

Passende zorg en substitutie in zorgnetwerken voor mensen met een CVA

Jetty Borcherts, Félicie van Vree, Paulien Goossens, Iris Groeneveld, Henk Arwert, Jorit Meesters, Leo Aerden, Thea Vliet Vlieland

Eindrapportage

Januari 2018



Dit project is gefinancierd door de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS), vanuit een samenwerking van de Vereniging voor Revalidatie Artsen (VRA) en de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN). Projectnummer: 38258073.

Inhoudsopgave

Samenvatting, conclusie en aanbevelingen	2
A. Onderzoeksdoel en -opzet	2
B. Conclusies	2
B.1 Organisatie	2
B.2 Deskundigheid van netwerkleden	3
B.3 Zichtbaarheid	3
B.4 Communicatie en samenwerking	4
B.5 Financiën	4
C. Aanbevelingen	5
C.1 Aanbevelingen voor nieuwe of bestaande netwerken	5
C.2 Aanbevelingen op landelijk niveau	7
1. Inleiding	8
1.1 Achtergrond	8
1.2 Doelstellingen	9
1.3 Onderzoekopzet	9
1.4 Projectorganisatie	11
1.5 Verloop van het onderzoek	11
2. Achtergrondstudie	14
2.1 Netwerk in de gezondheidszorg	14
2.2 Samenwerking in de regio	14
2.3 Samenwerken in de zorg en (CVA) zorg in de chronische fase	15
3. Kenmerken eerstelijns CVA-netwerken	17
3.1 Definitie en identificatie eerstelijns CVA-netwerk	17
3.2 Structuur	18
3.3 Proces	22
3.4 Uitkomsten	24
3.5 Belemmerende en bevorderende factoren	26
3.6 Toekomstperspectief	27
4. Aandachtspunten vanuit invitational conference	28
4.1 Kwaliteit van het netwerk	28
4.2 Individuele kwaliteit netwerkleden	29
4.3 Communicatie en samenwerking	30
4.4 Financiering, sturing en uniformering	30
Referenties	31

Samenvatting, conclusie en aanbevelingen

A. Onderzoeksdoel en -opzet

Jaarlijks krijgen rond de 45.000 mensen in Nederland een eerste cerebrovasculair accident (CVA). De prevalentie van CVA-patiënten in de eerste lijn is 315.000. Zowel uit de praktijk als uit de literatuur blijkt dat mensen met CVA in de chronische fase in de eerste lijn niet de zorg krijgen die zij nodig hebben. Deze problemen zouden kunnen worden ondervangen door gebruik te maken van goed georganiseerde zorgnetwerken, met als gemeenschappelijk doel het verbeteren van de kwaliteit en de continuïteit van zorg en het verbeteren van de communicatie tussen behandelaren. Een overzicht wat betreft aantal, structuur, proces en uitkomsten van eerstelijns CVA-netwerken in Nederland ontbreekt. Doel van dit project is het verkrijgen van een overzicht van de eerstelijns CVA-zorgnetwerken in Nederland en het beschrijven van de structuur, het proces, de uitkomsten en de ervaringen van gebruikers van deze netwerken, inclusief succes- en faalfactoren.

Allereerst is een achtergrondstudie uitgevoerd. Belangrijkste conclusie van deze studie is dat over de inhoud en organisatie van de zorg in de chronische fase in de eerste lijn nog geen consensus bestaat. Meer samenhang (zorginhoudelijke afstemming en organisatorische samenwerking) in de eerste lijn is nodig om een betere afstemming in de zorg te krijgen. Voor de signalering van terugval in fysiek of mentaal functioneren of psychosociale problematiek in de chronische fase is een belangrijke rol voor de eerstelijns zorgprofessionals weggelegd. Het implementeren van multidisciplinaire samenwerkingsrelaties is lastig door grote verschillen in de organisatie van de tweede- en derdelijns en de eerstelijns zorg. Aandacht moet, naast afspraken over de inhoud en organisatie van de CVA-zorg in de chronische fase, uitgaan naar de ‘zachte’ factoren van samenwerking zoals ‘vertrouwen’, ‘wederkerigheid’ en ‘elkaar kennen’.

Na deze achtergrondstudie zijn via verschillende kanalen zoveel mogelijk eerstelijns CVA-netwerken geïnventariseerd. 15 netwerken voldeden aan de definitie voor een eerstelijns CVA-netwerk: *“samenwerkingsverbanden van zorgverleners in de eerste lijn, met formele afspraken over de samenwerking en/of over de inhoud van zorgverlening aan mensen met CVA”*. De 15 netwerkcoördinatoren zijn benaderd en bevroegd. Via hen zijn netwerkleiden benaderd waarvan er 139 een online vragenlijst invulden. Via de netwerkleiden zijn patiënten benaderd. Op basis van de resultaten van de vragenlijsten zijn relevante thema’s geselecteerd en bediscussieerd in een invitationale conference. Op basis van deze gegevens is deze rapportage opgesteld en is een format voor een eerstelijns CVA-netwerk opgesteld.

B. Conclusies

B.1 Organisatie

De 15 geïdentificeerde netwerken hebben als doel het verbeteren van de kwaliteit en organisatie van de zorg, het vergroten van de expertise en deskundigheid en het verbeteren van de communicatie en samenwerking tussen zorgverleners. Doelstellingen zijn niet bij alle netwerken concreet en meetbaar geformuleerd. Er is op dit moment geen landelijk dekking van eerstelijns CVA-netwerken.

Er is een grote diversiteit tussen de geïdentificeerde netwerken wat betreft de grootte (variërend van 4 tot 140 leden). Als belangrijke bevorderende factor voor het functioneren van een netwerk wordt

genoemd het 'elkaar kennen'. Bij netwerken groter dan ongeveer 50 leden is dit minder goed mogelijk.

De geïdentificeerde netwerken zijn overwegend samengesteld uit professionals van verschillende disciplines (multidisciplinair; met name fysiotherapie, logopedie en ergotherapie). Enkele netwerken bestaan uit alleen fysiotherapeuten. Uit de invitational conference komt een duidelijke voorkeur naar voren voor een multidisciplinair netwerk. Daarmee kan tegemoet gekomen worden aan de soms complexe behandeldoelen van deze doelgroep die meerdere disciplines betreffen.

Een aantal geïdentificeerde netwerken heeft specifiek als doelgroep CVA-patiënten, een aantal anderen heeft een bredere doelgroep, zoals 'patiënten met niet progressieve niet-aangeboren hersenletsel (NAH)'. Het formuleren van een bredere doelgroep van patiënten met diagnoses met vergelijkbare beperkingen en behandeldoelen heeft als voordeel dat behandelvolumes en kwaliteitscertificeringen makkelijker te behalen zijn voor behandelaren.

Een centrale ondersteuning bij de opzet en continuering van het netwerk wordt door met name de coördinatoren gemist. Genoemd worden ondersteuning bij het vergroten van de zichtbaarheid voor patiënten en verwijzers, het ontwikkelen van een uniforme organisatiestructuur (criteria voor lidmaatschap van een netwerk) en zorginhoud (scholing en verwijzing). Andere stakeholders vinden het belangrijk dat patiëntenverenigingen en beroepsorganisaties actief participeren in deze centrale ondersteuning.

Financiering van het netwerk, met name van coördinatie en (multidisciplinair) overleg is een belangrijk knelpunt in het functioneren van de netwerken.

B.2 Deskundigheid van netwerkleden

Naast de kenmerken van het eerstelijnsnetwerk wordt de organisatie en inhoud van de zorg voor CVA-patiënten bepaald door de kwaliteit van de individuele professional. Toelatingseisen die eerstelijns CVA-netwerken aan hun leden stellen liggen met name op het gebied van CVA-specifieke scholing en het behandelen van een minimum aantal CVA-patiënten per jaar. Door netwerken gehanteerde eisen voor continuering van het lidmaatschap zijn het bijwonen van netwerkbijeenkomsten, het volgen van scholing en een minimaal aantal te behandelen patiënten (behandelvolume). Het grootste deel van de huidige netwerkleden werkt al langer dan vijf jaar met CVA patiënten en behandelt meer dan vijf CVA-patiënten per jaar. Netwerkcoördinatoren en leden hebben behoefte aan standaardisatie van scholingseisen voor toetreding tot het netwerk en de voortzetting van het lidmaatschap. Congressen of symposia worden door een grotere meerderheid van de leden bezocht. Netwerkbijeenkomsten zijn verschillend en afwisselend ingevuld. Casuïstiek of inhoudelijke scholing op het gebied van CVA maakt hier soms onderdeel van uit. Bij de geïdentificeerde eerstelijns CVA-netwerken worden de richtlijnen voor de behandeling van CVA-patiënten door vrijwel alle leden toegepast.

B.3 Zichtbaarheid

Zichtbaarheid, bekendheid en bereikbaarheid van de eerstelijns CVA-netwerken zijn van belang om te zorgen dat de CVA-patiënten daadwerkelijk bij de netwerkleden terecht komen. Zichtbaarheid en bekendheid moet er zijn bij de verwijzers en/of bij patiënten zelf. Uit de uitvoering van dit project blijkt dat het vinden van de eerstelijns CVA-netwerken vaak lastig is. Ook netwerkleden zijn niet tevreden over de bekendheid van netwerken bij patiënten en bij verwijzers.

B.4 Communicatie en samenwerking

Het is wenselijk dat behandelaren in de eerste en tweede lijn, neurologen, huisartsen en de revalidatiearts binnen een keten goed op de hoogte zijn van elkaars mogelijkheden en werken vanuit dezelfde visie. Dat bevordert continuïteit van de behandeling na overdracht vanuit bijvoorbeeld het revalidatiecentrum naar de eerste lijn. Goed georganiseerde netwerken kunnen bijdragen aan deskundigheidsbevordering, betere communicatie en een hogere patiënttevredenheid. Een kleine meerderheid van de netwerkleden is tevreden over de communicatie tussen de leden van het netwerk. Coördinatoren en netwerkleden vinden de bekendheid van de netwerken echter voor verbetering vatbaar. Zowel verwijzers als patiënten zijn vaak onbekend met het bestaan van de netwerken. Een samenwerking komt hierdoor moeizaam of niet tot stand.

Samenwerking met de tweede lijn is voor de geïdentificeerde netwerken van groot belang en wordt gezien als cruciale factor voor het bieden van optimale kwaliteit van zorg. Ook samenwerking met de huisarts en bijvoorbeeld neurologie(wijk)verpleegkundigen wordt als belangrijk genoemd. Dit is bij de meeste netwerken echter minder goed vormgegeven. Bij een deel van de netwerken is er contact met lokale samenwerkingspartners zoals ketencoördinatoren, patiëntenverenigingen, huisartsen en beroepsverenigingen. CVA-patiënten worden echter nog nauwelijks betrokken bij netwerkactiviteiten.

B.5 Financiën

Financiering wordt door bijna alle netwerkcoördinatoren en netwerkleden aangeduid als de meest belemmerende factor in de totstandkoming en/of continuering van het netwerk. Het gaat hierbij met name om financiering voor de opzet van een netwerk en vervolgens om financiering van de coördinatie, van bijeenkomsten en van (multidisciplinair) overleg.

De financiering binnen de geïdentificeerde eerstelijns CVA-netwerken is verschillend vormgegeven. Een kleine meerderheid van de netwerken wordt gefinancierd door een bijdrage afkomstig van de netwerkleden. Andere netwerken ontvangen (ook) gelden van aangesloten centra, ziekenhuizen of intramurale partners.

C. Aanbevelingen

Onderstaande aanbevelingen zijn opgesteld op basis van de achtergrondstudie, de resultaten van de vragenlijsten onder coördinatoren en netwerkleden, de invitational conference en diverse gesprekken met belanghebbende organisaties en de klankbordgroep.

