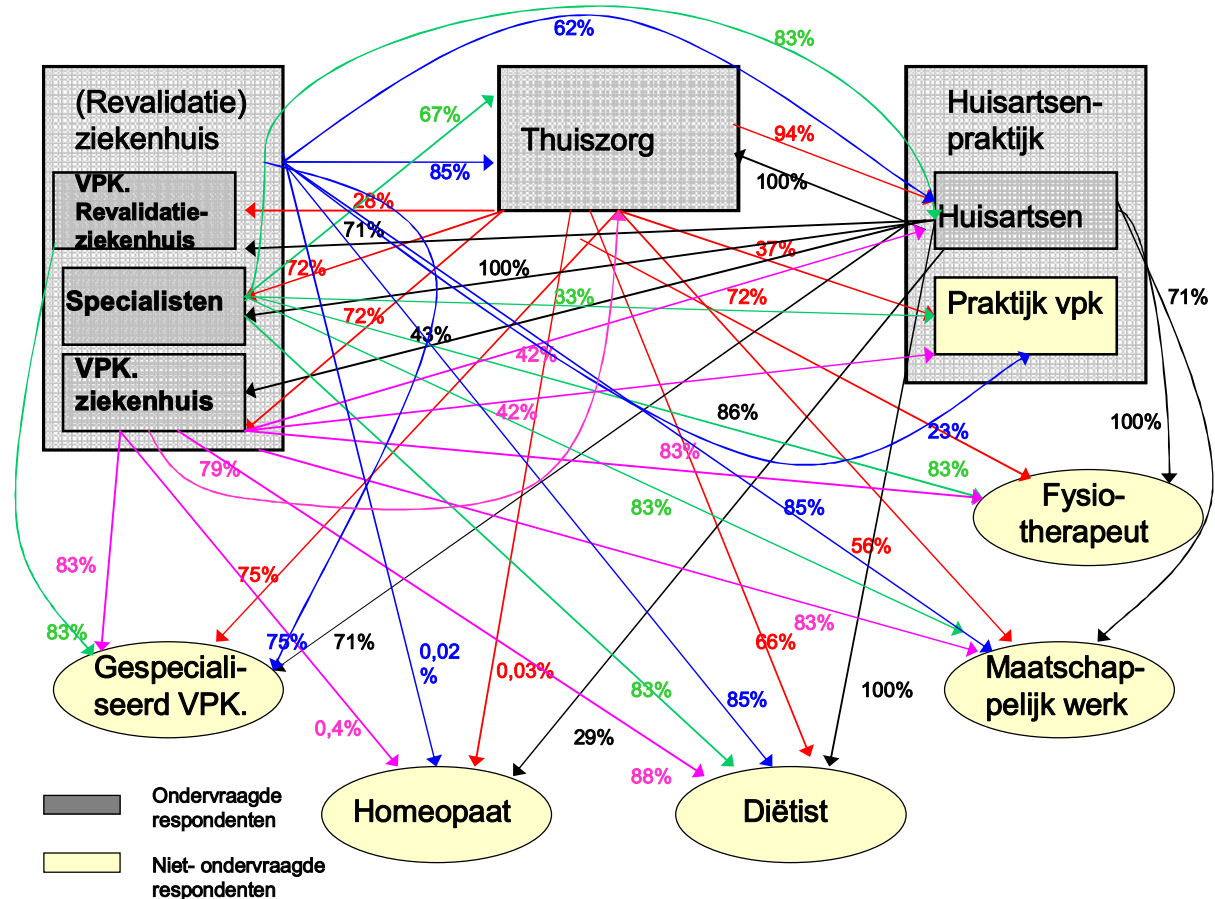
4.6 Clinical information systems

Wagner (1996) geeft aan dat zorgverleners zonder inzicht in alle patiënten en informatie over de ziekte en behandeling van deze patiënten ze gedwongen worden om reactief te zijn. Wanneer zorgverleners wel inzicht hebben in deze gegevens kunnen ze proactief omgaan met eventuele zorgvragen. Ze hebben bijvoorbeeld de mogelijkheid preventieve interventies in te zetten en te zorgen voor goede nazorg.

Aan de hand van de enquête is in kaart gebracht hoe het netwerk van informatie delen in Twente er uit ziet. Tussen de verschillende actoren uit de eerste, tweede en derde lijn is vaak sprake van transmurale communicatie. Dit gebeurt zowel unidisciplinair als multidisciplinair. Via deze communicatie wordt zorg gedragen voor de verzameling van patiëntinformatie en doorstroming van deze informatie binnen de instelling.

In figuur 6 wordt het netwerk van informatie delen in Twente weergegeven. Dit netwerk is gebaseerd op de resultaten uit de enquête. Hierbij dient opgemerkt te worden dat alleen aan de

verpleegkundigen van het (revalidatie)ziekenhuis en van de thuiszorg, de specialisten van het (revalidatie)ziekenhuis en de huisartsen is gevraagd met wie zij informatie delen. De overige actoren binnen het netwerk delen in het dagelijks leven ook informatie, echter is die informatie bij dit onderzoek niet in kaart gebracht.



Figuur 6: Netwerk van informatie delen

Zoals in 4.2 benoemd, wordt de thuiszorg het meest genoemd als belangrijke actor in de zorg voor CVA patiënten. Uit de resultaten wordt duidelijk dat de verpleegkundigen van de thuiszorg veelal informatie delen met de verschillende actoren binnen het netwerk. Met de verpleegkundigen van het revalidatieziekenhuis wordt weinig informatie gedeeld. Mogelijk wordt dit verklaard doordat het delen van informatie via de specialisten gebeurt. Naast de thuiszorg worden het ziekenhuis en de huisartsen veel genoemd als belangrijke actoren. Ook bij hen blijkt dat zij veelal informatie delen met de verschillen actoren. Over het algemeen kan gezegd worden dat de verpleegkundigen van de thuiszorg, de huisartsen en het ziekenhuis onderling veel informatie uitwisselen.

Door de respondenten wordt ook de fysiotherapeut genoemd als belangrijke actor. Zowel de huisartsen (100 procent) als verpleegkundigen van het ziekenhuis (83 procent) delen veelal informatie met de fysiotherapeut, bij de thuiszorg is dit minder namelijk 56 procent.

Opvallend is dat er door de respondenten vrijwel geen informatie gedeeld wordt met de homeopaat. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de homeopaat niet of nauwelijks betrokken is bij de zorg voor CVA patiënten.

De meningen van de respondenten wat betreft de tijdige beschikbaarheid van benodigde gegevens met behulp van de informatiesystemen zijn zeer verdeeld. De helft van de respondenten geeft aan dat de gegevens tijdig beschikbaar zijn. Echter is er ook een grote groep respondenten die het hier niet mee eens is. Daarnaast geeft een deel van de respondenten het antwoord neutraal. Ook zijn de meningen verdeeld over de beschikbaarheid van de juiste gegevens. Ongeveer evenveel respondenten geven aan dat wel en niet de juiste gegevens beschikbaar zijn.

