

De zorg ontketend? in ketens?

Citation for published version (APA):

Pop, P. (2000). *De zorg ontketend? in ketens? Afscheidsrede van Dr. P. Pop*. Universiteit Maastricht. <https://doi.org/10.26481/spe.20000101pp>

Document status and date:

Published: 01/01/2000

DOI:

[10.26481/spe.20000101pp](https://doi.org/10.26481/spe.20000101pp)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

De zorg ontketend? in ketens?

Prof. Dr P. Pop

Inleiding

Transmurale zorg staat in de gezondheidszorg in Nederland volop in de belangstelling. Deze vorm van zorg wordt bepleit door de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (1988, 1992), de Nationale Ziekenhuisraad (1990), de Gezondheidsraad (1991) en de Commissie modernisering curatieve zorg (1994). Het doel van transmurale zorg is tweeledig: vergroten van de doelmatigheid van zorg en het realiseren van zorg op maat.

In de gezondheidszorg zijn de laatste jaren veranderingen aan de orde van de dag. Ideeën, gedachten en plannen die ten grondslag liggen aan deze veranderingen vloeien voort uit een toename van de zorgvraag (meer technische mogelijkheden, vergrijzing van de bevolking), een herschikking van het zorgaanbod (met een doorbraak van de muren tussen eerste en tweede echelon), verandering in het verzekeringsstelsel (grotere verantwoordelijkheid voor de verzekeraar en meer vraag om 'value for money'), een sociaal-economisch en politiek klimaat met aandacht voor de patiënt (zorg op maat) en doelmatigheid van de zorg.

Aan principes van transmurale zorg en managed care ontleende instrumenten zijn bruikbaar om gewenste veranderingen in de zorg gestalte te geven. Barrières op de weg naar aan de eisen van 2000 beantwoordende zorg zijn ruimschoots aanwezig in de zin van samenwerkings- en organisatieproblemen, belangen-tegenstellingen, beperkte deskundigheid, kennis en vaardigheden, tekort aan menskracht en financiering.

Transmurale zorg wordt door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CVZ) gedefinieerd als vormen van zorg die, toegesneden op de behoefte van de patiënt, verleend worden op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen generalistische en specialistische zorgverleners, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden.

De Stichting Ziekenhuisverplaatste Zorg (SZvZ) heeft het model van de brug geïntroduceerd. Vier pijlers vertegenwoordigen de transmurale zorg. Gezamenlijk representeren de pijlers van deze brug een continuüm van zorg, waarbij optimaal gebruik gemaakt wordt van de mogelijkheden van eerste en tweede lijn. De eerste pijler symboliseert door het ziekenhuis geboden specialistisch-verpleegkundige zorg en medisch-specialistische behandeling thuis, waarbij de regiefunctie bij het ziekenhuis ligt. De tweede pijler vertegenwoordigt door het ziekenhuis en de eerste lijn gezamenlijk gegeven zorg, waarbij er sprake is van gemeenschappelijke taken en verantwoordelijkheden. Bij de derde pijler wordt door de eerste lijn verleende zorg ondersteund door het ziekenhuis; de verantwoordelijkheid ligt bij de eerste lijn, terwijl het ziekenhuis een consultatiefunctie heeft. De vierde pijler wordt in het model van de brug gezien als door de eerste lijn geboden zorg en behandeling, waarbij het ziekenhuis slechts een overdrachtsfunctie heeft. In een door Assmann gemodificeerd brugmodel wordt een regionaal zorgnetwerk verbeeld. De eerste lijn vormt één oever, waar het kernproduct extramurale generalistische zorg wordt geleverd.

De eerste lijn levert voor de opbouw van transmurale zorg de 'halfproducten' generalistische zorg en extramurale voorzieningen in de thuisomgeving van de patiënt. Het ziekenhuis vormt de andere oever waar het kernproduct intramurale specialistische zorg geleverd wordt. De tweede lijn levert voor de opbouw van transmurale zorg de 'halfproducten' specialistische zorg en intramurale voorzieningen. In de metafoer van de brug kan transmurale zorg beschouwd worden als de vorm van zorg tussen de twee oevers in. Zorg op maat wordt geleverd door integratie van de genoemde halfproducten. De tuien (kabels) zijn producten van de gezamenlijke zorg door multidisciplinaire teams.