C.1 Aanbevelingen voor nieuwe of bestaande netwerken

Structuur

Opzetten van een netwerk

- Zet het netwerk multidisciplinair op met eerstelijns behandelaren vanuit de fysiotherapie, logopedie en ergotherapie, zo mogelijk aangevuld met disciplines als psychologie, diëtiëk en verpleegkunde.
- Betrek naast de eerstelijns behandelaren andere belanghebbenden in het netwerk, zoals huisartsen, tweedelijns organisaties, (regionale) patiëntenverenigingen en (regionale) transmurale ketenorganisaties.
- Leg afspraken, waaronder taken en verantwoordelijkheden van netwerkleden, schriftelijk vast bijvoorbeeld in een reglement. Overweeg een juridische status voor het netwerk.
- Leg communicatielijnen binnen en buiten het netwerk vast.
- Overweeg bij het opzetten (of bij het voortzetten) van een netwerk een bredere doelgroep te definiëren, met vergelijkbare problematiek bijvoorbeeld 'patiënten met niet progressieve centraal neurologische aandoeningen' of 'patiënten met niet progressieve hersenaandoeningen'.
- Voor de schaalgrootte van het netwerk is het van belang te weten dat het 'elkaar kennen' als belangrijke succesfactor wordt gezien door bestaande netwerken.

Professionaliseren

- Organiseer minimaal een keer per jaar een netwerkbijeenkomst om de samenhang binnen een netwerk en de kwaliteit van de geboden zorg te vergroten en te waarborgen.
- Stel, op basis van bestaande richtlijnen, een visie op over de behandeling van CVA-patiënten en een gezamenlijke werkwijze ten aanzien van de behandeling van CVA-patiënten (behandelprogramma) met meetbare, concrete doelen.
- Neem als netwerk deel aan regionale ketens en landelijke CVA-overleggen.

Borging

- Zorg voor voldoende middelen en menskracht voor coördinatie van het eerstelijns CVA-netwerk.
- Zorg voor voldoende financiële middelen om het netwerk draaiende te houden. Deze kunnen bestaan uit een bijdrage van leden, eventueel aangevuld met vergoeding(en) vanuit andere partijen (transmurale keten, gemeente, ziekenhuizen, zorgverzekeraars). Activiteiten die hiervoor kunnen worden ondernomen zijn:
 - Creëren van draagvlak bij zorgverzekeraars voor specifieke vergoedingen voor in CVA gekwalificeerde zorgverleners in de eerste lijn of voor de opzet en continuering van eerstelijns CVA-netwerken
 - Onderzoeken van de mogelijkheid om eenmalig subsidie te krijgen van bijvoorbeeld zorgverzekeraar of gemeente.

- Borg de kwaliteit van het netwerk door:
 - Het opzetten van een kwaliteitssysteem voor de behandeling van CVA-patiënten waarin onder andere prestatie-indicatoren kunnen worden vastgelegd.
 - Het organiseren van intervisie en casuïstiek bijeenkomsten op lokaal niveau waar bij voorkeur ook patiënten en verwijzers bij betrokken zijn.
 - De implementatie van tools zoals de beslijsing vanuit “samen beslissen na CVA”, signaleringsinstrument voor de lange termijn Gevolgen van een Beroerte (SIGEB), vroeg-signaleringslijsten en patiënt zelfhulp-tools.

Proces

Samenwerking

- Formaliseer afspraken over verwijzing met de huisartsen en de tweede lijn. Het is cruciaal afspraken binnen en buiten het netwerk op te stellen over verwijzing, terugverwijzing, gezamenlijke behandelvisie, kwaliteitsindicatoren, etc.
- Organiseer overleg met de afdeling neurologie van een ziekenhuis, het revalidatiecentrum en/of lokale samenwerkingspartners zoals huisartsen en (wijk)verpleegkundigen.

Kwaliteit van zorg

- Leg eisen vast waaraan netwerkliden moeten voldoende voor toetreding en continuering van het lidmaatschap. Eisen kunnen betrekking hebben op:
 - Werken volgens de beroepsspecifieke of multidisciplinaire richtlijnen voor CVA-behandeling
 - Scholingsniveau en verplichte nascholing gericht op de behandeling van CVA-patiënten.
 - Aantoonbare ervaring in het behandelen van CVA-patiënten, bijvoorbeeld door het behandelen van een minimum aantal patiënten per jaar met een CVA of met ander niet progressieve centraal neurologische aandoeningen
 - Deelname aan netwerkbijeenkomsten, multidisciplinair overleg en intervisie
- Leg vast met welke meetinstrumenten op welke momenten resultaten van de behandeling worden gemeten en geëvalueerd, op het niveau van de individuele patiënt, zorgverlener en het netwerk.
- Zorg dat informatie van patiënten binnen het netwerk gedeeld kan worden, met in acht neming van de wet- en regelgeving.
- Ontwikkel een structuur om op lokaal niveau incidenteel mee te lopen in elkaars praktijk (zowel netwerkliden onderling als bij verwijzers).

Zichtbaarheid van het netwerk

- Besteed planmatig aandacht aan de bekendheid van het netwerk, zowel bij verwijzers, collega's als bij patiënten.
- Breng het bestaan van de eerstelijns CVA-netwerken onder de aandacht van landelijke organisaties.
- Breng het bestaan van het netwerk onder de aandacht van lokale en regionale instellingen en praktijken te brengen. Hierbij kan worden gedacht aan ziekenhuizen, revalidatiecentra, transmurale (keten)netwerken, verpleeghuizen en ook aan PraktijkOndersteuners Huisartsenzorg (POH'ers) en/of de huisartsen en wijkverpleegkundigen.

C.2 Aanbevelingen op landelijk niveau

Uit het onderzoek komt de behoefte naar voren voor landelijke coördinatie en ondersteuning van eerstelijns CVA-netwerken. Landelijke coördinatie en sturing, zoals bijvoorbeeld door het kennisnetwerk CVA gegeven wordt aan transmurale ketens, kan bijdragen aan meer uniformiteit in inhoud en organisatie. Bij een landelijk coördinerend orgaan dienen stakeholders, zoals de relevante beroeps- en specialistenverenigingen en patiëntenverenigingen, betrokken te worden. Taken die een landelijk orgaan op kan pakken zijn:

- Bijdragen aan de uniformiteit en kwaliteit van eerstelijns CVA-netwerken. Gedacht kan worden het bieden van een actueel overzicht van de aanwezige geaccrediteerde bij- en nascholingen, de inhoud en het niveau, en het, waar nodig, faciliteren van de ontwikkeling van nieuw scholingsaanbod en/of de aanpassing of herhaling van bij- en nascholingsactiviteiten. Onderdelen hiervan zijn:
 - het definiëren van het gewenste niveau van bij- en nascholing (toetreding en continuering lidmaatschap), aansluitend bij de richtlijn beroerte WCN niveau 1, de behoeftes van netwerkleden en (inter)nationale ontwikkelingen.
 - het inventariseren van de beschikbaarheid, inhoud en niveau van het huidige bij- en nascholingsaanbod (nationaal en internationaal). Zo nodig overleg met bestaande scholingsaanbieders om nieuwe scholing te ontwikkelen, bestaande scholing aan te passen aan huidige inzichten en behoeftes (evidence-based, theoretisch en praktisch, betaalbaar, geaccrediteerd) of bestaande scholing te herhalen.
 - het ontwikkelen van criteria en praktische tools voor de organisatie van geaccrediteerde, lokale netwerkbijeenkomsten gericht op bij- en nascholing waarbij vak-inhoud en praktijk organisatie aan bod komen en intervisie en casuïstiek / communicatie met verwijzers en patiënten een onderdeel vormen.
 - het in nader overleg gaan met de betrokken beroepsorganisaties over de wijze waarop de gevolgde scholing op het niveau van de zorgverlener geregistreerd en geaccrediteerd gaat worden.
- Ontwikkelen van handvatten voor de opzet en organisatie van netwerken. De uitkomsten van dit project kunnen hier onderdeel van zijn. Een voorbeeld van een dergelijk starterspakket is: “Stappenplan bij de implementatie Zorgstandaard Traumatisch Hersenletsel”.
- In overleg met het veld bepalen of een verdere formalisering van netwerken mogelijk en nodig is, bijvoorbeeld door het opstellen van een landelijk certificering.
- Het ontwikkelen van een landelijke website. Hierop kunnen de eerstelijns CVA-netwerken, netwerkleden en niet netwerkgebonden gespecialiseerde zorgverleners in de neurologie, c.q. CVA te vinden zijn en kan informatie gedeeld worden over de paramedische zorg voor mensen met een centraal neurologische aandoening, en CVA in het bijzonder.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Jaarlijks krijgen rond de 45.000 mensen in Nederland een eerste cerebrovasculair accident (CVA) [1]. De prevalentie van CVA-patiënten in de eerste lijn is 315.000 [2]. Het sterftecijfer ten aanzien van een CVA daalt aanzienlijk, waarmee gesteld kan worden dat dalende sterfte en toenemende prevalentie tot gevolg heeft dat meer mensen moeten leren omgaan met de chronische fysieke en cognitieve gevolgen van een CVA [3]. Interventies richten zich veelal op het behoud van mobiliteit, activiteiten van het dagelijks leven (ADL)-zelfstandigheid en zelfredzaamheid en op het omgaan met de blijvende beperkingen [4]. Daarnaast zijn secundaire preventie (maatregelen om de kans op een recidief te verkleinen) en tertiaire preventie (het voorkomen van complicaties door het CVA) onderdeel van de interventie [5]. CVA-zorg in de chronische fase is daarmee niet alleen langdurig, maar ook complex waarbij diverse eerste-, tweede- en derdelijns zorgverleners betrokken zijn.

Zowel uit de praktijk als uit de literatuur blijkt dat mensen met CVA in de chronische fase in de eerste lijn vaak niet de zorg krijgen die zij nodig hebben [6,7]. De afstemming tussen zorgverleners over inhoud en aansluiting van zorg moet beter. Daarnaast wordt in de eerste lijn vaak onvoldoende gebruik gemaakt van bewezen effectieve behandelmogelijkheden, wat leidt tot onnodige beperkingen in activiteiten en participatie [8]. Deze problemen zouden kunnen worden ondervangen door gebruik te maken van goed georganiseerde zorgnetwerken, met als gemeenschappelijk doel het verbeteren van de kwaliteit en de continuïteit van zorg en het verbeteren van de communicatie tussen behandelaren [9]. Netwerkvorming kan leiden tot betere implementatie van richtlijn aanbevelingen, minder zorgkosten, een hoger behandelvolume en een betere multidisciplinaire samenwerking rond de patiënt [10]. Ook laten netwerken zien te leiden tot een beter kennisniveau, betere communicatie tussen zorgverleners en een hogere patiënttevredenheid [11,12].

Ervaring met het opzetten van diagnose-specifieke zorgnetwerken die zich richten op samenwerking tussen tweede lijn en paramedici in de eerste lijn is in Nederland al uitgebreid opgedaan. Bij de begeleiding van patiënten met reumatoïde artritis zijn begin van deze eeuw dergelijke netwerken opgericht, veelal vanuit de tweede lijn: de Fyranet-netwerken. Regionale bij- en nascholing vormde een belangrijke activiteit van deze netwerken. Onderzoek in de regio's Leiden en Enschede liet zien dat in deze netwerken het kennisniveau van de deelnemers en de patiënttevredenheid toenam [11,12]. Goed georganiseerde netwerken kunnen bijdragen aan deskundigheidsbevordering, betere communicatie en hogere patiënttevredenheid [9,12]. Soortgelijke ervaringen zijn eveneens opgedaan binnen ParkinsonNet, dat zich richt op patiënten met de ziekte van Parkinson. Zij toonden aan dat een dergelijk netwerk leidt tot vergroting van de kennis van de eerstelijns behandelaren over de aandoening, toename van de patiënttevredenheid over behandeling en verbetering van de kwaliteit van zorg [13].