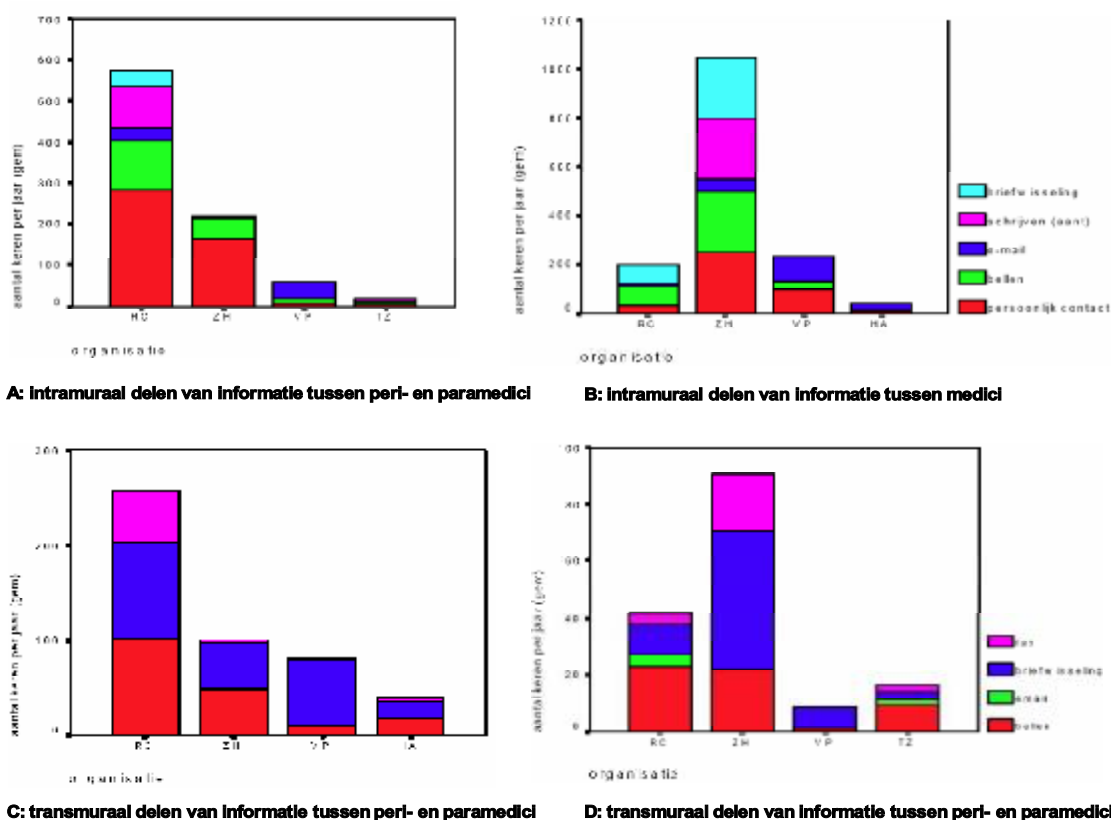
Hieruit blijkt wel dat het delen van informatie tussen de verschillende zorgverleners niet optimaal is. Ook uit onderzoek van Telecare blijkt dat de informatie die afkomstig is van medici niet altijd toereikend is, men kan op basis van de ontvangen informatie niet altijd tot een behandelingsbeslissing komen. (Huis in 't Veld, 2003) Hoewel aangegeven wordt dat informatiesystemen vaak niet naar voldoening functioneren geven de respondenten wel aan dat informatiesystemen cruciaal zijn voor de effectiviteit van zorgprogramma's gericht op chronische aandoeningen. Het merendeel van de respondenten vindt dat informatiesystemen bijdragen aan goede coördinatie en planning van de zorg.

Uit het bovenstaande blijkt dat er veel uitwisseling van informatie plaatsvindt tussen de verschillende zorgverleners binnen de verschillende zorginstellingen. Gebleken is dat men niet altijd tevreden is over de informatie-uitwisseling. Uit de resultaten van de enquête komt naar voren dat men op veel verschillende manieren informatie met elkaar deelt. De meest gebruikte vormen zijn telefonisch, schriftelijk en persoonlijk. Opvallend is dat slechts een enkeling aangeeft informatie uit te wisselen via email of een digitaal patiëntendossier. Het onderzoek van Telecare geeft een vergelijkbaar beeld weer. (Zie ook figuur 7). Binnen de Enschedese Stroke Service worden voor intramuraal informatie delen het persoonlijk en telefonisch contact als de beste wijze voor informatie delen gezien. Het schriftelijk informatie delen wordt minder geschikt bevonden. De email wordt door zorgverleners van het verpleeghuis en de thuiszorg als goede wijze gezien, dit in tegenstelling tot de huisartsen die de email niet geschikt vinden voor het delen van informatie.

Transmuraal informatie delen wordt het meest geschikt bevonden wanneer dit persoonlijk of telefonisch plaatsvindt. Ook voor transmuraal informatie delen wordt de email geschikt bevonden door zorgverleners van het verpleeghuis. (Huis in 't Veld, 2003)

Het is duidelijk dat er op verschillende wijzen informatie gedeeld wordt tussen de zorgverleners. Ook komt naar voren dat de informatie niet altijd toereikend is. Het CCM geeft aan dat overeenkomsten in de manier van communiceren en uitwisselen van data, kunnen helpen om storingen hierbinnen te voorkomen.

Onderstaande afbeeldingen geven weer hoe vaak per jaar op welke wijze informatie gedeeld wordt binnen de Enschedese Stroke Service.



Figuur 7: Wijze van informatie delen binnen de Enschedese stroke service

Om de knelpunten in de informatie-uitwisseling op te lossen wordt een faciliterende rol voor ICT voorgesteld. In Twente wordt door overheden, bedrijven, kennisinstellingen en zorginstellingen samengewerkt om de zorg effectiever en efficiënter te maken. In het Taskforce Zorg en Technologie zijn verschillende Enschedese organisaties samengebracht. Deze organisaties zijn actief op het gebied van zorg en technologie. Twente wil sleutelgebied zijn op het terrein van zorg en technologie. (Zorg en Technologie Twente, 2004) Actief in Twente is IZIT. Dit is een vereniging die werkt aan het verbeteren van processen en werkwijzen in de zorg in Twente en de Oost Achterhoek door middel van inzet van ICT. In Twente zijn veel initiatieven ontwikkeld voor ICT in de zorg. Het is dus opvallend dat zorgverleners in Twente nog weinig gebruik maken van ICT in hun communicatie met andere zorgverleners. Literatuur geeft aan dat de meeste ICT-applicaties onbruikbaar zijn in de zorg omdat ze niet voldoende aansluiten op de praktijk. Een belangrijk knelpunt hierin zijn de ongestandaardiseerde processen van informatie-uitwisseling. Voor de toepassing van ICT in de zorg is het van belang dat de communicatie en informatie-uitwisseling zowel intramuraal als transmuraal gestandaardiseerd wordt.