Het brugdek wordt gevormd door een medisch coördinerend centrum (zoals dit functioneert in Amersfoort, Helmond en Maastricht), dat als neutraal instituut in een regionaal zorgnetwerk als primaire doelstelling heeft de kwaliteit van de zorg te optimaliseren door verbetering van de samenwerking en communicatie tussen eerste en tweede lijn. Een centrale pijler in dit model symboliseert de Stuurgroep van het regionale zorgnetwerk. In deze Stuurgroep zijn de diverse belangengroepen en organisaties die een belangrijk aandeel leveren aan het zorgnetwerk (zorgverleners, zorgverzekeraars, overheid en patiëntenorganisaties) vertegenwoordigd.

Voorgeschiedenis

- In 1979 startte op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in Maastricht in het ziekenhuis St Annadal het experiment Diagnostisch Centrum Maastricht (DCM) met als doelstellingen:
 - Bevordering van doeltreffend en doelmatig gebruik van de diagnostische voorzieningen van het ziekenhuis door huisartsen.
 - Verbetering van de samenwerking tussen huisarts en specialist.
- Na een succesvol experiment vond op verzoek van de huisartsen continuering van het DCM plaats in de vorm van de Stichting Diagnostisch Coördinerend Centrum (DCC). Uitbreiding van doelstellingen (onderzoek en onderwijs) en activiteiten vond plaats.
- In 1994 verzocht de Raad van Bestuur (RvB) van het academisch ziekenhuis Maastricht (azM) aan het DCC structurering en uitbouw van transmurale activiteiten op zich te nemen. Een Stuurgroep Transmurale Zorg (STZ), met vertegenwoordiging van de zorgverleners in de regio Heuvelland wordt opgericht met als hoofddoelstelling 'het stimuleren van en mede vorm geven aan projectactiviteiten op het gebied van de transmurale zorg, met name waar deze de patiëntenzorg betreffen'. Het DCC nieuwe stijl kreeg in de loop van 1996 de naam van 'Transmuraal & Diagnostisch Centrum' (T&DC).
- In 1995 werd door de besturen van de drie diagnostische centra (Amersfoort, Helmond en Maastricht) de Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC) opgericht. De federatie stelt zich onder andere ten doel ruimer verbreiding te geven aan de in de bestaande centra ontwikkelde ideeën en activiteiten. Huidige activiteiten van de federatie zijn gericht op het verkrijgen van erkenning van MCC's door de overheid en daarmee op het verkrijgen van een structurele financiering. Voorts is het streven de MCC's te laten fungeren als uitvoerend orgaan voor de coördinatie van een regionaal zorgnetwerk.

Doelstellingen en activiteiten

De doelstellingen van het T&DC kunnen als volgt worden verwoord:

- Doelstelling 1: Het verzorgen en analyseren van door de huisarts in het ziekenhuis aangevraagde diagnostische onderzoeken en consultatieve advisering; het opstellen van werkafspraken en protocollen. Het verbeteren van de relatie en communicatie tussen huisarts en specialist.
- Doelstelling 2: Het bevorderen en uitvoeren van activiteiten gericht op de ontwikkeling van transmurale gezondheidszorg alsmede het fungeren als centraal coördinatiepunt voor transmurale zorgactiviteiten.
- Doelstelling 3: Het stimuleren, initiëren en mede uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek gericht op vraagstellingen betreffende de relatie eerste-tweedelijnsgezondheidszorg alsmede transmurale zorg. Het geven van onderwijs met behulp van gegevens, voortkomend uit analyses van diverse (transmurale) zorg- en onderzoekactiviteiten van het T&DC.

Aan deze doelstellingen ontleende activiteiten werden op verschillende momenten ontwikkeld. Aanvankelijk stonden projecten ter ondersteuning van de huisarts centraal, later werden transmurale projecten ontwikkeld ter oplossing van structurele problemen van het azM.

Projecten ter ondersteuning van de huisartsen

Aan het takenpakket van de huisarts worden met name het laatste decennium steeds meer taken toegevoegd: meer zorg voor chronisch zieken, thuiszorg, meer aandacht voor oogheelkunde, spoedhulp: waar is de huisarts?, preventie door de huisarts, kleine chirurgie in de huisartspraktijk, betere voorlichting aan de patiënt enz. Het is duidelijk dat de individuele huisarts niet al deze taken kan toevoegen aan het reeds uitgebreide takenpakket. Prioriteiten dienen te worden gesteld; bij de uitvoering van een aantal taken moet ondersteuning worden gegeven. Gedachtenwisseling met betrokkenen heeft in het T&DC uitvoerig plaatsgevonden. Ter ondersteuning van de huisartsen werden projecten ontwikkeld op grond van de volgende uitgangspunten:

- De huisarts dient zich meer te bekwamen in handvaardigheden voor onderzoek van frequent in de huisartspraktijk voorkomende ziektebeelden dan zorg te dragen voor aanschaf van technische apparatuur in de huisartspraktijk.
Als project kan hier genoemd worden de persoonlijke feedback aan de huisarts betreffende zijn diagnostisch handelen (toetsing en nascholing).
- De specialist dient zich meer op te stellen als consulent voor de huisarts.
Als vormen van consultatie werden ontwikkeld: de telefonische consultatie, het gezamenlijk consult in de spreekkamer van de huisarts en het gezamenlijk consult aan het ziekbed van de patiënt thuis.
- De huisarts dient in een aantal werkzaamheden ondersteund te worden door hiervoor speciaal opgeleide medewerkers.
Projecten werden ontwikkeld in de zin van infuustherapie in de thuiszorg en continuïteit van zorg voor patiënten met chronische aandoeningen in een stabiele fase door met name hiervoor opgeleide transmuraal verpleegkundigen.
- De communicatie en samenwerking tussen huisarts en specialist dient te worden verbeterd via onderlinge afspraken over organisatorische en vakinhoudelijke zaken.
In periodieke bijeenkomsten van vertegenwoordigers van huisartsgroepen en leden van telkens één specialistische vakgroep worden bedoelde afspraken gemaakt.
- De huisarts dient voor uitvoering van taken op het terrein van de gezondheidszorg ondersteund te worden door gebruik van hiervoor ontwikkelde programmatuur gekoppeld aan een huisartsinformatiesysteem.
Een beslissingsondersteuningssysteem ten aanzien van de aanvraag van diagnostisch onderzoek door de huisarts wordt ontwikkeld.

Enkele voorbeelden van projecten:

- **Persoonlijke feedback aan de huisarts ten aanzien van diagnostisch onderzoek**
In 1985 werd gestart met het geven van feedback aan alle huisartsen betreffende de door hen via het T&DC aangevraagde diagnostiek. De doelstelling van deze feedback is het bevorderen van een meer rationeel aanvraaggedrag door huisartsen. Deze feedback vindt plaats op basis van o.a. met de huisartsen gemaakte werkafspraken (indicaties voor aanvraag van tests, richtlijnen voor diagnostiek bij omschreven klachten/symptomen/ziektebeelden) en op basis van principes van medische beslistkunde.

In de periode 1985 – 1990 werden voornamelijk adviezen gegeven over diagnostisch onderzoek ten aanzien van bloedchemie, hematologie, serologie/virologie, faeces/urine-onderzoek en bacteriologie. In een wetenschappelijk onderzoek (proefschrift Winkens 1994) werden in de periode 1990 – 1992 ook adviezen gegeven over beeldvormende diagnostiek, ECG-aanvragen en PA-onderzoek. Voorafgaande aan de feedback was er in de periode 1979 – 1985 conform de landelijke tendens een stijging van het aantal door huisartsen aangevraagde onderzoeken te zien, daarna werd onder invloed van de feedback een duidelijke daling van het aantal onderzoeken vastgesteld. Berekend op basis van COTG-tarieven van diverse onderzoeken werd al in 1991 vastgesteld, dat er sprake was van een kostenbesparing van meer dan 2.000.000 gulden per jaar.

Tabel 1 toont de door de huisartsen in azM aangevraagde diagnostische verrichtingen in de periode 1982-1998.

Na een duidelijke afname van deze aantallen verrichtingen vanaf het moment 1985 dat gestructureerde feedback wordt gegeven laat de tabel zien dat er vanaf 1996 een duidelijk toename is van met name aanvragen klinische chemie en in mindere mate van aanvragen hematologie, immunologie/serologie/virologie, urine/faeces en bacteriologie. Desgevraagd geven de huisartsen aan dat deze toename van diagnostische aanvragen het gevolg is van een toenemende verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Analyse op het niveau van individuele tests laat zien dat er ten aanzien van de klinische chemie een duidelijke toename is van tests betreffende de vetstofwisseling (cholesterol e.d.) en van de aanvragen bloedsuiker, HbA1c, PSA en schildklierfunctietests. Van de totale toename aan klinisch chemische tests in 1998 komt 23.4% voor rekening van de toename van de tests van de vetstofwisseling. De combinatie van de vier tests van de vetstofwisseling bedraagt 25.7% van alle door huisartsen aangevraagd klinische chemische tests. Veel aandacht in de media voor 'het cholesterol' en nascholing betreffende risicofactoren voor hart- en vaatziekten liggen waarschijnlijk ten grondslag aan de toename van deze bepalingen. Terugverwijzing door specialisten van patiënten met een stabiele diabetes mellitus type II en het volgen van aanbevelingen in de NHG-standaarden betreffende controle van patiënten met een diabetes mellitus zullen de toename van de aanvragen bloedsuiker en HbA1c veroorzaakt hebben.