In de zorg voor CVA-patiënten is in Nederland de afgelopen jaren veel aandacht uit gegaan naar de opbouw van transmurale ketenzorg, onder andere vanuit de stichting Kennisnetwerk CVA. Deze stichting stimuleert de kwaliteit van de landelijke CVA-zorg in de acute en revalidatiefase, onder meer door kennisuitwisseling in de CVA-zorgketens te faciliteren en door kwaliteitsindicatoren inzichtelijk te maken. Bij het kennisnetwerk CVA zijn momenteel 76 ketens aangesloten. (www.kennisnetwerkcv.nl). In deze ketens zijn met name samenwerkingsverbanden tussen de tweede en derde lijn ontwikkeld. Inmiddels zijn ook regionale eerstelijns netwerken voor CVA-patiënten gevormd. Een compleet overzicht wat betreft aantal, structuur, proces en uitkomsten ont-

breekt. Tevens ontbreekt een overzicht van de verschillen en overeenkomsten in kenmerken van deze eerstelijns netwerken voor mensen met een CVA. Bovendien is er onvoldoende zicht op welke kenmerken van netwerken bijdragen aan de kwaliteit en de continuïteit van zorg [14,15].

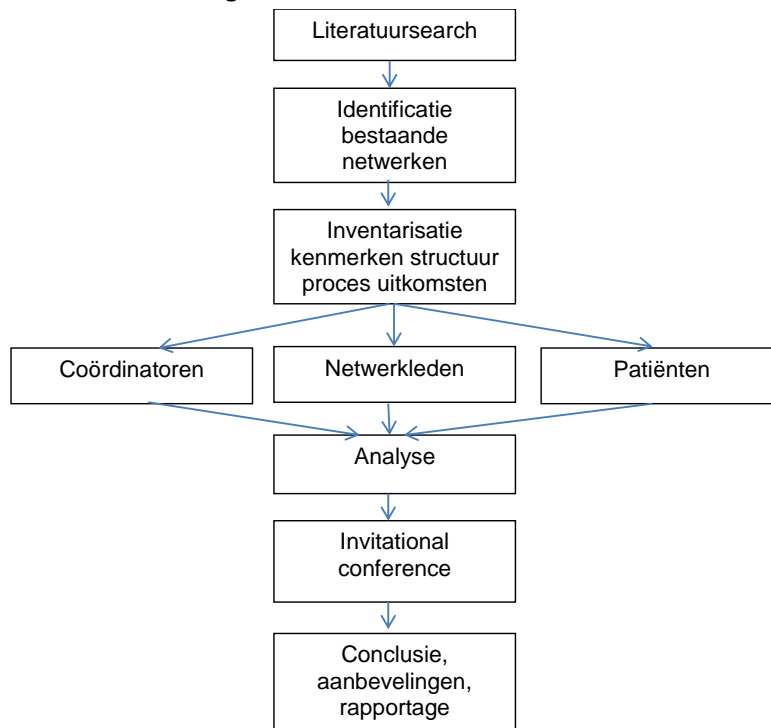
1.2 Doelstellingen

Bovenstaande heeft geleid tot dit project met als doel het verkrijgen van een overzicht van alle eerstelijns CVA-zorgnetwerken in Nederland en het beschrijven van de structuur, het proces, de uitkomsten en de ervaringen van gebruikers van deze netwerken en hieruit succes- en faalfactoren af te leiden. Dit zal resulteren in het opzetten van een format voor een in CVA-zorg gespecialiseerde netwerken van zorgverleners, die samenwerken en elkaar complementeren om optimale en adequate zorg te verlenen aan de CVA-patiënt in de thuissituatie. Dit komt tot stand middels:

- a. Het inventariseren van de kenmerken van bestaande zorgnetwerken voor mensen met CVA in Nederland (structuur, proces en uitkomst) en het hieruit afleiden van succes- en faalfactoren;
- b. Het, aan de hand van deze inventarisatie, opzetten van een format voor een eerstelijns CVA-netwerk. Dit leidt ertoe dat de patiënt de zorg krijgt die het meest passend is: substitutie van laagcomplex zorg naar de eerste lijn zodra dat mogelijk is of doorverwijzing naar de tweede lijn als dat nodig is.
- c. Het opstellen van aanbevelingen over de optimale organisatie van deze netwerken op nationaal en regionaal/lokaal niveau.

1.3 Onderzoeksopzet

De opzet van dit onderzoek is als volgt:



Figuur 1. Schematische weergave onderzoeksopzet

Literatuursearch

Om de CVA zorgnetwerken vanuit een breed perspectief te kunnen beschouwen is een achtergrondstudie uitgevoerd naar de inhoudelijke en organisatorische context waarin CVA zorgnetwerken functioneren.

Identificatie bestaande netwerken

Netwerken zijn geïdentificeerd op grond van al bekende gegevens bij de projectgroep (o.a. netwerken van Kennisnetwerk CVA NL), op basis van het netwerk van het Rijnlands Revalidatie Centrum en Sophia Revalidatie (Transmuralis, Convenantpartijen SR, Werkgroep CVA Nederland (WCN), Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)) en de sneeuwbalmethode onder allen die bij het project betrokken zijn. Daarnaast is een oproep gedaan via diverse media die zich richten op communicatie met zorgprofessionals betrokken bij de behandeling van mensen met een CVA (o.a. websites, lokale en regionale CVA-patiëntenverenigingen, Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA), Revalidatie Kennisnet, Kwaliteitsnetwerk revalidatiecentra, verenigingen van paramedici, o.a. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)). Verder is het internet en de sociale media doorzocht op berichten en meldingen van relevante zorgnetwerken. Ten slotte zijn in de loop van het onderzoek presentaties gehouden op verschillende symposia waarna netwerken zich konden melden.

Vragenlijst netwerkcoördinatoren

Door middel van een online vragenlijst met een aanvullend semigestructureerd telefonisch interview (indien nodig en mogelijk) met de coördinatoren van de geïdentificeerde CVA netwerken zijn de kenmerken van de netwerken in kaart gebracht. De vragen betroffen structuur en proces van de netwerken (waaronder organisatie, kwaliteit en deskundigheid), waaraan succesfactoren vanuit het SMOEL-onderzoek [19] zijn toegevoegd.

Vragenlijsten netwerkleiden

Onder de leden van de geïdentificeerde CVA netwerken is een digitaal vragenlijstonderzoek uitgevoerd. In deze vragenlijst zijn vragen gesteld over proces en uitkomst van de netwerken. Bij proceskenmerken werd onder andere gevraagd naar gevolgde (na)scholing, ervaring met de doelgroep, betrokkenheid bij netwerkactiviteiten, kwantiteit van communicatie met andere zorgverleners, het aantal contacten met patiënten en professionals en ideeën over de toekomst van CVA netwerken. De uitkomsten van het netwerk zijn bevraagd in termen van tevredenheid over de inhoud, organisatie en functioneren van het netwerk. Hiervoor is gebruik gemaakt van onderdelen van vragenlijsten die eerder toegepast zijn om het functioneren van de Fyranet-netwerken te meten [12] en informatie over contacten van professionals in ParkisonNet [21].

Vragenlijst patiënten

Onder patiënten is eveneens een digitaal vragenlijstonderzoek uitgezet. Deze patiënten werden geïdentificeerd via de netwerkleiden die via de coördinator werden gevraagd om patiënten met een CVA die zij in behandeling hadden of behandeld waren te vragen om mee te doen. De vragenlijst bestond uit vragen die voornamelijk betrekking hadden op het gebied van uitkomst (tevredenheid en mate van ervaren kennis en professionaliteit van de behandelaar), waarbij gebruik is gemaakt van onderdelen van de CQ CVA [22], De Nijmegen Continuity Questionnaire (NCQ) [23] en de ervaringsindicatoren van Revalidatie Nederland.

Invitational Conference

Om tot breed gedragen aanbevelingen te komen op basis van de resultaten van de inventarisatie is een invitational conference met stakeholders georganiseerd. In een plenair gedeelte zijn de onderzoeksresultaten en de doelstellingen van eerstelijns netwerken centraal gesteld. Vervolgens is in groepen gediscussieerd over een aantal specifieke onderwerpen.

Conclusies, aanbevelingen en rapportage

Op basis van alle verzamelde gegevens is een format opgesteld en zijn concept aanbevelingen geformuleerd. Deze concept aanbevelingen zijn vervolgens gepresenteerd en besproken in diverse gremia (Kennisnetwerk CVA Nederland, WCN, KNGF, diverse congressen). De inbreng van deze belanghebbenden is meegenomen in het uiteindelijke format en deze rapportage.

1.4 Projectorganisatie

Het project is gefinancierd door de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS), vanuit een samenwerking van de Vereniging voor Revalidatie Artsen (VRA) en de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN). Het project is uitgevoerd door een projectgroep, met input van een klankbordgroep met brede vertegenwoordiging van alle betrokken partijen. De bezetting van de projectgroep en de klankbordgroep is opgenomen in bijlage 1.

1.5 Verloop van het onderzoek

De dataverzameling voor het onderzoek heeft plaatsgevonden in de periode juni 2016 tot september 2017. De in dit onderzoek gebruikte vragenlijsten zijn opgenomen in bijlage 2.

Afbakening

Bij de eerste stap, het identificeren van bestaande eerstelijns CVA-netwerken, bleek het noodzakelijk het begrip eerstelijns CVA-netwerk goed af te bakenen. In samenspraak met de projectgroep en de klankbordgroep beschouwen we voor deze inventarisatie eerstelijns CVA-netwerken als *“samenwerkingsverbanden van zorgverleners in de eerste lijn, met formele afspraken over de samenwerking en/of over de inhoud van zorgverlening aan mensen met CVA”*. Belangrijk criterium hierbij is dat afspraken tussen de eerstelijnszorgverleners formeel zijn vastgelegd. Op veel verschillende plaatsen in Nederland zijn namelijk transmurale samenwerkingsverbanden en ketenafspraken voor CVA-patiënten gemaakt. Deze transmurale samenwerkingsverbanden en afspraken zijn vaak gericht op en gaan over afspraken tussen tweedelijnsvoorzieningen (ziekenhuis, V&T-sector, revalidatiecentra) en niet tussen de eerste en de tweede lijn. Alleen daar waar met de eerste lijn vastgelegde afspraken over de inhoud van zorgverlening van CVA-patiënten zijn gemaakt, zijn de samenwerkingsverbanden in het onderzoek betrokken. Verder zijn er in verschillende regio's overzichten of lijsten beschikbaar van eerstelijns praktijken die gespecialiseerd zijn in zorg aan patiënten met een CVA. Ketennetwerken, ziekenhuizen en revalidatiecentra gebruiken deze overzichten en lijsten om patiënten naar door te verwijzen. Echter, alleen indien deze eerstelijnszorgverleners onderling afspraken hebben vastgelegd over de samenwerking en/of de behandeling van CVA-patiënten zijn ze in het onderzoek betrokken.

Beschikbaarheid van gegevens

Tijdens het onderzoek werden enkele netwerken aangedragen waarvan wij geen nadere informatie konden vinden of waar we onvoldoende informatie van de coördinator konden verkrijgen om het

netwerk in het onderzoek mee te nemen. Netwerken waar ten tijde van de dataverzameling onvoldoende informatie over kon worden verkregen zijn NAH netwerk West Brabant, Stroke service Amsterdam en CVA keten Parkstad en CVA Zorgketen Maastricht en Heuvelland. Uiteindelijk zijn 15 netwerken en coördinatoren in dit onderzoeksproject betrokken. Van deze 15 netwerken waren er enkelen ten tijde van de dataverzameling nog in oprichting. Daardoor konden zij de vragen niet allemaal beantwoorden en/of waren er nog weinig of geen netwerkleden die aangeschreven konden worden.

Overigens bleek een belangrijke belemmerende factor voor het verkrijgen van informatie van netwerkcoördinatoren te zijn de beperkte bereikbaarheid van deze coördinatoren en het gebrek aan tijd om mee te werken. Een groot deel van de coördinatoren zijn als behandelaar werkzaam en hebben geen geormerkte uren voor de coördinerende taken.