Conclusie

In deze paragraaf wordt het netwerk van informatie delen besproken. Gebleken is dat de actoren die in paragraaf 4.2 reeds benoemd zijn als belangrijke actoren, veelal informatie delen met elkaar. Hoewel er veel informatie gedeeld wordt komt ook naar voren dat de tijdigheid en juistheid van de informatie niet optimaal is. De meest gebruikte vormen van informatie-uitwisseling zijn telefonisch, schriftelijk en persoonlijk. Deze vormen vindt men het meest geschikt. Uit het CCM komt naar voren dat overeenkomsten in de manier van communiceren en uitwisselen van data, kunnen helpen om storingen hierbinnen te voorkomen.

De respondenten geven aan dat informatiesystemen cruciaal zijn voor de effectiviteit van zorgprogramma's gericht op chronische aandoeningen. Voor de effectiviteit is het dus van belang dat knelpunten in de informatie-uitwisseling worden opgelost. Hiertoe wordt ICT voorgesteld. Echter om ICT effectief in te kunnen zetten bij de informatie-uitwisseling, is het van belang dat de informatie-uitwisseling gestandaardiseerd wordt.

Hoofdstuk 5 Conclusie

Dit 'Samen Beter' onderzoek heeft zich gericht op de huidige situatie omtrent de zorg voor CVA patiënten in Twente. De centrale onderzoeksvraag luidt als volgt:

'Hoe ziet het huidige netwerk van zorginstellingen(-verleners) in Twente er uit en waar liggen aangrijpingspunten voor verbetering ten aanzien van het zorgproces van het chronische ziektebeeld CVA?'

Aan de hand van het Chronic Care Model van Wagner is het netwerk van betrokken actoren in de zorgverlening voor CVA patiënten in kaart gebracht. Uit de enquêtes en semigestructureerde interviews die zijn afgenomen onder diverse categorieën zorgverleners in de zorg voor CVA patiënten zijn onderzoeksresultaten verkregen. Per subvraag zullen de conclusies besproken worden.

5.1 Subvraag 1

Hoe ziet het huidige netwerk van zorgaanbieders in Twente eruit rondom het chronische ziektebeeld CVA?

In het Chronic Care Model van Wagner wordt aangegeven dat het zorgnetwerk niet alleen het reguliere zorgproces betreft, maar dat ook de maatschappij hierbij betrokken dient te worden. Wanneer de situatie in Twente tegen het licht van de ideale situatie volgens het Chronic Care model gehouden wordt, kan het volgende geconcludeerd worden.

De zorg voor CVA patiënten is constant in beweging. Het is complexe zorg waarbij verschillende disciplines betrokken zijn. De ontwikkelingen sinds 1997 hebben er voor gezorgd dat de zorg voor CVA patiënten in Twente geïntegreerd wordt aangeboden binnen een multidisciplinair netwerk. Dit netwerk wordt aangeduid als "stroke service". Binnen een stroke service vindt het gehele zorgproces plaats. Een kenmerk van het netwerk is dat het gemotiveerd is zichzelf te verbeteren. Er heerst een cultuur die het ontwikkelen van hoge kwaliteit van zorg bevordert.

Binnen het netwerk is niet alleen het zorgsysteem zelf, maar ook de maatschappij betrokken. Dit gebeurt in de vorm van mantelzorg, contact met een patiëntenvereniging en activiteiten die in de sociale omgeving van de patiënt georganiseerd zijn. Echter blijkt uit de resultaten van dit onderzoek dat de maatschappij onvoldoende betrokken is bij het reguliere zorgproces. Zo worden mantelzorgers onvoldoende betrokken en zijn er te weinig mantelzorgers beschikbaar. Daarnaast is gebleken dat de geënquêteerde zorgverleners nauwelijks contact hebben met patiëntenverenigingen. Ook uit ander onderzoek blijkt dat patiëntenverenigingen te weinig betrokken worden bij de zorg voor chronisch zieken.

Binnen stroke services zijn veel verschillende zorgverleners en zorginstellingen actief. Belangrijke actoren binnen de stroke services in Twente zijn met name de thuiszorg, het (revalidatie)ziekenhuis, huisartsen en fysiotherapeuten. Opvallend is dat mantelzorgers veel worden genoemd als belangrijke zorgverleners binnen de zorg voor CVA patiënten terwijl ook gebleken is dat ze te weinig betrokken worden bij de reguliere zorg. Daarnaast komt naar voren dat psychosociale hulpverlening veelal gemist wordt binnen de stroke services.

Naast de verschillende zorgverleners heeft ook de patiënt zelf een grote rol in zijn zorgproces. Binnen het zorgnetwerk worden zelfmanagement ondersteuning en het benadrukken van de centrale rol van de patiënt in het managen van zijn gezondheid door het CCM als belangrijke punten gezien. Uit de resultaten is gebleken dat hoewel de middelen hiertoe aanwezig zijn, het ondersteunen van de zelfmanagement onvoldoende lijkt te gebeuren.

5.2 Subvraag 2

Op welke wijze wordt er door de zorgaanbieders samengewerkt binnen het beschreven netwerk wanneer, dit geanalyseerd en geïnterpreteerd wordt met behulp van het Chronic Care Model?

Samenwerking en afstemming in de zorg voor chronisch zieken hebben een positief effect op de kwaliteit van zorg. Wanneer de situatie in Twente tegen het licht van de ideale situatie volgens het Chronic Care model gehouden wordt, kan het volgende geconcludeerd worden.

Het is van belang dat er tussen de verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor CVA patiënten sprake is van samenwerking en afstemming. Wanneer de samenwerking en afstemming goed verlopen, worden dubbele werkzaamheden of hiaten in de zorg geminimaliseerd.

Afstemmingsafspraken worden vastgelegd in richtlijnen en protocollen. Een ruime meerderheid van de respondenten geeft aan dat de richtlijnen en protocollen goed geïntegreerd zijn in de praktijk van de zorgverlening. Tevens is de meerderheid tevreden over de richtlijnen en protocollen. Naast richtlijnen en protocollen worden zorgverleners ondersteunt door collega professionals. Zorgverleners kunnen collega professionals consulteren die beschikken over kennis en ervaring. Uit de resultaten blijkt dat de meerderheid van de respondenten gemakkelijk toegang heeft tot deze collega professionals.