Tabel 2 laat zien dat ten aanzien van vergelijkbare pakketten aanvragen laboratoriumtests en röntgen/functie-onderzoeken de Maastrichtse huisartsen in 1997 duidelijk minder tests per huisarts per jaar aanvragen dan huisartsen in de vijf andere genoemde regio's.

Tabel 2. Aanvragen diagnostisch onderzoek per huisarts in diverse regio's in 1997

Regio	Gem. lab aanvragen	Gem. röntgen+ functie aanvragen
Helmond (n=62;100%)	1273 ± 652	121 ± 88
Nijmegen (n=57;50%)	1086 ± 468	94 ± 78
Sittard (n=48;50%)	2251 ± 1254	161 ± 90
Bennekom (n=41;50%)	1409 ± 614	110 ± 62
Veldhoven (n=54;90%)	1955 ± 817	145 ± 80
Alle regio's (n=262)	1573 ± 903	126 ± 84
Maastricht (n=87;100%)	945	91

WOK-W. Verstappen

Tabel 1. Overzicht van produktiecijfers diagnostisch onderzoek door huisartsen in een aantal jaren tussen 1982 en 1998 (ontleend aan de jaarcijfers van de Dienst Financiën & Economie van het azM)

TYPE ONDERZOEK	1982	1984	1985 *	1986	1988	1990	1992	1994	1996	1997	1998
Klinische Chemie (bloed)	49.108	51.775	46.569	39.576	39.190	42.196	38.379	40.449	55.260	63.117	70.875
Haematologie	48.072	59.556	53.437	45.913	38.213	39.183	35.663	37.446	41.425	43.425	43.725
Immunologie/Serologie/Virologie	8.724	8.554	7.329	5.518	6.050	10.084	5.476	5.654	4.666	6.618	6.976
Urine/faeces (chemie)	2.524	4.137	3.559	3.328	2.559	2.162	3.101	2.423	2.144	2.957	3.377
Bacteriologie	2.172	1.845	2.558	2.508	2.851	3.095	3.540	3.928	3.967	4.221	5.183
Beeldvormende diagnostiek	10.528	14.702	14.401	13.797	14.220	15.199	15.838	15.625	15.453	15.879	16.048
Endoscopie	-----	-----	-----	-----	1.007	1.074	1.278	1.199	1.595	1.593	1.573
ECG	2.524	2.170	2.170	2.079	1.965	2.028	2.018	1.813	2.159	2.246	2.229
Pathologische Anatomie	3.580	4.671	5.037	5.088	5.680	5.563	4.810	4.549	2.518	2.362	1.947
Diversen/overigen	-----	-----	-----	-----	29	39	67	100	260	230	242
TOTAAL	127.232	147.410	135.060	117.807	111.764	120.623	110.170	113.186	129.447	142.648	152.125

* Start feedback

In 1998 werd in samenwerking met de vakgroep Medische Informatica gestart met een project 'computerreminders over diagnostiek'. Nagegaan wordt of een geautomatiseerd beslissingsondersteunend systeem de rationaliteit van het diagnostisch aanvraaggedrag van huisartsen kan verbeteren, zoals dit het geval is via de schriftelijk gegeven feedback.

In een landelijk overleg van het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging Klinische Chemie (NVKC), Stichting Artsenlaboratoria Nederland (SAN) en T&DC vinden discussies plaats over uiteenlopende mogelijkheden om het diagnostisch aanvraaggedrag van huisartsen te verbeteren.