Netwerkliden

De netwerkleden zijn - voor het invullen van de online vragenlijst – benaderd door de coördinator. Via hen zijn ook enkele rappels verstuurd. Uiteindelijk hebben 165 mensen de vragenlijst ingevuld. Uiteindelijk hebben we de antwoorden van 139 respondenten meegenomen in de analyse. Reden van exclusie van respondenten waren:

- respondenten waren wel onderdeel van het netwerk, maar volledig werkzaam in de tweede lijn,
- respondenten hebben niet aangegeven bij welk netwerk zij werkzaam zijn,
- respondenten zijn onderdeel van netwerken waarvan wij de coördinator niet hebben gesproken.

De verdeling van de 139 respondenten netwerkleden over de 15 netwerken is opgenomen in tabel 1.

	aantal respondenten	aantal leden	responspercentage
CVA netwerk Assen	18	140	13%
CVA netwerk Nijmegen	20	41	49%
1ste lijn netwerk Rotterdam	21	103	20%
1ste lijn netwerk NAH Zuid Oost Brabant	17	49	35%
CVA netwerk Leeuwarden	15	*onbekend	
CVA netwerk Apeldoorn e.o.	8	30	27%
Stroke Service Eemland (SSE)	8	17	47%
CVA netwerk Almere	5	29	17%
CVA netwerk Midden Kennemerland / Beverwijk	7	15	47%
CVA Team Ede e.o.	7	8	88%
CVA Netwerk Eindhoven-Kempen	6	50	12%
CVA Netwerk Heereveen	1	25	4%
CVA Netwerk Alkmaar e.o.	2	22	9%
CVA netwerk Drachten	2	6	33%
Eerstelijns CVA netwerk Midden Holland	2	11	18%
Totaal	139	546	25%

* Het totaal aantal leden van dit netwerk is onbekend

Tabel 1. Verdeling netwerkleden over netwerken

Patiënten

De patiënten zijn benaderd via de coördinatoren die vervolgens de netwerkleden hebben gevraagd de link naar de enquête door te sturen aan patiënten. Dit heeft, ondanks diverse rappels aan coördinatoren, een zeer beperkte respons opgeleverd, namelijk van 9 patiënten. Door de indirecte benadering, noodzakelijk in verband met de privacywet- en regelgeving, hebben we hier vanuit de projectgroep weinig acties op kunnen ondernemen. Het aantal respondenten is te laag om een goed beeld te geven van de ervaringen van CVA-patiënten. We hebben deze gegevens dan ook niet meegenomen in de analyse van dit project. Wel zijn de tabellen met resultaten opgenomen in de bijlagen.

Projectgroep en klankbordgroep

De projectgroep heeft 7 maal vergaderd en de klankbordgroep 3 maal.

2. Achtergrondstudie

Om CVA zorgnetwerken vanuit een breder perspectief te kunnen beschouwen is een achtergrondstudie uitgevoerd naar de inhoudelijke en organisatorische context waarin CVA zorgnetwerken functioneren. Er is een achtergrondstudie uitgevoerd naar Netwerk in de gezondheidszorg – conceptanalyse [16], een achtergrondstudie naar Eerstelijns zorg voor CVA patiënten in de chronische fase in regio Leiden [17] en een achtergrondstudie naar de problemen rondom de inhoud en organisatie van eerstelijns CVA zorg in de chronische fase in Nederland. In dit hoofdstuk vatten we deze studie samen. In bijlage 3 zijn tabellen opgenomen met een overzicht van relevante informatie over ‘samenwerking in de zorg’ en ‘CVA-zorg in de chronische fase’.

2.1 Netwerk in de gezondheidszorg

Met behulp van de methode van Rodgers is een zogenaamde conceptanalyse uitgevoerd. Er is literatuur gezocht met behulp van LUCAS (The Library's Uniform and Central Access to Sources) en door middel van de sneeuwbalmethode en ‘berry-picking’. De zoektermen ‘network’, ‘organization’, ‘healthcare’, ‘definition’, ‘integrated care’ en ‘interprofessional’ zijn ingevoerd. Na het screenen van de titel, samenvatting en referenties uit de zoekresultaten van LUCAS bleken 11 artikelen geschikt voor deze analyse.

Het concept ‘netwerk’ wordt in de literatuur gezien als een groep van drie of meer autonome organisaties die samenwerken om een gezamenlijk doel te behalen. In de context van de gezondheidszorg zijn de kenmerken van een netwerk: interprofessionele samenwerking op basis van vertrouwen en wederkerigheid; gezamenlijke doelstelling; patiënt staat centraal en kan lid zijn van het netwerk.

Er is overeenstemming in de literatuur wat betreft de kenmerken van het concept netwerk. Het concept in context van de gezondheidszorg is onderscheidend ten opzichte van andere contexten doordat de patiënt specifiek wordt benoemd als lid van het netwerk. In de diverse settings wordt verschillend invulling gegeven aan de organisatievorm van het netwerk. De consequenties van het concept worden geformuleerd op proces- en productniveau.

2.2 Samenwerking in de regio

In een achtergrondstudie naar samenwerking in de regio is inzicht verkregen in de inhoud en organisatie van de CVA zorg in de chronische fase in de eerstelijns zorg, specifiek ten behoeve van de opzet van een succesvol netwerk de regio van het Rijnlands Revalidatie Centrum (RRC). Deze literatuurschik is gericht op identificatie van problemen rondom inhoud en organisatie van CVA zorg in de chronische fase in termen van (a) gedrag van patiënten en zorgprofessionals en (b) determinanten van gedrag. Een veldonderzoek tevens gericht op (a) en (b) en gericht op analyse van (c) de huidige CVA zorg in de chronische fase en (d) wensen omtrent verbetering. De literatuurschik heeft 29 bronnen opgeleverd. Vervolgens heeft een veldonderzoek plaatsgevonden waarbij in totaal 14 stakeholders van en rond het RRC zijn geraadpleegd.

Bevindingen in literatuur en veldonderzoek komen overeen. CVA-patiënten vragen door neuropsychologische problemen niet zelfstandig om hulp. Door onduidelijkheid in rol- en taakopvatting en door onvoldoende CVA-specifieke kennis van zorgprofessionals is monitoring op achteruitgang van functioneren niet gewaarborgd. Passende zorg in de chronische fase is niet altijd beschikbaar of bereikbaar. Samenwerking en afstemming zijn lastig door financieringsschotten en ontoereikende ICT

systemen.

Afstemming van inhoud en organisatie van CVA-zorg in de chronische fase kan verbeteren door het verbeteren van de samenwerking tussen het RRC en eerstelijns zorgprofessionals. Zorgprofessionals zullen specifiek geschoold moeten zijn en samenwerking zal moeten plaatsvinden op basis van vertrouwen en wederkerigheid en gezamenlijke doelstellingen. Een vervolg op dit project moet gericht zijn op een analyse van best-evidence vormen van samenwerking en een analyse van de passendheid van dergelijke vormen in de context van regio Leiden. Er moet aandacht zijn voor implementatie- en communicatiemanagement.

2.3 Samenwerken in de zorg en (CVA) zorg in de chronische fase

Er is een literatuursearch gedaan naar samenwerking in de zorg en eerstelijns CVA-zorg in de chronische fase. Gestart is met een deskresearch en een literatuuridentificatie. Er is literatuur geraadpleegd via 'Google (Scholar)', Restore4stroke.nl en binnen (eigen) beschikbare bronnen. Vervolgens is systematisch gezocht in de databank LUCAS, waarbij twee globale en twee specifiekere zoekstrings zijn gehanteerd. Literatuur is geselecteerd aan de hand van 'berry-picking' en door middel van de 'sneeuwbalmethode'. De volgende inclusiecriteria zijn gehanteerd bij het verzamelen van de literatuur: (a) beschikbaarheid fulltext; (b) relevantie in kader van de doel- en vraagstelling; (c) Engelstalig en Nederlandstalig. Voor de selectie aan de hand van het inclusie criterium 'relevantie' is door screening van titel en abstract beoordeeld of de bron voldeed aan het inclusie criterium: (a) chronische CVA patiënt, in combinatie met één of meerdere inclusiecriteria: (b) (eerstelijns) zorg in de chronische fase; (c) ervaringen van zorgprofessionals; (d) patiëntervaringen; (e) gedrag en determinanten; (f) kwaliteit van leven; (g) kwaliteit van zorg; (h) kosteneffectiviteit. Bronnen primair gerelateerd aan interventies omtrent CVA zorg in de chronische fase zijn geëxcludeerd, omdat dit project focust op de fase van probleemanalyse. Het raadplegen van de verschillende databanken leverde een groot scala zoekresultaten op. Uiteindelijk zijn 28 bronnen gehanteerd voor het extraheren van informatie [3, 14, 16-41].

Er is sprake van matige samenhang van organisatie en inhoud van de CVA-zorg in de chronische fase in de eerste lijn, als gevolg van onvoldoende samenwerking tussen de tweede en de eerstelijns zorgprofessionals. Bij het verbeteren van de samenwerking zal aandacht moeten uitgaan naar de 'zachte' factoren van samenwerken. Daarnaast zal aandacht moeten uitgaan naar het maken van afspraken over passende inhoud en organisatie van de CVA-zorg in de chronische fase. Kennis delen en kennis ontwikkelen behoren tot de wensen van de stakeholders. Interprofessionele samenwerking in de zorg moet plaatsvinden op basis van vertrouwen, wederkerigheid en gezamenlijke doelstellingen.

Op veel plaatsen in Nederland is de zorg voor CVA-patiënten al goed georganiseerd in een zorgketen, waarin meestal ziekenhuis, verpleeghuis, revalidatiecentrum, thuiszorg en huisartsen participeren, gericht op het aanbieden van passende zorg die is georganiseerd rond de patiënt. Over de inhoud en organisatie van de zorg in de chronische fase in de eerste lijn bestaat echter nog geen consensus. Uit de literatuur blijkt dat mensen met CVA in de chronische fase in de eerste lijn veelal niet de zorg krijgen waar zij behoefte aan hebben of die zij nodig hebben. Meer samenhang in de eerstelijns zorg is nodig om een betere afstemming in de zorg te verkrijgen. Samenhang staat zowel voor zorginhoudelijke afstemming rond inhoudelijk primaire processen als voor organisatorische samenwerking .

De zorg in de chronische fase van CVA patiënten gaat in ongeveer 6 maanden na het doormaken van het CVA. In de literatuur bestaat onduidelijkheid over welke factoren van invloed zijn op de vraag of CVA-patiënten wel of geen zorg in de chronische fase krijgen. Verschillende onderzoeken sluiten

hierop aan door te stellen dat een soepel verloop van transitie binnen verschillende zorginstellingen niet vanzelfsprekend is. Het implementeren van multidisciplinaire samenwerkingsrelaties is erg lastig doordat grote organisatorische verschillen bestaan tussen tweede/ derdelijns en eerstelijns zorg. Over het algemeen bestaat binnen de literatuur geen consensus over hoe zorg voor CVA patiënten in de chronische fase in de eerste lijn georganiseerd moet worden. Gesteld wordt dat het organiseren van zorg in zorgketens de zorg verbetert.

De behoeftes en functionele mogelijkheden van een patiënt bij ontslag uit een zorginstelling lijken logische determinanten voor de organisatie van de CVA-zorg in de chronische fase. Bij de begeleiding in de zorg in de chronische fase dient blijvende aandacht uit te gaan naar blijvende beperkingen, zelfmanagement en psychosociale zorg. Echter uit de praktijk blijkt dat de thans geboden CVA-zorg in de chronische fase niet altijd aansluit bij de behoefte van patiënten. CVA-patiënten hebben behoefte aan meer informatie en langdurige begeleiding na ontslag naar huis. Tevens geven patiënten aan later nog over de mogelijkheid te willen beschikken om terug te vallen op zorg in de chronische fase.

Voor de signalering van terugval in fysiek functioneren of psychosociale problemen in de chronische fase is een belangrijke taak voor de eerstelijns zorgprofessionals weggelegd. Determinanten voor deze roluitvoering door zorgprofessionals zijn 'onduidelijkheid rondom rol- en taakopvatting' en 'mate van specifieke kennis omtrent chronische CVA problematiek'.