De geënquêteerde zorgverleners blijken overwegend positief te zijn over de samenwerking en afstemming onderling, echter komt ook naar voren dat dit niet optimaal is. Verwacht wordt dat de samenwerking en afstemming onder druk staan door eigenbelangen ten gevolge van marktwerking. Het onderhouden van goede relaties is voor een goede samenwerking van belang. Hiertoe moeten de zorgverleners regelmatig contact hebben. Samenwerking, communicatie en informatie-uitwisseling tussen de verschillende zorgverleners vinden zowel gestructureerd als ongestructureerd plaats. De meest voorkomende vormen van informatie-uitwisseling zijn telefonisch, schriftelijk en persoonlijk. Hierbij is het opvallend dat ICT-toepassingen als email en elektronisch patiënten dossier vrijwel niet genoemd worden. Uit de resultaten blijkt dat de tijdigheid en juistheid van de informatie niet altijd toereikend is. Ook wordt informatie door verschillende zorgverleners op verschillende manieren gedeeld. Het CCM geeft aan dat overeenkomsten in de manier van samenwerken, communiceren en

uitwisselen van data kunnen helpen om storingen hierbinnen te voorkomen. Voor de kwaliteit van de zorg is het dus van belang dat de samenwerking gestructureerd plaatsvindt.

5.3 Subvraag 3

Waar liggen aangrijpingspunten tot verbetering van het zorgproces van het chronische ziektebeeld CVA, wanneer de praktische situatie wordt geanalyseerd en geïnterpreteerd met behulp van het Chronic Care Model?

Uit de vorige paragrafen is naar voren gekomen dat de zorg voor CVA patiënten in Twente op verschillende punten nog sterk kan verbeteren. Zo worden organisaties uit de maatschappij en verschillende zorgverleners onvoldoende betrokken bij het zorgproces, ook is de samenwerking en afstemming niet optimaal.

Gebleken is dat belangrijke actoren in de zorg voor CVA patiënten onvoldoende betrokken worden bij het netwerk. Zo is naar voren gekomen dat hoewel zowel de psycholoog als maatschappelijk werker reeds betrokken zijn bij het netwerk, de psychosociale zorgverlening niet volstaat. Voor acceptatie van de rol van de CVA patiënt in de maatschappij is psychosociale hulp belangrijk. Het is van belang dat er meer aandacht uit gaat naar psychosociale hulpverlening voor CVA patiënten.

Door de geëquipteerde zorgverleners is aangegeven dat er te weinig mantelzorgers beschikbaar zijn. Ook worden de mantelzorgers te weinig betrokken bij het reguliere zorgproces. Mantelzorgers zijn met name van belang in de chronische fase van het zorgproces. Met behulp van mantelzorg kunnen CVA patiënten in de thuissituatie functioneren. Het is dus van belang dat mantelzorgers goede ondersteuning ontvangen vanuit het reguliere zorgproces. Mantelzorgers moeten betrokken worden bij de reguliere zorg.

Naast de verschillende actoren die allen een belangrijke rol spelen in de zorg voor CVA patiënten, neemt de CVA patiënt zelf de belangrijkste rol in. De patiënt moet zijn eigen gezondheid gaan managen. Om deze taak goed te kunnen uitvoeren is het van belang dat de patiënt hierin ondersteund wordt. Gebleken is dat hoewel de middelen hiertoe aanwezig zijn, het ondersteunen van de zelfmanagement onvoldoende lijkt te gebeuren. Hier dient meer aandacht aan besteedt te worden.

Uit de resultaten is gebleken dat de samenwerking en afstemming binnen zorg voor CVA patiënten in Twente niet optimaal is. De verwachting is dat door invoering van de marktwerking de zorgverleners meer gericht zijn op hun eigenbelangen. Zij moeten immers concurreren om de gunst van de zorgvrager. Dit is hinderlijk voor de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners. Om toch goed met elkaar te kunnen samenwerken moeten de zorgverleners hun eigenbelangen loslaten en zich gaan richten op het onderhouden van goede relaties onderling.

Verder valt in de samenwerking op dat hoewel de zorg voor CVA patiënten in stroke services georganiseerd is, de samenwerking zowel gestructureerd als ongestructureerd plaatsvindt. Dit geldt ook voor de communicatie en informatie-uitwisseling. Om storingen in de manier van samenwerken,

communiceren en informatie-uitwisseling te voorkomen is het van belang dat deze processen door de hele stroke service heen gestructureerd worden.

ICT wordt veelal genoemd als oplossing voor het voorkomen van storingen. Hoewel Twente sleutelgebied wil zijn op het terrein van zorg en technologie komt uit de resultaten naar voren dat zorgverleners voor de communicatie en informatie-uitwisseling nog weinig gebruik maken van ICT. Om ICT in te kunnen zetten bij het oplossen van de knelpunten moeten ICT-applicaties goed aansluiten op de praktijk van de zorg. Daarnaast is het voor de toepassing van ICT van belang dat de processen van samenwerking, communicatie en informatie-uitwisseling gestandaardiseerd worden.

5.4 Beperkingen van het onderzoek

De betrouwbaarheid van de resultaten uit het onderzoek is laag. Slechts 8,7 procent van de benaderde zorgverleners heeft uiteindelijk deelgenomen aan het invullen en retourneren van de enquêtes. Ook het percentage van de zorgverleners die uiteindelijk geïnterviewd zijn is laag. Aangezien het onderzoek een verkennend karakter heeft is niet duidelijk in hoeverre deze lage respons het empirische beeld heeft vertekend.

Daarnaast kan worden geconstateerd dat er grote verschillen aanwezig zijn in de mate van deelname aan het onderzoek tussen de verschillende categorieën zorgverleners die benaderd zijn en hebben deelgenomen aan het onderzoek. Zo heeft bijvoorbeeld relatief gezien een hoog percentage van de verpleegkundigen van het revalidatieziekenhuis de enquête ingevuld, terwijl dit bij de huisartsen erg laag is gebleken. Hierdoor kunnen uitkomsten een ander beeld geven dan wat de werkelijkheid is. Tevens zijn de vragen ontwikkeld vanuit het perspectief van de verschillende zorgverleners en is bij een aantal vragen geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende ziektebeelden (COPD, CVA en diabetes mellitus). Daardoor kunnen een aantal onderzoeksresultaten niet worden gespecificeerd voor het ziektebeeld CVA. Hierdoor wordt de validiteit van het meetinstrument (de inhoudsvaliditeit) in een aantal opzichten negatief beïnvloed. De onderzoeksresultaten zijn daardoor niet zonder meer te generaliseren op populatieniveau. Wat overigens ook geen doel van de studie was.

De externe validiteit is dus laag; conclusies zijn niet generaliseerbaar naar andere situaties en populaties. Daarnaast moet worden vermeld dat bijna alle vragen in de enquête en in de semi-gestructureerde interviews zijn gebaseerd op subjectieve ervaringen van de ondervraagden (bijvoorbeeld hoe ervaren zij samenwerking). Mogelijkerwijs zullen antwoorden bij duplicatie van het onderzoek niet hetzelfde zijn en hebben juist degene die wel hebben meegedaan met het onderzoek een uitgesproken mening over de onderzoeksontwerpen. Het is mogelijk dat hierdoor een vertekent beeld over de empirische wereld is verkregen. Om betrouwbare en valide onderzoeksresultaten te verkrijgen is aanvullend onderzoek wenselijk.