- **Gezamenlijk consult huisarts-specialist in de spreekkamer van de huisarts**

De doelstelling van dit consult is een toename van kennis en technische vaardigheden van de huisarts in onderzoek van patiënten met frequent in de huisartspraktijk voorkomende problemen. Wetenschappelijk onderzoek werd verricht naar de resultaten van het gezamenlijk consult huisarts-orthopedisch chirurg. Uit dit onderzoek (proefschrift Vierhout 1994) komt naar voren, dat gezamenlijke consultsprekuren voor huisarts en orthopedisch chirurg organisatorisch goed uitvoerbaar zijn; dat gezamenlijke consult-sprekuren in belangrijke mate bijdragen aan een gericht en doelmatiger verwijsbeleid van de huisarts; dat het patiëntenaanbod voor dit consult na 1.5 jaar deelname daalt als gevolg van optredende nascholingeffecten; dat de kostendaling als gevolg van de afname van het aantal verwijzingen en verrichtingen groter is dan de kosten verbonden aan het gezamenlijk consult (kostenbesparing per huisartspraktijk in het eerste jaar van deelname: $\pm f$ 6.000,-). Onderzoek naar de effecten van het gezamenlijk consult huisarts-cardioloog werd verricht in de periode 1994 - 1997 (proefschrift Vlek volgt in 2000). Het aantal verwijzingen naar de tweede lijn bleek in de interventiegroep significant lager dan in de controlegroep. De huisartsen gaven in een semigestructureerd interview aan het gezamenlijk consult te zien als een belangrijke nascholingsbron. Door middel van een kennistoets kon een positief nascholingeffect niet bevestigd worden.

Het gezamenlijk consult huisarts-dermatoloog startte in 1997. In dit project is er tevens sprake van het teleconsult dermatologie, waarbij vanuit de huisartspraktijk dermatologische beelden via de computer verzonden worden aan de dermatoloog. De dermatoloog is behulpzaam bij het stellen van de diagnose en geeft beleidsmatige adviezen.

Met het gezamenlijk consult huisarts-reumatoloog werd eveneens in 1997 een begin gemaakt. Het betreft hier niet alleen nieuwe patiënten waarbij de huisarts een gezamenlijk consult geïndiceerd acht in plaats van een verwijzing, doch ook patiënten met een stabiele reumatoïde artritis die vanuit de polikliniek terugverwezen kunnen worden naar de huisarts.

- **Telefonische consultatie huisarts-specialist**

De telefonische consultatie is een gestructureerd overleg van huisarts en specialist waarin problemen van diverse aard (diagnostisch, therapeutisch enz.) kunnen worden besproken. Op een tevoren vastgesteld tijdstip vindt dit overleg plaats; relevante laboratorium-uitslagen en documenten zoals ECG en röntgenfoto's zijn aanwezig. Verslaglegging (bestemd voor huisarts, consultatiegevend specialist en evaluatiedoeleinden) vindt plaats op een hiervoor ontworpen formulier. Uit een analyse van \pm 700 door de internist gegeven consultaties blijkt, dat 85% van de besproken patiënten onder behandeling/ controle van de huisarts kan blijven; in 15% wordt door de specialist verwijzing naar polikliniek of kliniek geadviseerd. De telefonische consultatie blijkt in een groot aantal gevallen een goed alternatief te zijn voor een poliklinische verwijzing.

Transmurale projecten

Het azM heeft als enige ziekenhuis in de regio functies als centrumziekenhuis (regionale zorg) en academisch ziekenhuis (topklinische/topreferente zorg en onderzoek/onderwijs). Door te grote aantallen patiënten ten aanzien van de regionale zorg, waarvoor onvoldoende budget aanwezig is, bestaat er een spanningsveld tussen de functies als centrum- en academisch ziekenhuis. Overbezetting van bestaande capaciteit leidt in de patiëntenzorg tot lange doorstroomtijden met name in de polikliniek. Dit blijkt een landelijk probleem te zijn.

Mediator meldde medio 1998 dat er een grootschalig project 'verkorting doorstroomtijden' gestart werd, waarbij in acht ziekenhuizen in Nederland aangetoond moet worden dat diagnostiek en behandeling van omschreven klachten en ziektebeelden sneller kan plaatsvinden dan tot nu toe veelal het geval is. VWS heeft via Zorgonderzoek Nederland (ZON) gelden voor het project ter beschikking gesteld. Acht verschillende zorgprocessen zijn geselecteerd: letsel/bewegingsapparaat/meniscus, rug/nek, hernia nuclei pulposi, hartrevalidatie, diabetische voet, onbegrepen klachten, moeheid en mammacarcinoom. Zestien teams voeren in acht ziekenhuizen dit project uit, waarbij twee soortgelijke zorgprocessen in twee ziekenhuizen worden herontworpen. Nagegaan wordt in welke mate een betere afstemming bijdraagt aan het verkorten van de doorstroomtijden van de geselecteerde zorgprocessen en daarbij tevens de effecten op het bekorten van de wachttijden en het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid. De opzet is een veranderd traject gebaseerd op de methodiek van Business Process Redesign (BPR). Deze procesherontwerpprojecten zijn per definitie multidisciplinair. Zorgprocessen worden in hun totaliteit en in hun samenhang geanalyseerd en herontworpen. Daarbij wordt het hele verloop van een zorgproces van begin tot eind in kaart gebracht en geanalyseerd.