3. Kenmerken eerstelijns CVA-netwerken

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van de inventarisatie van de eerstelijns CVA-netwerken in Nederland en de kenmerken (proces, de structuur en uitkomsten) van deze netwerken. In bijlage 4 zijn de resultaten van de vragenlijsten onder coördinatoren, netwerkleden en patiënten opgenomen. Tevens is er een overzicht opgesteld van alle netwerken en hun kenmerken middels zogenaamde factsheets. Deze zijn opgenomen in bijlage 5.

3.1 Definitie en identificatie eerstelijns CVA-netwerk

Door middel van een oriënterend literatuuronderzoek, gericht op internationale en nationale literatuur over "models of care" en "care networks", gecombineerd met vaktermen op het gebied van CVA werd allereerst inzicht verkregen in de wijze waarop CVA netwerken kunnen worden gedefinieerd. Op basis hiervan is, in overleg met de projectgroep en klankbordgroep, de volgende definitie voor een eerstelijns CVA-netwerk opgesteld:

“Elk samenwerkingsverband van zorgverleners in de eerste lijn, met formele afspraken over de samenwerking en/of over de inhoud van zorgverlening aan mensen met CVA”.

De volgende toevoegingen zijn van belang bij deze definitie:

- Het betreft hier zorgverleners in de eerste lijn, anders dan de huisarts en/of thuiszorg;
- Het samenwerkingsverband is multidisciplinair of monodisciplinair van opzet,
- Het samenwerkingsverband kan opgezet zijn in combinatie met behandelaren in de tweede lijn en/of met een rol voor CVA-patiëntenverenigingen.

Op basis van deze definitie zijn 15 eerstelijns CVA netwerken geïdentificeerd (aantal leden per netwerk; mediaan 27, range 4-140). De locatie van de netwerken is weergegeven in figuur 1.



Figuur 1. Geïdentificeerde CVA netwerken in Nederland

3.2 Structuur

Onder de structuur van de eerstelijns CVA-netwerken verstaan we het ontstaan van het netwerk, de organisatie van het netwerk (doelstelling, taken en verantwoordelijkheden, samenwerkingsafspraken, etc.) en de competenties die worden gevraagd van de netwerkleden.

3.2.1 Ontstaan netwerk

Van de 15 geïdentificeerde netwerken zijn er 3 zeer recent gestart, in 2016 of 2017. De andere 12 netwerken zijn al langer operationeel, de helft van voor 2010. In meer dan de helft van de netwerken (7) was er eerder al sprake van samenwerking tussen de netwerkleden of tussen de betrokken organisaties.

Initiatief	N=15
Vanuit eerdere projecten	4
Vanuit ketennetwerken	3
Door eerstelijnspraktijken	3
Vanuit ziekenhuis of revalidatiecentrum	2

Tabel 2. Totstandkoming netwerken

De totstandkoming van de netwerken verschilt. Zo zijn er netwerken ontstaan vanuit eerdere projecten, bijvoorbeeld over CVA zorg in de chronische fase, projecten van zorgoptimalisatie Noord-Holland (ZONH) of doorbraakprojecten. Ook zijn er netwerken ontstaan vanuit een initiatief van individuele (fysio)therapeuten, vanuit de behoefte van regionale ziekenhuizen of revalidatiecentra, vanuit de CVA-keten of het CVA kennisnetwerk. Een deel van de netwerken is voortgekomen uit grotere projecten met veel deelnemende organisaties, andere netwerken zijn voortgekomen uit het streven van ziekenhuis of revalidatiecentrum om betere ‘verwijslijsten’ op te stellen en op weer andere plekken zijn een of enkele eerstelijns therapeuten zelf aan de slag zijn gegaan. Kortom netwerken komen tot stand vanuit verschillende initiatieven en initiatiefnemers en verschillen in complexiteit van de opzet.

De grootte van de adherentiegebieden van de netwerken verschilt, soms is dit een stad (en omstreken), zoals in Almere, soms een regio, zoals Zuid Oost Brabant, en soms een provincie zoals in Drenthe. In een enkel netwerk is het adherentiegebied gekoppeld aan dat van een ziekenhuis.

3.2.2 Organisatie

Structuur kenmerken	N=15
Aantal leden, mediaan (range)*	27 (4-140)
* in 1 netwerk wisselend aantal	
Samenstelling netwerk	
Multidisciplinair	12
Monodisciplinair	3
Professionals	
Fysiotherapeuten	15
Logopedisten	12
Ergotherapeuten	11
Psychologen	8
Verpleegkundigen	7
Maatschappelijk werkers	5
Artsen (huisartsen en medisch specialisten)	5
Diëtisten	5

Tabel 3. Samenstelling netwerken

Van de 15 eerstelijns CVA-netwerken zijn er 12 multidisciplinair van opzet en bestaan er 3 uit alleen fysiotherapeuten. De multidisciplinaire netwerken hebben naast fysiotherapeuten ook vaak ergotherapeuten (in 12 netwerken) en/of logopedisten (in 11 netwerken) als leden. In iets mindere mate nemen deel psychologen (in 8 netwerken), verpleegkundigen (in 7 netwerken), maatschappelijk werkers, artsen en diëtisten (allen in 5 netwerken). Drie netwerken richten zich niet alleen op CVA maar op neurologie in bredere zin.

De coördinator is gevraagd of er een gemeenschappelijke visie is op de behandeling van CVA-patiënten. Een meerderheid van de netwerken heeft een dergelijke visie geformuleerd (zie enkele voorbeelden in het kader).

"Ketenzorg verbetert de kwaliteit en doelmatigheid van zorg rondom de CVA-patiënt. De samenwerkende disciplines hebben als gezamenlijke ambitie het verlenen van snellere, meer effectieve, veiliger, meer efficiënte en meer patiëntgerichte zorg aan de CVA-patiënt en zijn omgeving".

"Het netwerk staat voor CVA patiënten en diens naasten door samen te streven naar optimale gezondheidswinst en kwaliteit van leven, in alle fasen van het leven van de patiënt en diens netwerk. Door: te zorgen dat zij behandeling en zorg krijgen van zorgverleners die kennis hebben van de specifieke problematiek bij CVA patiënten. Deze zorg wordt dichtbij huis of thuis verleend."

"Uitgangspunt en vertrekpunt voor de visie van de CVA zorgketen is een nieuw dynamisch concept van gezondheid van Huber(2012) "Gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven"

Doelstellingen	N=15
Kwaliteit van zorg verbeteren	7
Implementeren en effect vastleggen (evidence-based, richtlijnen, zorgpad)	5
Specifieke deskundigheid	6
Communicatie verbeteren	5
Samenwerking verbeteren	5
Informatie en kennis uitwisselen	4
Organisatie van zorg verbeteren	4
Doelmatiger zorg	3
Zorg dichtbij huis	3
Zorg op maat	2
Uniforme behandeling	2
Onderbehandeling voorkomen	2
Herkenbaarheid	1

Tabel 4. Doelstelling netwerken

De doelstellingen van de 15 netwerken richten zich op kwaliteit, afstemming, doelmatigheid en herkenbaarheid. Zo worden als doelstellingen kwaliteitsaspecten genoemd als het toepassen van landelijke kaders en richtlijnen, het leveren van kwalitatief goede, evidence-based zorg, het realiseren van behandeling van CVA-patiënten door daarvoor specifiek geschoolde therapeuten en het uniform werken in de keten. Men werkt daarvoor aan kennisuitwisseling, deskundigheidsbevordering en doet aan intervisie. Om goede afstemming in de keten te realiseren werken netwerken aan goede, korte communicatielijnen tussen deelnemers en samenwerking in de keten. De behoefte van de individuele patiënt staat in de netwerken centraal en men tracht onderbehandeling te voorkomen.

Organisatie	N=15
Taken en verantwoordelijkheden van netwerkleden zijn beschreven	8
Formele organisatiestructuur (vereniging, samenwerkingsverband, stuurgroep)	6
Er zijn statuten en/of is er een reglement	2

Tabel 5. Structuur netwerken

De formele structuur van de netwerken verschilt. Zes netwerken hebben een formele organisatiestructuur en vormen een vereniging of samenwerkingsverband of worden aangestuurd door een stuurgroep of als een werkgroep van een groter verband. Twee van deze netwerken hebben een statuut en/of reglement. Bij de andere netwerken is de samenwerkingsstructuur niet formeel vastgelegd maar gebaseerd op gemaakte afspraken, vormgegeven door contactpersonen of door periodiek overleg tussen de leden. Taken en verantwoordelijkheden van de netwerkleden zijn in 8 netwerken beschreven.

Een derde van de netwerken bestaat alleen uit eerstelijns organisaties/leden; er zijn geen andere organisaties direct verbonden aan het netwerk. Bij de andere tien zijn ketencoördinatoren betrokken (10x), patiëntenverenigingen (8x), huisartsen (7x) en/of patiëntenverenigingen (8x).

Lokale samenwerkingspartners	N=15
Tweede lijn	14
CVA Keten coördinator	10
Patiëntenvereniging	8
Huisarts	7
Beroepsvereniging	1

Tabel 6. Samenwerking met lokale partners

Vrijwel alle netwerken (14 van de 15) hebben afspraken met de tweede lijn. Deze afspraken hebben betrekking op aanmelding van CVA-patiënten, doorverwijzing, toepassing van richtlijnen, behandeltermijnen, intervisie en prestatie indicatoren. De afspraken zijn niet bij alle netwerken schriftelijk vastgelegd.

De financiering in de netwerken is op verschillende wijze vormgegeven, zo blijkt uit de antwoorden van de coördinatoren. 8 netwerken worden (mede) gefinancierd door een bijdrage van de netwerkleden, 5 netwerken ontvangen gelden van aangesloten centra, ziekenhuizen of intramurale partners, 1 netwerk geeft aan dat zij door de zorgverzekeraar gefinancierd wordt en 1 netwerk geeft aan dat zij niet gefinancierd wordt.

3.2.3 Competenties

In vrijwel alle netwerken worden eisen gesteld aan de netwerkleden. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen eisen voor toelating tot het netwerk en eisen voor continuering van het lidmaatschap.

Toelatingseisen	N=15
Scholingseisen	12
Minimum aantal CVA-patiënten	11
Registraties (lidmaatschappen beroepsgroepen, BIG-registraties)	6
Geen toelatingseisen	1
Criteria voor continuering	
Deelname aan netwerkbijeenkomsten	10
Scholingseisen	7
Minimum aantal CVA-patiënten	5
Registraties (lidmaatschappen beroepsgroepen, BIG-registraties)	3

Tabel 7. Eisen aan netwerkleden

De mate waarin toelatings- en continueringseisen worden gesteld, geoperationaliseerd en beschreven verschilt per netwerk. Als netwerken eisen stellen ten aanzien van een minimum aantal CVA-patiënten dan is het minimum aantal wisselend per beroepsgroep of varieert dit aantal van 5 tot 14 patiënten per jaar. Wat betreft de vereiste registraties wordt door coördinatoren verwezen naar de richtlijnen en kwaliteitsregisters van de beroepsgroepen. (na)Scholingseisen die netwerken aan hun leden stellen verschillen per beroepsgroep, waarbij wordt verwezen naar de richtlijn van de beroepsgroep en naar verschillende scholingen op het gebied van NAH, opleiding neurorevalidatie en de door netwerken zelf aangeboden basisscholing NAH. Een deel van de netwerkcoördinatoren benoemt aanvullende eisen, bijvoorbeeld het onderschrijven van een convenant, financiële bijdrage, 'interesse, motivatie en passie', bereidheid samen te werken en ligging van de praktijk (spreiding). Voor continuering van het lidmaatschap worden, behalve bovengenoemde eisen, door verschillende netwerken ook de aanwezigheid bij netwerkbijeenkomsten en/of refereeravonden als eis gesteld.

3.3 Proces

Onder het proces van de eerstelijns CVA-netwerken verstaan we de afspraken over de kwaliteit van de behandeling, de borging van de kwaliteit, de competenties van de netwerkleden, communicatie over patiënten en de organisatie van en deelname aan netwerkbijeenkomsten.