Literatuurlijst

Adan, S.J.H., 'Communicatie en informatie; Richtlijnen voor de hulpverlening aan chronisch zieken'.

Bron: http://66.102.1.104/scholar?hl=nl&lr=&q=cache:qiF2ZY3-KtAJ:www.boerhaave-commissie.nl/bibliotheek/Zorg_om_Neurologische_Aandoeni/002_Adan.pdf

Atwal, A., Caldwell, K., 'Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration?', *Scand J Caring Sci*, Vol. 16 (2002), p. 360-367

Baan CA, Hutten JH, Rijken PM. 'Afstemming in de zorg. Een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening', RIVM-rapport nr. 282701005. Bilthoven: RIVM/NIVEL, 2003.

Baarda, D., B., de Goede, M.P.M., *Kwalitatief onderzoek*, Houten, 2000.

Bakker de, D.H., Polder, J.J., Sluijs, E.M., Treurniet, H.F., Hoeymans, N., Hingstman, L., Poos, M.J.J.C., Gijsen, R., Griffioen, D.J., van der Velden, L.F.J., 'Op één lijn; Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020', Bilthoven, 2005

Bodemheimer, T., Wagner, E.H., Grumbach, K., 'Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness', *JAMA*, Vol. 288, No. 15, (2002), p. 1909-1914

Bomhof, J., Peters, P., 'Strategisch management van transmurale ketenzorg'.

Ede van, A., Woldendorp, H., 'De inrichting van ketenzorg: een model ten behoeve van de chronische zorg', *Zorgspecial*, No. 1 (2007), p. 6-10.

Bron: www.virtuoos.nl/Zorgzwaartepakket.pdf

Epping-Jordan, J.E., Pruitt, S.D., Bengoa, R., Wagner, E.H., 'Improving the quality of health care for chronic conditions', *Quality and Safety in Health Care*, Vol. 13 (2004), p. 299-305.

Franke, C.L., 'Kwaliteit van de stroke units in Nederland', *Hartbulletin*, No. 4, (2005), p. 100-103.

Grit, K., Meurs, P., *Verschuivende verantwoordelijkheden, Dilemma's van zorgbestuurders*, Assen, 2005.

Hijdra, A., Koudstaal, P.J., Roos, R.A.C., 'Neurologie', 1994, 702p.

Huis in 't Veld, M.H.A., Bloo, J.K.C., Michel-Verkerke, M.M.B., Vollenbroek-Hutten, M.M.R., 'Resultaten van het onderzoek naar de communicatiepatronen binnen de Enschedese Stroke Service', 2003.

Janssen Duyghuysen, R., 'Gezondheidszorg: samen sterker in de ketenzorg', 2005

Kerkhoff, A.H.M., Openbare gezondheidszorg, Uitgangspunten voor een multidisciplinaire benadering, Budel, 2005.

Kraan van der, W.G.M., 'Vraag naar vraagsturing, Een verkennend onderzoek naar de betekenis van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg', Rotterdam, 2006

Kruimer, A., 'Hersenletsel, syllabus 3^o jaar BPT', Christelijke Hogeschool Windesheim

Lapr e, R., Rutten, F., Schut, E., 'Algemene economie van de gezondheidszorg', Maarssen, 2001, 357p.

Last, I., 'Patiëntenorganisaties en zorgstandaards, Een onderzoek naar de rol en houding van patiëntenorganisaties in de dynamische ontwikkeling en structurele verbetering van zorgstandaards voor chronisch zieken', Enschede/Utrecht, 2006

Leurs, M., Mur-Veeman, I., Schaalma, H., de Vries, N., 'Integrale samenwerking gaat verder dan de samenwerking tussen professionals: introductie van het DISC-model', Maastricht, 2003

Linden van der, B., 'The birth of integration: Explorative studies on the development and implementation of transmural care in The Netherlands 1994-2000', Utrecht, 2001, 155p.

Lucking, G., 'Improving care for people with long-term conditions; A review of UK and international frameworks'.

Bron: <http://www.hsmc.bham.ac.uk/news/ReviewIntFrameworks-ltc.pdf>

Nieboer, A., Pepels, R., van der Have, L., Kool, T., Huijsman, R., 'Stroke Services Gespiegeld; Hoofdrapport haalbaarheidsstudie benchmark CVA-zorgketens', Utrecht, 2005

Nederlandse Hartstichting, Commissie Ontwikkeling Richtlijn Stroke Unit (CORPU), 'Advies opzet stroke unit'

Nederlandse Hartstichting, 'Revalidatie na een beroerte; Richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners', Den Haag, 2001

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), 'Jaarboek 2005', Utrecht

Bron: <http://www.nivel.nl/pdf/Jaarboek-NIVEL-2005.pdf>

Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 'Conceptrichtlijn Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte', 2007

Rijen van, A.J.G., Kraan van der, W.G.M., 'Deel VI Arts, patiënt en gebruik van zorg', Met het oog op gepaste zorg, p. 213-262

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 'Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002', Bilthoven, 2002

Roerink, H., 'Uit zorg om de zorg; Oplossingsrichtingen voor zes grote vraagstukken in de gezondheidszorg', 2007

Rosendal, H., 'Ketenzorg voor chronische ziekten: mode of must?', Leiden, 2006

Stolker, D.H.C.M., 'Samenwerken in de stroke service; Ervaringen met samenwerking in de zorg voor CVA-patiënten en hun naasten', Den Haag, 1997.

Verschoor, H., Stolker, D.H.C.M., Franke, C.L., 'Stroke Services anno 2003', Den Haag, 2004

Visser-Meily, A., Heugten van, C., 'Zorg voor mantelzorg', Den Haag, 2004

Wagner, E.H., Austin, B.T., Von Korff, M., 'Organizing Care for Patients with Chronic Illness', The Milbank Quarterly, Vol. 74, No. 4, (1996), p. 511-544

Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., Bonomi, A., 'Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action', Health Affairs, Vol. 20, No. 6, (2001), p. 64-78.

Wagner, E.H., 'Curing the system: Stories of Change in Chronic Illness Care', The changing face of chronic disease care, (2002), p. 2-6.

Wester, F., 'Strategieën voor kwalitatief onderzoek', Bussum, 1995, 3e druk, Coutinho

Bron: http://www.bmti.utwente.nl/library/other/bmti_in_the_news_2005/zt_special_def.PDF.

Zorg en Technologie Twente, 'Twente, Hot Spot voor Zorg & Technologie', 2004

Bron: http://www.bmti.utwente.nl/library/other/bmti_in_the_news_2005/zt_special_def.PDF

Websites

Samen verder, www.samen-verder.nl (bezoekt op 18-02-2008)

I & O research Enschede, <http://www.io-research.nl/regioweb/gezondheid.htm#> (bezoekt op 11-11-2007)

IZIT, www.izit.nl (bezoekt op 13 juni 2007)

Kennisplekken met betrekking tot ketens en netwerken in de zorg, www.ketennetwerk.nl/documents (bezoekt op 10 mei 2007)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 'Veranderingen in de zorg 2007; Overzicht van veranderingen in de curatieve zorg in 2007', <http://www.minvws.nl/dossiers/veranderingen-in-de-zorg-2006/veranderingen-van-januari-tot-december-2006/> (bezoekt op 13 juni 2007)

RIVM, http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_beroerte.html (bezoekt op 22-5-2007)

Sneller Beter,

http://www.snellerbeter.nl/fileadmin/snellerbeter/afbeeldingen/Diabetescongres/presentaties/11_pres._Cor_Spreuwenberg.ppt#30 (Bezoekt op 30 januari 2008)

'The Chronic Care Model', Improving Chronic Illness Care, 2007, http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Model_Elements&s=18, (bezoekt op 22-02-2008).

Bijlage 1: Enquête ‘Samen Beter’



Enquête “Samen Beter”

Een studie vanuit het perspectief van de hulpverlener naar de samenwerking tussen huisartsenpraktijken, (revalidatie)ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties in de zorg voor drie chronische aandoeningen in de regio Twente.

Onderzoek in het kader van de opleiding
Master Gezondheidswetenschappen

"Samenwerking is noodzakelijk om kwalitatief goede en betaalbare zorg in de toekomst te kunnen aanbieden." Dit is een vooronderstelling waar veel beleid binnen de gezondheidszorg op gebaseerd is. Maar leidt samenwerking eigenlijk wel tot kwalitatief betere en efficiëntere zorg? Hoe ervaren hulpverleners dit in hun dagelijkse praktijk? Wat vinden zij van de huidige samenwerking tussen hen en andere hulpverleners. En wat zien zij als mogelijkheden voor verbetering van de samenwerking tussen de verschillende hulpverleners rondom de zorg van chronische patiënten.

Deze vragen vormen de kern van dit "Samen Beter" onderzoek. Dit onderzoek heeft als doel om de stand van zaken wat betreft samenwerking binnen de gezondheidszorg vanuit het perspectief van de hulpverleners, in kaart te brengen. Het onderzoek richt zich op drie soorten organisaties (namelijk thuiszorg, (revalidatie)ziekenhuis en huisartsenpraktijken) die een belangrijke rol spelen in de zorg voor chronisch zieken.

Dit onderzoek beperkt zich de samenwerking in de zorg voor de chronische aandoeningen CVA, COPD en Diabetes Mellitus. Het is van groot belang dat zoveel mogelijk van de benaderde hulpverleners meedoen aan dit onderzoek, zodat er een zo volledig mogelijk beeld wordt verkregen van de samenwerking van de hulpverleners binnen de regio Twente.

Het onderzoek wordt uitgevoerd als afstudeeropdracht binnen de Universiteit Twente voor de opleiding Gezondheidswetenschappen. De verkregen gegevens uit de enquête zullen vertrouwelijk verwerkt worden. De rapportage van de resultaten vindt op groepsniveau (en dus volledig anoniem) plaats. De gegevens van de eerste pagina zullen gebruikt worden voor administratieve doeleinden.

Hieronder volgen een aantal vragen waarbij basisgegevens worden gevraagd die van belang zijn voor de administratie.

1.0 Personalia

Naam	
Geslacht	Man <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/>
Leeftijd	
Organisatie	
Beroep/ Functie	

Instructies bij het invullen van de enquête

De enquête bestaat uit zowel open als gesloten vragen. Bij de gesloten vragen kunt u een kruisje zetten in het hokje van uw keuze. Bij de open vragen kunt u uw antwoord invullen in de tekstvakken onder de vraag. Bij de stellingen gaat het om uw persoonlijke mening of ervaring. Het zal ongeveer 20 minuten duren om alle vragen te beantwoorden.

Succes!

A. Maatschappelijke ondersteuning*Beleid en voorzieningen*

2.0 Komt u in uw werk m.b.t. COPD/ CVA/Diabetes Mellitus in contact met patiëntenverenigingen?

- nee
 ja, welke en hoe vaak?

Patiëntenverenigingen	Zelden	Soms	Regelmatig	Vaak
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.1 Komt u in uw werk m.b.t. COPD/ CVA/Diabetes Mellitus in contact met vrijwilligers(organisaties)?

- nee
 ja, welke en hoe vaak?

Vrijwilligers (organisaties)	Zelden	Soms	Regelmatig	Vaak
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 Komt u in uw werk in contact met COPD/ CVA/Diabetes Mellitus patiënten die gebruik maken van mantelzorg?

- nee, ga naar vraag 2.4
 ja

2.3 Zo ja, om welke patiëntencategorieën gaat het?(meer antwoorden mogelijk)

- COPD
 CVA
 Diabetes Mellitus

CVA

2.4 Bij deze vraag wordt naar uw ervaring en/ of mening gevraagd met betrekking tot mantelzorg. U kunt aangeven in hoeverre u het met de stelling eens bent.

	Geheel oneens				Geheel eens	Weet niet
Mantelzorg is een adequate aanvulling op de reguliere zorg voor chronisch zieken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er zijn voldoende mantelzorgers beschikbaar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patiënten met COPD maken voldoende vaak gebruik van mantelzorg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patiënten met Diabetes Mellitus maken voldoende vaak gebruik van mantelzorg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patiënten met CVA maken voldoende vaak gebruik van mantelzorg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantelzorgers moeten meer bij de reguliere zorg voor chronisch zieken betrokken worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.5 Van welke van de volgende voorzieningen worden naar uw ervaring door patiënten met **COPD** gebruik gemaakt? (meer antwoorden mogelijk)

Medische fitness	<input type="checkbox"/>
Voorlichtingsbijeenkomsten	<input type="checkbox"/>
Lotgenotencontact	<input type="checkbox"/>
<i>Anders namelijk:</i>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Niet van toepassing	<input type="checkbox"/>

2.6 Van welke van de volgende voorzieningen worden naar uw ervaring door patiënten met **CVA** gebruik gemaakt? (meer antwoorden mogelijk)

Medische fitness	<input type="checkbox"/>
Voorlichtingsbijeenkomsten	<input type="checkbox"/>
Lotgenotencontact	<input type="checkbox"/>
<i>Anders namelijk:</i>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Niet van toepassing	<input type="checkbox"/>

2.7 Van welke van de volgende voorzieningen worden naar uw ervaring door patiënten met **Diabetes Mellitus** gebruik gemaakt? (meer antwoorden mogelijk)

Medische fitness	<input type="checkbox"/>
Voorlichtingsbijeenkomsten	<input type="checkbox"/>
Lotgenotencontact	<input type="checkbox"/>
<i>Anders namelijk:</i>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Niet van toepassing	<input type="checkbox"/>

B. Organisatie van de gezondheidszorg

3.0 Wat doet uw organisatie voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg? (meer antwoorden mogelijk)

Voorlichting geven aan zorgverleners	<input type="checkbox"/>
Stimuleren van wetenschappelijk onderzoek	<input type="checkbox"/>
(Meehelpen met) ontwikkeling van protocollen en richtlijnen	<input type="checkbox"/>
<i>Anders namelijk:</i>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Mijn organisatie onderneemt geen activiteiten voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg	<input type="checkbox"/>

3.1 Neemt uw organisatie deel aan projecten/samenwerkingsverbanden ten behoeve van kwaliteitsverbetering voor de zorg voor chronisch zieken?