3.3.1 Kwaliteit van de behandeling

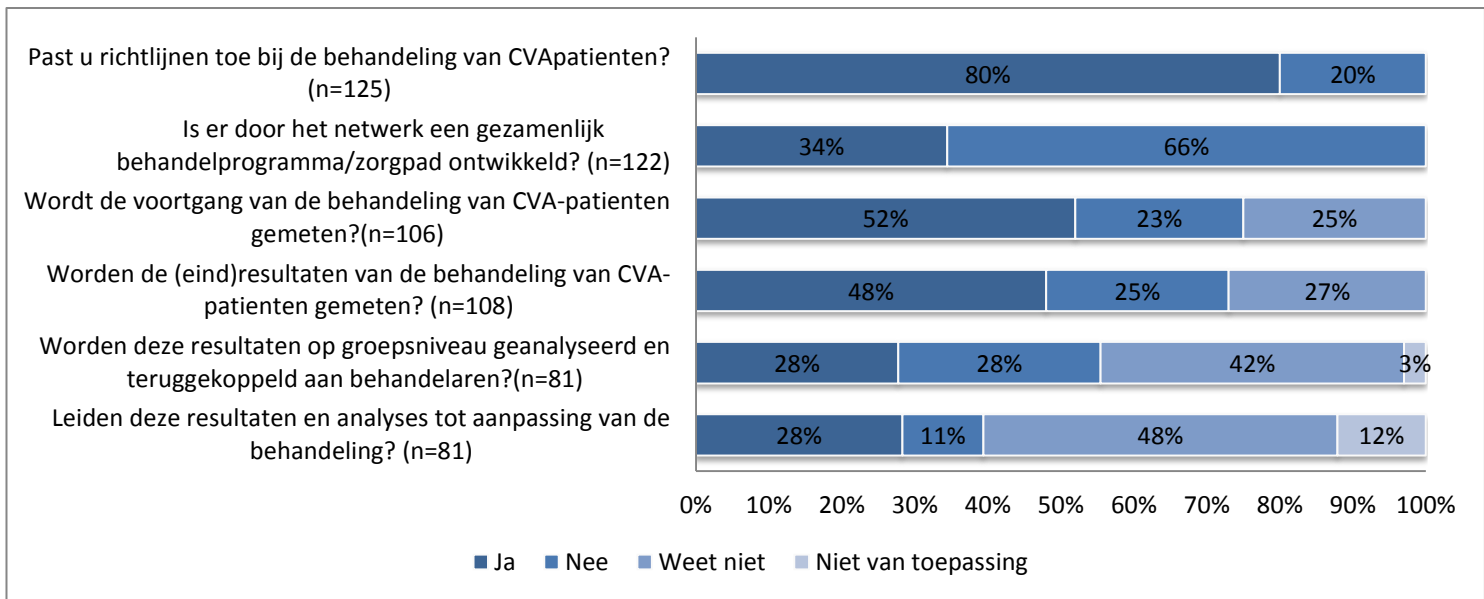
Bij een meerderheid van de netwerken zijn enkele belangrijke kwaliteitsaspecten uitgewerkt zoals het uitwisselen van patiëntgegevens, een gemeenschappelijk behandelprogramma en het structureel en uniform meten van de resultaten.

Kwaliteitsaspecten	N=15
Doelen gesteld	13
Doelen geëvalueerd en bijgesteld	13
Uitwisseling van patiëntgegevens	12
Een gemeenschappelijk behandelprogramma voor CVA-patiënten	9
Uniform meten van resultaten van de behandeling	7
Casemanagement voor CVA-patiënten	6
Een gezamenlijk patiëntendossier	1

Tabel 8. Kwaliteit van de behandeling

Desgevraagd zeggen 5 coördinatoren dat er binnen het netwerk gewerkt wordt volgens de principes van Evidence Based Practice, namelijk volgens (landelijke en/of beroepsgerichte) richtlijnen. Eveneens 5 coördinatoren geven aan dat (deels) volgens EBP principes wordt gewerkt, maar expliciteren dit in hun antwoord niet. Twee coördinatoren geven aan dat (nog) niet expliciet volgens EBP principes wordt gewerkt of dat voor hen niet duidelijk is of dit gebeurt. Coördinatoren noemen bij deze vraag verder de deelname aan het knowledge broker netwerk, het delen van best practices en experience-based werken.

Figuur 2 geeft de antwoorden weer van de netwerkleden op de vragen over kwaliteit van zorg.



Figuur 2. Kwaliteit van zorg volgens netwerkleden

De richtlijnen worden door de meeste behandelaren gevolgd (niet voor elke disciplines zijn richtlijnen beschikbaar). Iets meer dan een derde van de responderende netwerkleden is bekend met het gezamenlijk ontwikkeld behandelprogramma. Desgevraagd geeft ongeveer de helft van hen aan dat de voortgang en het eindresultaat van de behandeling van CVA-patiënten wordt gemeten. Een kwart van de netwerkleden geeft aan dat resultaten worden geanalyseerd, teruggekoppeld en leiden tot aanpassingen van de behandeling. Opvallend is dat hoe verder ingezoomd wordt op de cyclus van ‘behandelprogramma opstellen – meten - evalueren - bijstellen van de behandeling’, hoe minder netwerkleden op de vragen een antwoord (kunnen) geven.

3.3.2 Borging van kwaliteit

Desgevraagd geven coördinatoren aan dat ze om de kwaliteit van het netwerk te waarborgen scholing organiseren (3 x genoemd), aanwezigheid bij bijeenkomsten verplicht stellen (3 x genoemd), structureel gebruik laten maken van zelfevaluatie (3 x genoemd) en multidisciplinair overleg organiseren (2 x genoemd). Instrumenten om de kwaliteit te waarborgen die eenmaal worden genoemd zijn kwaliteitseisen, registratie, casuïstiekbespreking, symposium, kwaliteitssysteem, spiegelgesprekken, visitatie, een commissie kwaliteit. Vijf van de 14 netwerken noemt geen specifieke waarborgen voor kwaliteit.

Alle coördinatoren geven aan dat er bijeenkomsten voor het netwerk worden georganiseerd. Het uitwisselen van vakinhoudelijke informatie over CVA vindt plaats op netwerkbijeenkomsten (6 x genoemd), (transmuraal) ketenoverleg (4 x genoemd), werkgroep- of netwerkvergaderingen (4 x genoemd), scholing, multidisciplinair overleg (beide 2 x genoemd) of intervisie (1 x genoemd).

3.3.3 Individuele kwaliteit netwerkleden

Werkervaring en scholing		
Langer dan 5 jaar werkzaam met CVA-patiënten	102/123	83%
Langer dan 10 jaar werkzaam met CVA-patiënten	27/123	22%
Volgt 1 of meer keer per jaar nascholing met betrekking tot CVA	60/126	48%
Afgelopen 5 jaar symposium of congres gevolgd m.b.t. CVA	89/125	71%
Aan 1 of meer netwerkbijeenkomsten deelgenomen afgelopen jaar	87/97	90%
Deelname aan intervisiegroepen	37/101	37%
Meer dan 5 CVA-patiënten behandeld afgelopen jaar	71/91	78%
Meer dan 10 CVA-patiënten behandeld afgelopen jaar	43/91	47%

Tabel 9. Werkervaring en scholing netwerkleden

De 139 responderende netwerkleden zijn gemiddeld 18,1 jaar werkzaam binnen hun discipline. Zij rapporteren gemiddeld 16,1 jaar met CVA patiënten te werken. Bijna de helft van hen volgde het afgelopen jaar een of meer keer (na)scholing rond CVA en bijna alle netwerkleden namen deel aan netwerkbijeenkomsten het afgelopen jaar.

Van de netwerkleden die deelnemen aan intervisiegroepen geven 19 leden (51%) aan dat dit mono-disciplinaire intervisiegroepen zijn, 6 leden (16%) geven aan dat zij enkel multidisciplinaire intervisiegroepen volgen en 12 leden (32%) geven aan zowel mono- als multidisciplinaire intervisiegroepen te volgen. Van degenen die geen intervisie volgen geven 57 leden (89%) aan dat er geen intervisiegroepen zijn.

3.3.4 Afspraken over patiëntenzorg

De meeste communicatie over (de zorg voor) patiënten vindt volgens de responderende netwerkleden plaats via e-mail (48%), persoonlijk contact (45%), telefonisch (44%), via teambesprekingen (32%) of schriftelijk (24%). In veel mindere mate vindt communicatie plaats via fax (6%) of een gezamenlijk elektronisch patiënten dossier(4%).

3.3.5 Netwerkbijeenkomsten

In 14 van de 15 netwerken worden netwerkbijeenkomsten georganiseerd. De frequentie van deze bijeenkomsten is één keer per jaar (4 x), twee keer per jaar (3 x), drie of vier keer per jaar (5 x). Bij enkele netwerken is de frequentie van deze bijeenkomst minder dan één keer per jaar. De netwerkbijeenkomsten zijn bij 4 netwerken verplicht en worden derhalve goed bezocht. Bij 7 andere netwerken worden de netwerken eveneens goed bezocht, maar zijn deze niet verplicht. Bij 2 netwerken is de opkomst wisselend of matig. De onderwerpen die tijdens de netwerkbijeenkomsten aan de orde komen wisselen per netwerk en per soort bijeenkomst. Genoemd worden zowel organisatorisch onderwerpen (5 x) als inhoudelijke onderwerpen (5 x). Daarnaast wordt ook scholing (2 x) en casuïstiek of multidisciplinair overleg genoemd (2 x).

3.4 Uitkomsten

In deze paragraaf beschrijven we wat de uitkomsten van het netwerk zijn voor de netwerkleden, wat het netwerk hen oplevert in doorverwezen patiënten en wat de tevredenheid is van netwerkleden over het netwerk.

3.4.1 Doorverwijzing

De toegevoegde waarde van een multidisciplinair eerstelijns CVA-netwerk kan zijn de mogelijkheid om patiënten door te verwijzen naar andere disciplines.