- Nee, ga door naar vraag 3.5
 Zo ja, kunt u voorbeelden noemen? (enkele trefwoorden)

3.2 Welke organisatie(s)/ hulpverlener(s) neemt het initiatief tot deze projecten?

3.3 Door wie worden deze projecten gefinancierd?

3.4 Wat is uw rol binnen deze projecten/samenwerkingsverbanden? (enkele trefwoorden)

3.5 Is er een organisatie/hulpverlener die een regiefunctie vervult in de coördinatie van de zorg rondom de chronische patiënt?

- Nee
- Ja, welke en waarom die? (enkele trefwoorden)

3.6 In hoeverre bent u het eens met de volgende stelling?

	Geheel oneens			Geheel eens		N.V.T.
De coördinatie van de zorg rondom de chronische patiënt verloopt uitstekend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.7 In hoeverre bent u het eens met de volgende stelling?

	Geheel oneens			Geheel eens	
De samenwerking met bovengenoemde hulpverleners/organisaties vindt plaats in een sfeer van concurrentie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.8 Als u de huidige zorg voor chronische patiënten in het algemeen een rapportcijfer mag geven van 1 (zeer slecht) tot een 10 (uitmuntend) welk cijfer krijgt deze zorg op dit moment van u?

3.9 Welke aspecten in de zorg voor chronische patiënten vindt u in het algemeen goed?

4.0 Welke aspecten in de zorg voor chronische patiënten vindt u in het algemeen slecht?

4.1 Als u de huidige zorg voor chronische patiënten met **COPD** in het algemeen een rapportcijfer mag geven van 1 (zeer slecht) tot een 10 (uitmuntend) welk cijfer krijgt deze zorg op dit moment van u?

4.2 Als u de huidige zorg voor chronische patiënten met **CVA** in het algemeen een rapportcijfer mag geven van 1 (zeer slecht) tot een 10 (uitmuntend) welk cijfer krijgt deze zorg op dit moment van u?

4.3 Als u de huidige zorg voor chronische patiënten met **Diabetes Mellitus** in het algemeen een rapportcijfer mag geven van 1 (zeer slecht) tot een 10 (uitmuntend) welk cijfer krijgt deze zorg op dit moment van u?

C. Organisatie van de zorgverlening

Samenwerking

5.0 In onderstaand overzicht treft u organisaties/ hulpverleners aan die een rol spelen bij de zorg voor de genoemde chronische patiëntencategorieën.

Geeft u s.v.p. aan hoe u op dit moment in het algemeen zelf de samenwerking met de hieronder opgenoemde organisaties/ hulpverleners ervaart.

→ Als u met een bepaalde organisatie/ hulpverlener niet samenwerkt, kruis dan 'niet van toepassing' (N.V.T.) aan.

→ Als er een samenwerkingspartner ontbreekt dan kunt u deze onder aan de lijst toevoegen.

Samenwerkingspartners	Zeer goede samenwerking					Zeer slechte samenwerking	N.V.T.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Huisartsen(praktijken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziekenhuizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revalidatieziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specialisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verpleegkundigen ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespecialiseerd verpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praktijkverpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysiotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maatschappelijk werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diëtist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homeopathisch arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders namelijk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hieronder vragen wij u uw mening te geven over de samenwerking met verschillende organisaties/hulpverleners. Wij vragen u rapportcijfers te geven variërend van 1 (zeer slecht) tot een 10 (uitmuntend).

5.1 Wat zijn uw rapportcijfers voor de samenwerking met de verschillende **specialisten** op dit moment (cijfers voor de best en slechtst samenwerkende specialist en hoe is de samenwerking in het algemeen)

Best	
Slechtst	
Algemeen	

5.2 Wat is uw rapportcijfer voor de samenwerking met het **revalidatieziekenhuis** op dit moment?

5.3 Wat zijn uw rapportcijfers voor de samenwerking met de verschillende **huisartsen** op dit moment (cijfers voor de best en slechtst samenwerkende huisarts en hoe is de samenwerking in het algemeen)

Best	
Slechtst	
Algemeen	

5.4 Wat zijn uw rapportcijfers voor de samenwerking met de verschillende **ziekenhuizen** op dit moment (cijfers voor het best en slechtst samenwerkende ziekenhuis en hoe is de samenwerking in het algemeen)

Best	
Slechtst	
Algemeen	

CVA

5.5 Bij deze vraag wordt naar uw ervaring en/ of mening gevraagd met betrekking tot de samenwerkingspartners die in de zorg voor de chronische patiënt (COPD, CVA, Diabetes Mellitus) betrokken zijn.

U kunt aangeven in hoeverre u het met de stelling eens bent.

Geheel oneens

Geheel eens

De betrokken ondersteunende hulpverleners van de huisartsenpraktijk zijn competent voor hun taken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De betrokken huisartsen zijn competent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De betrokken specialisten zijn competent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De betrokken verpleegkundigen van het ziekenhuis zijn competent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De betrokken hulpverleners van het revalidatiecentrum zijn competent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De ondersteunende hulpverleners van de huisartsenpraktijk zijn te vertrouwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De betrokken huisartsen zijn te vertrouwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De betrokken specialisten zijn te vertrouwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De betrokken verpleegkundigen van het ziekenhuis zijn te vertrouwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De betrokken hulpverleners van het revalidatiecentrum zijn te vertrouwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.6 Bent u sinds de invoering van het nieuwe ziektekostenstelsel gaan samenwerken met organisaties/ hulpverleners met welke/ wie u voorheen niet samenwerkte?

- nee
 ja, namelijk met:

5.7 Welke organisaties /hulpverleners in de zorg voor chronisch zieken zijn volgens u op dit moment het meest belangrijk?

5.8 Welke organisaties /hulpverleners in de zorg voor patiënten met **COPD** zijn volgens u op dit moment het meest belangrijk?

5.9 Welke organisaties /hulpverleners in de zorg voor patiënten met **CVA** zijn volgens u op dit moment het meest belangrijk?

6.0 Welke organisaties /hulpverleners in de zorg voor patiënten met **Diabetes Mellitus** zijn volgens u op dit moment het meest belangrijk?