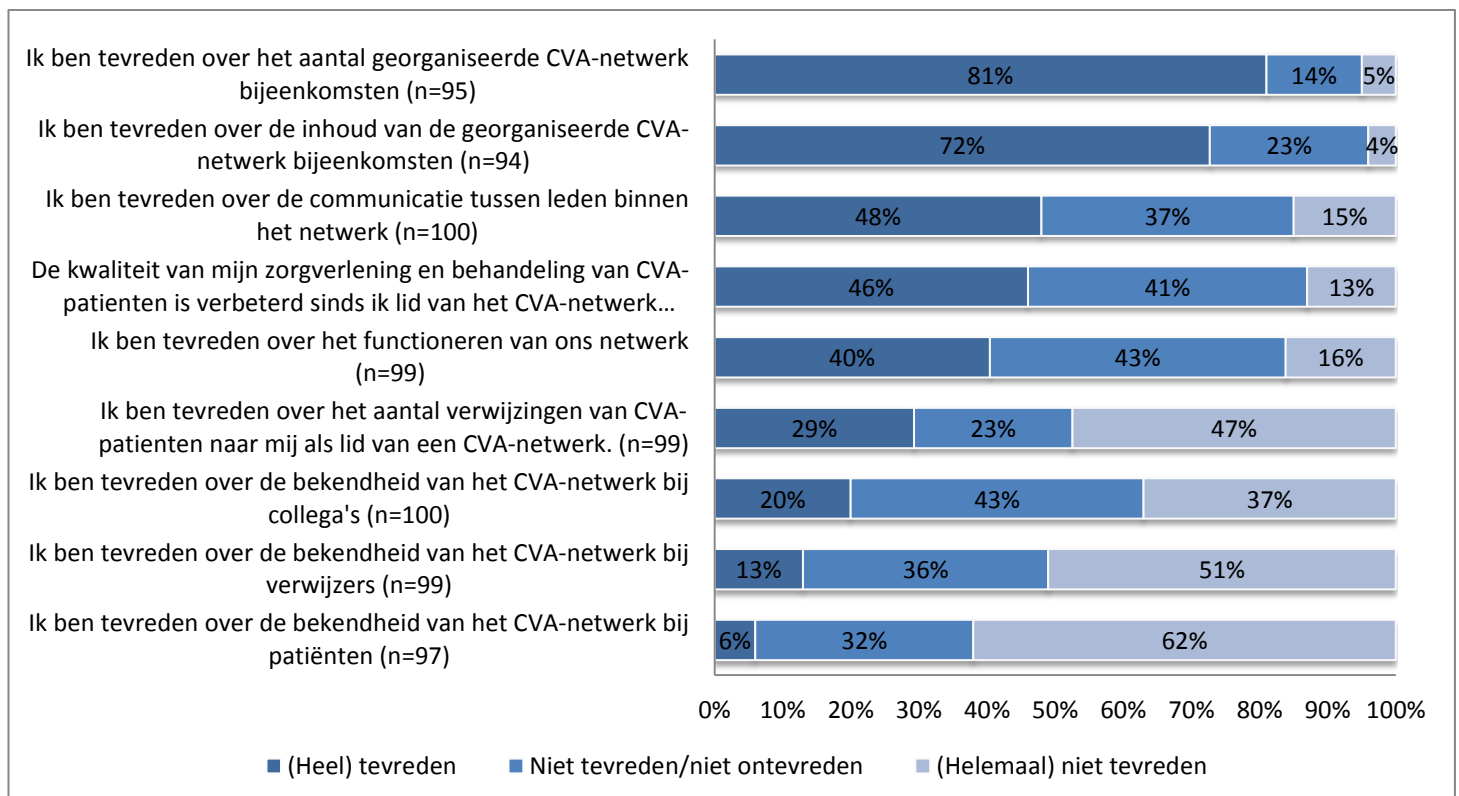
	0	1	2-5	6-10	>10	onbe- kend
Hoeveel CVA patiënten heeft u naar schatting de afgelopen 12 maanden doorverwezen naar andere disciplines binnen het netwerk? (n=79)	35%	11%	32%	8%	10%	3%
Hoeveel CVA patiënten heeft u naar schatting de afgelopen 12 maanden doorverwezen naar andere disciplines buiten het netwerk? (n=69)	42%	14%	22%	9%	12%	1%

Tabel 10. Doorverwijzing van patiënten

Van de netwerkleden die deze vraag beantwoordden geeft bijna tweederde aan patiënten te verwijzen binnen het netwerk. Het gaat daarbij in de meeste gevallen om 2 tot 5 patiënten per netwerklid. 58% van de netwerkleden geeft aan de afgelopen 12 maanden door te hebben verwezen naar andere disciplines buiten het netwerk.

3.4.2 Tevredenheid netwerkleden

In onderstaande grafieken zijn de antwoorden van de netwerkleden op de vragen over de tevredenheid weergegeven. Hieruit blijkt dat netwerkleden zeer tevreden zijn over de netwerkbijeenkomsten. Beduidend minder tevreden is men over de bekendheid van het netwerk bij collega's, patiënten en verwijzers.



Figuur 3. Tevredenheid netwerkleden

De responderende netwerkleden zijn in het algemeen tevreden over het aantal en de inhoud van de netwerkbijeenkomsten. Bijna de helft van de responderende netwerkleden is tevreden over de communicatie binnen het netwerk en een vergelijkbaar deel is van mening dat de kwaliteit van de zorgverlening is verbeterd sinds men deel uitmaakt van het CVA netwerk. Minder tevreden zijn de netwerkleden over de bekendheid van het CVA- netwerk bij collega's, verwijzers en zeker ook bij patiënten.

3.5 Belemmerende en bevorderende factoren

Aan netwerkcoördinatoren en netwerkleden is gevraagd welke factoren zij als bevorderend dan wel als belemmerend ervaren voor het functioneren van het eerstelijns CVA-netwerk.

De coördinatoren noemen een gebrek aan tijd en geld het vaakst als belemmerende factor. Verder wordt aangegeven dat het behalen van een minimum aantal behandelde patiënten niet altijd te garanderen is. Eén van de netwerkcoördinatoren benoemt dat er grote verschillen zijn in de organisatie in stedelijke en niet-stedelijke gebieden.

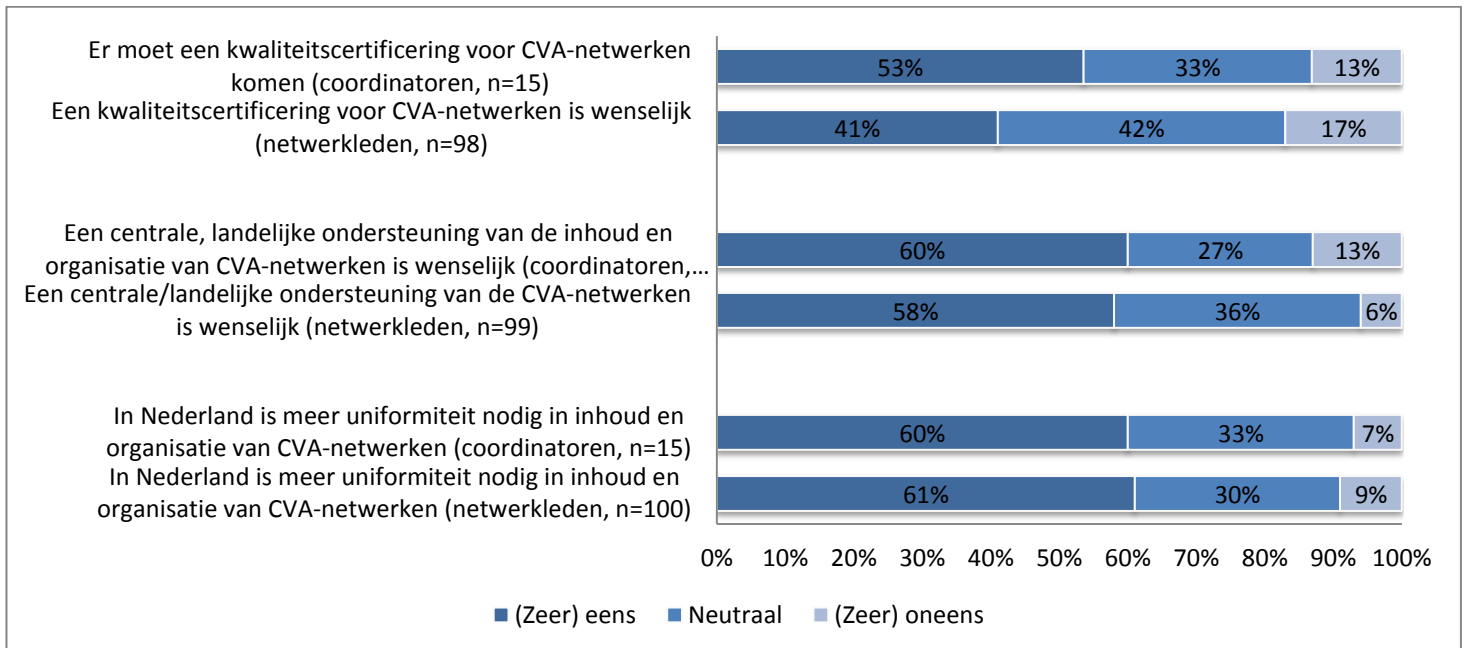
Als belangrijke bevorderende factor worden de 'korte lijnen' genoemd. Men ervaart vertrouwen, betrokkenheid en kent elkaar persoonlijk. Daarnaast wordt de 'bottom-up' totstandkoming en organisatie van de netwerken als succesfactor genoemd.

De responderende netwerkleden noemen eveneens een gebrek aan tijd en het ontbreken van een vergoeding voor netwerkactiviteiten als belemmerende factor. Ze doen veel in eigen onbetaalde tijd. De doorverwijzing van patiënten naar een netwerk is daarbij niet vanzelfsprekend. Daarbij geven netwerkleden aan dat wanneer er wordt samengewerkt met de tweede lijn, er veelal een verschil in visie is. Bestaande structuren worden veelal ervaren als moeilijk te doorbreken. Netwerkleden geven verder aan dat het gestelde aantal te behandelen patiënten (behandelindex) niet altijd haalbaar. Tot slot wordt aangegeven dat de grootte van een netwerk ervoor kan zorgen dat netwerkleden langs elkaar heen (kunnen) leven. Ook noemt een enkeling het risico van verdienmodel; leden denken in eigen belang (meer patiënten en dus gelden) en niet in belang van de patiënt.

Door netwerkleden genoemde succesfactoren hebben met name betrekking op korte lijnen; elkaar kennen en weten te vinden. Ook wordt aangegeven dat men van elkaar leert binnen het netwerk en zijn/haar eigen expertise versterkt en ontwikkelt. Het uitwisselen van kennis en ervaring wordt hierbij als een bevorderende factor genoemd. Netwerkleden geven aan te ervaren dat zij hierdoor kwalitatief betere zorg verlenen. Het feit dat netwerkleden op de hoogte zijn van elkaars expertise wordt bevorderd door een goede communicatie en onderlinge afstemming. Ook wordt het werken binnen een multidisciplinair netwerk, boven een monodisciplinair netwerk, ervaren als een succesfactor.

3.6 Toekomstperspectief

Zowel aan coördinatoren als aan netwerkleden is gevraagd welke behoefte zij hebben wat betreft landelijke ondersteuning en uniformiteit.



Figuur 4. Toekomstperspectief coördinatoren en netwerkleden

Een kwaliteitscertificering is noodzakelijk volgens meer dan de helft van de coördinatoren en volgens 41% van de responderende netwerkleden. Ongeveer 60% van zowel netwerkleden als coördinatoren heeft behoefte aan een centrale, landelijke ondersteuning van de CVA-netwerken en aan meer uniformiteit in inhoud en organisatie van de CVA-netwerken. Een klein deel van de respondenten, variërend van 6% tot 17% is van mening dat er meer uniformiteit, centrale ondersteuning of kwaliteitscertificering niet nodig is.

4. Aandachtspunten vanuit invitational conference

Om tot breed gedragen aanbevelingen te komen op basis van de resultaten van de inventarisatie is een invitational conference voor stakeholders georganiseerd. De meer dan 50 deelnemers aan deze conferentie vertegenwoordigden patiënten ('onderzoekspartners'), (eerstelijns) behandelaren van CVA-patiënten, CVA netwerkcoördinatoren, patiëntenverenigingen (hersenletsel.nl, hersenstichting), beroepsverenigingen (KNGF), specialistenverenigingen (VRA, NVN, NHG), landelijke organisaties (Kennisnetwerk CVA), onderzoeks- en zorg instellingen op het gebied van CVA, verzekeraars, ZonMW en SKMS.

Uit het literatuuronderzoek en de inventarisatie van kenmerken van eerstelijns CVA-netwerken zijn vier aandachtspunten over het functioneren van deze netwerken geformuleerd:

- Kwaliteit van het netwerk
- Individuele kwaliteit
- Communicatie en samenwerking
- Financiering, sturing en uniformering

Deze onderwerpen hebben centraal gestaan in de discussie tijdens de conferentie. In onderstaande paragrafen doen we verslag van deze discussie en de aanbevelingen die zijn geformuleerd. In bijlage 6 zijn de resultaten van de invitational conference samengevat.

4.1 Kwaliteit van het netwerk

Een eerstelijns CVA-netwerk kan monodisciplinair of multidisciplinair georganiseerd zijn. Een netwerk leidt tot vergroting van kennis over de doelgroep en behandeling en daarmee tot betere kwaliteit van zorg voor CVA-patiënten. Een belangrijke doelstelling van de netwerken is het signaleren van (andere) problematiek, het elkaar weten te vinden en elkaar kennen en interne doorverwijzing. Multidisciplinaire eerstelijns CVA-netwerken sluiten beter aan bij deze doelstellingen dan monodisciplinaire netwerken. De kwaliteit van het netwerk hangt nauw samen met het betrekken van alle netwerkleden. Om leden te betrekken en om bijvoorbeeld goede doorverwijzing mogelijk te maken dient het netwerk niet te omvangrijk te zijn. Een gezamenlijk behandelprogramma om de zorg voor de patiënt optimaal af te stemmen op de wensen en behoeften, gezamenlijke meetinstrumenten en een casemanager bevorderen de kwaliteit van zorg. Er is een uitgesproken wens voor (multidisciplinair) overleg, met passende financiering. Periodieke netwerkbijeenkomsten worden genoemd als voorwaarde om het lidmaatschap te continueren. Verantwoordelijkheden moeten belegd worden bij een netwerkcoördinator.

Op basis van de discussie zijn tijdens de invitational conference de volgende aanbevelingen geformuleerd:

- Een multidisciplinair samengesteld netwerk heeft de voorkeur boven een monodisciplinair netwerk.
- Voor doorverwijzing en optimale samenwerking is elkaar kennen een pré, in een te groot netwerk is dit niet mogelijk.
- Netwerkbijeenkomsten vormen een essentieel onderdeel en zijn een belangrijk instrument van kennisdelen.

- Verantwoordelijkheid voor (de organisatie en activiteiten van) het netwerk moeten belegd zijn bij een coördinator.
- Het werken vanuit een zelfde behandelvisie, behandelprogramma en met dezelfde meetinstrumenten bevordert de kwaliteit van zorg.
- Casemanagement in een multidisciplinair netwerk bevordert de kwaliteit van zorg.

4.2 Individuele kwaliteit netwerkliden

Aan deelnemers van het netwerk kunnen toelatings- en continueringscriteria worden gesteld, zoals specifieke scholing, aantal jaar ervaring en aantal te behandelen patiënten per jaar. Gesuggereerd wordt dat een lid wellicht niet aan alle eisen hoeft te voldoen, maar aan een bepaald aantal kerneisen, bijvoorbeeld vier van de zes. Voor de toelating acht men het belangrijk dat een netwerk lid basiskennis over CVA heeft en affiniteit heeft met deze doelgroep. De basiskennis kan worden verkregen door het verplicht stellen van een specifieke CVA basisscholing bij deelname. Het delen en uitwisselen van kennis wordt als belangrijkste eis aangedragen; de bereidheid om kennis te delen. Een middel om kennis te delen is het bijwonen van netwerkbijeenkomsten, wat als verplicht continueringscriteria wordt voorgesteld. Bovenstaande vergt een goede organisatie wat binnen het netwerk dient te worden gewaarborgd middels het aanstellen van een centrale organisator, de netwerk coördinator. In multidisciplinaire netwerken moet de samenstelling van het netwerk (verschillende disciplines) in ogenschouw worden genomen.

De discussie tijdens de invitational conference leverde de volgende aanbevelingen op.:

Eerstelijns CVA-netwerken moeten minimale eisen stellen aan de netwerkliden bij toelating. Deze kunnen zich richten op eisen aan:

- affiniteit met de doelgroep
- aantal CVA-patiënten per jaar (behandelvolumen)¹
- aantal jaar ervaring met CVA-patiënten
- scholingsniveau (basisscholing)
- beroepsspecifieke registraties

Eerstelijns CVA-netwerken moeten minimale eisen stellen aan deelnemers (netwerkliden) bij continuering. Deze kunnen zich richten op eisen aan:

- aantal CVA-patiënten per jaar (behandelvolumen)
- (na-)scholingsniveau
- (her)registraties
- deelname aan netwerkbijeenkomsten
- deelname aan intervisie vanuit netwerk.

¹ Om te zorgen dat ook jonge of nieuwe behandelaars een kans krijgen aan een netwerk deel te nemen is gesuggereerd dat behandelen onder supervisie hiervoor een mogelijkheid is.

4.3 Communicatie en samenwerking

Om de kwaliteit van zorg voor CVA-patiënten te verbeteren is het volgens de deelnemers aan de conferentie noodzakelijk dat er vastgelegde afspraken zijn met de tweede lijn, bijvoorbeeld over doorverwijzing, inhoud en moment van overdracht. Ook andere partijen uit de eerste lijn moeten betrokken worden bij de netwerken, zoals (kader)huisarts, praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen. Afstemming met de keten wordt als noodzakelijk gezien, bijvoorbeeld in de vorm van gezamenlijke werkconferenties. Signaleringscriteria en verwijzingsindicatoren moeten helder beschreven zijn. Als middelen voor goede doorverwijzing worden genoemd hulpmiddelen (zoals de beslissinghulp, SIGEB en vroeg-signaleringslijst) en deskundigen (zoals een POH'er en casemanager). Een goede zichtbaarheid en bereikbaarheid worden gezien als cruciaal voor het succes van het netwerk. Bekendheid bij verwijzers, maar ook bij patiënten zelf is hierin van essentieel belang.

Het bevorderen van de communicatie met patiënten en tussen zorgverleners onderling worden belangrijke aspecten van zorgnetwerken gevonden. Transmurale netwerkcoördinatoren zouden dit kunnen faciliteren.

Aanbevelingen ten aanzien van communicatie en samenwerking zijn:

- Vastgelegde afspraken (bijvoorbeeld over doorverwijzing, inhoud en moment van overdracht) tussen netwerk-leden en tweede lijn noodzakelijk.
- Betrekken van de keten bij afspraken, evenals (kader)huisarts en praktijkondersteuners.
- Afstemming met de keten noodzakelijk bijvoorbeeld middels werkconferentie.
- Eventueel (centrale) rol transmurale netwerkcoördinator.
- Convenant tussen het ziekenhuis, revalidatiecentrum, verpleeghuis, thuiszorg en eerstelijns CVA-netwerk is zeer wenselijk.

4.4 Financiering, sturing en uniformering

Financiering van de start en continuering van eerstelijns CVA-netwerken is een belangrijk aandachtspunt. Leden kunnen een financiële bijdrage leveren aan het netwerk, maar aanvullende financiering is nodig voor zowel het opstarten als continueren van het netwerk. Deelnemers pleiten verder voor een centrale, landelijke ondersteuning van CVA-netwerken om eenduidigheid in organisatie van de netwerken te bevorderen. Deze centrale ondersteuning zou de ontwikkeling en zichtbaarheid van regionale netwerken, scholing en kwaliteitsborging, uitwisseling van kennis tussen netwerken en netwerkcoördinatoren en beroepsverenigingen en de communicatie met verwijzers en patiënten dienen te faciliteren. Tevens pleiten deelnemers voor een landelijke certificering.

De discussie leidde tot de volgende aanbevelingen:

- Externe financiering is nodig voor de start van een netwerk.
- Structurele (externe) financiering is nodig voor centrale coördinatie.
- Structurele (externe) financiering voor (multidisciplinair) overleg en afstemming is wenselijk.
- Aan leden kan een financiële bijdrage aan het netwerk worden gevraagd.
- Centrale landelijke ondersteuning draagt bij aan eenduidigheid.
- Landelijke certificering van eerstelijns CVA-netwerken is wenselijk.
- Er is behoefte aan een stappenplan voor het opzetten van een eerstelijns CVA-netwerk.

Referenties

1. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. 2016.
<https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/beroerte>
2. Hart- en vaatziekten in Nederland. Cijfers over prevalentie, ziekte en sterfte. Gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek gepubliceerd onder redactie van de 'Werkgroep Cijfers' van de Hartstichting. 2016.
3. de Weerd, L. One year post stroke: A research on quality of life of elderly ischaemic stroke patients. 2014.
4. Ferrarello F, Baccini M, Rinaldi LA, Cavallini MC, Mossello E, Masotti G, Marchionni N, Di Bari M. Efficacy of physiotherapy interventions late after stroke: a meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2011 Feb;82(2):136-43.
5. Arboix A. Cardiovascular risk factors for acute stroke: Risk profiles in the different subtypes of ischemic stroke. *World J Clin Cases*. 2015 May 16;3(5):418-29.
6. Verslag onderzoekspartners RRC, april 2016.
7. Taule T, Strand LI, Skouen JS, Råheim M. Scand Striving for a life worth living: stroke survivors' experiences of home rehabilitation. *J Caring Sci*. 2015 Feb 4.
8. Clark ML, Gropen T Advances in the stroke system of care. *Curr Treat Options Cardiovasc Med*. 2015 Jan;17(1):355.
9. Bosch M, Faber MJ, Cruijsberg J, Voerman GE, Leatherman S, Grol RP, et al. Review article: Effectiveness of patient care teams and the role of clinical expertise and coordination: a literature review. *Med Care Res Rev* 2009;66(6 Suppl):5S-35S.
10. Muijen- Drop JH. Succes- en faalfactoren van een reumanetwerk, wat werkt wel, wat werkt niet? *Nederlands Tijdschrift voor Reumatologie*. 2015 (1): 48-53.
11. Verhoef J, de Vries-van der Zwan HM, Munneke M, Boonman DCG, Bakker M, Oosterveld FGJ, Brandt-Droste SJM, Vliet Vlieland TPM. Deskundigheidsbevordering en netwerkvorming van fysiotherapeuten op het gebied van reumatische aandoeningen: het Fyranet project. *Nederlands Tijdschrift voor Health professionals in de Reumatologie* 2000;3:5-9.
12. Verhoef J, Oosterveld FG, Hoekman R, Munneke M, Boonman DC, Bakker M, Otten W, Rasker JJ, de Vries-Vander Zwan HM, Vliet Vlieland TP. A system of networks and continuing education for physical therapists in rheumatology: a feasibility study. *Int J Integr Care*. 2004;4:e19.
13. Van der Marck MA, Bloem BR, Borm GF, Overeem S, Munneke M, Guttman M. Effectiveness of multidisciplinary care for Parkinson's disease: a randomized, controlled trial. *Mov Disord*. 2013 May;28(5):605-11.
14. Ouwens, M., Bosch, M. & Wensing, M. de. *De 'zachte kanten' van samenwerking in de eerstelijnszorg: wat is er bekend uit onderzoek en wat zijn de kennislacunes?* Nijmegen: IQ Healthcare. 2012.
15. Allison R, Shelling L, Dennett R, Ayers T, Evans PH, Campbell JL. The effectiveness of various models of primary care-based follow-up after stroke: a systematic review. *Prim Health Care Res Dev*. 2011 Jul;12(3):214-22.
16. Kempenaar, M. *Netwerk in de gezondheidszorg – conceptanalyse*. Hogeschool Utrecht, Utrecht. 2015.
17. Kempenaar, M. *Passende eerstelijns zorg voor CVA patiënten in regio Leiden – probleem analyse*. Hogeschool Utrecht, Utrecht. 2016.

18. Klokkerud M, Hagen KB, Kjekken I, Bremander A, Hørslev-Petersen K, Vliet Vlieland TP, Grotle M. Development of a framework identifying domains and elements of importance for arthritis rehabilitation. *J Rehabil Med* 2012;44:406-13.
19. Peter, W.F.H., Giessen, F.J. van der, Ende, C.H.M. van den, Dekker, J., Jong, S. de & Vliet Vlieland, T.P.M.. Zorgnetwerken voor mensen met reumatische aandoeningen in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Reumatologie*, 2016, 3, 51-59.
20. De Bakker, D., Batenburg, R., de Bont, A., Bruijnzeels, J., Maaijen, M., Poortvliet, P., Schepman, S., Tiggelooove, N., Valentijn, P. *Georganiseerd op weg in de eerstelijns. Resultaten van SMOEL- het begeleidend onderzoek van het ZonM-programma 'Op één lijn'*. 2015.
21. Wensing M, van der Eijk M, Koetsenruijter J, Bloem B, Munneke M, Faber M. Connectedness of healthcare professionals involved in the treatment of patients with Parkinson's disease: a social networks study. *Implement Sci* 2011;6:67.
22. Den Brok, W., Triemstra, M., Rademakers, J. *CQ-index CVA: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van zorg na een CVA of beroerte vanuit het patientenperspectief*. Utrecht: Nivel. 2011.
23. Nijmegen Continuity Questionnaire: development and testing of a questionnaire that measures continuity of care. *J Clin Epidemiol*. 2011 Dec;64(12):1391-9.