6.1 Ontbreken er op dit moment organisaties/ hulpverleners die van belang zijn in de zorg voor deze chronische patiënten?

- nee
- ja namelijk,

CVA

In netwerken kan in meer of mindere mate worden samengewerkt. Hieronder wordt gevraagd naar uw ervaringen met het samenwerkingsnetwerk waarin u betrokken bent. Geef bij de volgende stellingen aan in hoeverre u het ermee eens bent.

6.2 Binnen de samenwerking met de diverse betrokken organisaties/ hulpverleners ten aanzien van de drie genoemde chronische ziektebeelden ervaar ik dat:

Geheel oneens

Geheel eens N.V.T.

Er overeenstemming is over ieders rol /taak.		
• COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• CVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er overeenstemming is over de afbakening van ieders werkterrein.		
• COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• CVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er een duidelijke regie wordt gevoerd.		
• COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• CVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.3 Als ik naar de betrokken organisaties/ hulpverleners bij de zorg voor de genoemde chronische patiëntencategorieën kijk, vind ik dat:

Geheel oneens

Geheel eens N.V.T.

Er te veel organisaties/ hulpverleners betrokken zijn.		
• COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• CVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er één of meer potentiële samenwerkingspartners wordt gemist		
• COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• CVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De verschillen tussen de betrokken organisaties/ hulpverleners een effectieve samenwerking belemmeren.		
• COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• CVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het gezondheidszorg aanbod voldoende divers is zodat de patiënt een keuze heeft		
• COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• CVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.4 Deze vraag gaat over organisaties/ hulpverleners waarmee u vaak samenwerkt

In onderstaande tabel staan de voor u belangrijkste samenwerkingspartners. Geeft u a.u.b. aan hoe intensief u zelf met deze organisaties samenwerkt (Kolom A) en in hoeverre is deze samenwerking voor u(w organisatie) van belang is, namelijk of het veel of weinig oplevert (Kolom B)

samenwerkingspartners	A (ik/mijn organisatie doe zelf mee in een samenwerkingsverband)						B (Deze samenwerking is voor mij/mijn organisatie van groot belang)				
	N.V.T.	Zeer intensief				Geheel niet intensief	Levert zeer weinig op		Levert zeer veel op		
Huisartsen(praktijken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziekenhuizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revalidatieziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders namelijk...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Zelfmanagement ondersteuning

7.0 Wordt het behandelplan altijd met de patiënt of diens vertegenwoordiger besproken?

- ja
 nee, want

7.1 Biedt u(w organisatie) zelfmanagement ondersteuning voor de patiënt?

- nee
 ja, namelijk d.m.v.

Verpleegkundig spreekuur	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>
Voorlichtingsbijeenkomsten	<input type="checkbox"/>
Folders	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

7.2 Geeft u a.u.b. aan bij de volgende stellingen in hoeverre u het ermee eens bent.

	Geheel oneens					Geheel eens				
De zelfmanagement ondersteuning die mijn organisatie aan de patiënten biedt is toereikend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De centrale rol van de patiënt, in het managen van zijn gezondheid, wordt voldoende benadrukt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Ondersteuning van beslissingen

Werken volgens medische richtlijnen

8.0 Maakt u(w organisatie) gebruik van richtlijnen/protocollen?

- nee
 ja

8.1 Geeft u a.u.b. bij de volgende stellingen aan in hoeverre u het ermee eens bent.

	Geheel oneens					Geheel eens				
Binnen mijn organisatie wordt er voldoende gewerkt met richtlijnen/protocollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De richtlijnen/protocollen zijn voldoende geïntegreerd in de dagelijkse routine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De toepassing van 'evidence based care' verlenen wordt gestimuleerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Zeer ontevreden					Zeer tevreden				
Bent u tevreden over de huidige protocollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toegang tot (collega) professionals

	Geheel oneens					Geheel eens				
Heeft u gemakkelijk toegang tot collega professionals, die over expertise en ervaring beschikken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. Informatiesystemen

9.0 Welke middelen gebruikt u(w organisatie) voor het geven van informatie en voorlichting?
(meer antwoorden mogelijk)

Een tijdschrift	<input type="checkbox"/>
Een nieuwsbrief per post	<input type="checkbox"/>
Een nieuwsbrief per e-mail	<input type="checkbox"/>
Een telefonische informatielijn	<input type="checkbox"/>
Een website	<input type="checkbox"/>
Boekjes/folders/brochures	<input type="checkbox"/>
(Thema)bijeenkomsten	<input type="checkbox"/>
Cursussen	<input type="checkbox"/>
<i>Anders namelijk:</i>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Mijn organisatie geeft geen informatie en voorlichting	<input type="checkbox"/>

Informatie uitwisseling

Als deelnemer in het netwerk deelt u veel informatie met de andere betrokken organisaties/ hulpverleners. Hieronder wordt naar een aantal gegevens gevraagd met wie u informatie deelt en welke informatie er gedeeld wordt. In de kruistabel kunt u uw situatie weergeven.

9.1 Kruist u a.u.b. in kolom A aan met wie u informatie deelt. Als u geen informatie deelt kruist u dan niets aan. Wanneer u in kolom A een kruisje heeft gezet, geeft u dan in kolom B aan op welke wijze u de informatie deelt.

	← A →	← B →					
	Ik deel informatie met:	Telefonisch	Schriftelijk	Email	Digitaal patiëntendossier	Persoonlijk	Anders namelijk:
Huisartsen(praktijken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziekenhuizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revalidatieziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specialisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verpleegkundigen ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespecialiseerd verpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praktijk-verpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysiotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maatschappelijk werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diëtist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homeopathisch arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Anders namelijk:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.2 Geeft u bij de volgende stellingen aan in hoeverre u het er mee eens bent.

	Geheel oneens				Geheel eens
Met behulp van informatiesystemen zijn benodigde gegevens tijdig beschikbaar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De juiste gegevens zijn beschikbaar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informatiesystemen dragen bij aan goede coördinatie van de zorg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informatiesystemen dragen bij aan goede planning van de zorg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Met behulp van informatiesystemen kan men de patiënt in het zorgproces traceren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informatiesystemen zijn cruciaal voor effectiviteit van zorgprogramma's voor chronische aandoeningen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. Toekomst

10.0 Voorziet u verbeteringen in de toekomst met betrekking tot de zorg voor chronisch zieken?

- nee
 ja, namelijk

10.1 Voorziet u problemen in de toekomst met betrekking tot de zorg voor chronisch zieken?

- nee
 ja, namelijk

10.2 Welke mogelijkheden ziet u om de planning van de zorg voor chronisch zieken efficiënter te maken?

10.3 Welke mogelijkheden ziet u om de zorg voor chronisch zieken effectiever te coördineren?

Ruimte voor opmerkingen:

Hartelijk dank voor uw medewerking!!!