Ongetwijfeld zal het mogelijk zijn doorstroomtijden bij deze zorgprocessen te verkorten. Hierbij kan de vraag gesteld worden of verbetering door middel van herontwerp van een relatief klein aantal, sterk afgebakende zorgprocessen ten koste gaat van andere, moeilijker af te bakenen en te stroomlijnen zorgprocessen. Er zal dan wellicht sprake zijn van nog langere wachttijden voor deze patiënten, wanneer zij aansluiten in de rij achter diegene die voorrang genieten.

In Maastricht werd gekozen voor de analyse van de procesgang van patiënten door polikliniek en kliniek, waarbij structurele knelpunten signaleerd kunnen worden. In het kader van hiervoor te geven oplossingen kan nadere prioritering plaatsvinden door een keuze te maken uit kwaliteitsprojecten op basis van factoren zoals:

- de ernst van het vastgestelde knelpunt;
- de kwaliteit van de beoogde oplossing, het positieve effect op andere knelpunten (de 'demonstratiewaarde');
- de praktische uitvoerbaarheid en haalbaarheid van het project (niet te complex, niet te bedreigend, meetbaar, beschikbaarheid van de gegevens);
- de mogelijkheid tot implementatie en borging van de verandering, zodat daadwerkelijk sprake is van een verbetering (de 'te behalen winst').

Knelpunten en verbeterprojecten kunnen als volgt worden benoemd:

Procesgang polikliniek

1. Verwijzingen

- lange wachttijden nieuwe patiënten (poliklinische triage)
- veel verwijzende huisartsen (feedback huisartsen; gezamenlijk consult huisarts/specialist; telefonische consultatie)
- second opinions (informatie adherentiegebied)

2. Diagnostiek (feedback over diagnostiek; poliklinische triage)

3. Terugverwijzing (chronische patiënten in stabiele fase)

Procesgang kliniek

1. Onterecht verblijf kliniek (appropriateness evaluation protocol; gezamenlijk consult geriatrie)
2. Vervroegd ontslag (infuus in de thuiszorg; vervroegd ontslag na totale heupprothese en knieprothese; CVA-project)

• **Lange wachttijden nieuwe poliklinische patiënten: poliklinische triage**

Klachten van huisartsen omtrent lange wachttijden hebben met name betrekking op nieuwe patiënten die in verband met ernstige problematiek op korte termijn door de specialist zouden moeten worden gezien. De data voor eerste polikliniekbezoek van nieuwe patiënten worden afgesproken door de administratief medewerkers, die via telefonisch contact met patiënten in chronologische volgorde vrije plaatsen in het afsprakenbestand voor nieuwe patiënten opvullen. De administratief medewerkers zijn onbekend met de ernst van medische problematiek en houden hier ook bij de planning geen rekening mee.

Bij de poliklinische triage meldt de huisarts nieuwe patiënten aan via een standaard verwijsbrief per fax/post. De verwijsbrief wordt beoordeeld door een hiervoor aangewezen specialist die op basis van de gegevens van de verwijsbrief beoordeelt wanneer en door wie de patiënt dient te worden gezien. Bij deze beoordeling wordt rekening gehouden met wensen van huisartsen en patiënten. Aan de patiënt wordt vervolgens schriftelijk gemeld bij welke werkgroep/specialist en wanneer het eerste polikliniekbezoek kan plaatsvinden; de huisarts ontvangt een kopie van dit bericht. De tot dusver opgedane ervaringen met dit project bij de polikliniek interne geneeskunde vallen positief uit. Een knelpunt blijft het grote aantal nieuwe patiënten dat vanuit de eerste lijn wordt verwezen naar de polikliniek.

• **Veel verwijzende huisartsen: feedback op verwijzingen**

Van nieuw verwezen patiënten naar de polikliniek Interne Geneeskunde blijkt een redelijk hoog percentage (30-40%) onrecht. Hierover bestaat overeenstemming tussen huisartsen en internisten. Het is niet zo dat iedere huisarts met enige regelmaat ten onrechte verwijst. Er bestaan ten aanzien van dit fenomeen grote verschillen tussen de huisartsen onderling. De polikliniek Interne Geneeskunde startte een feedbackproject omtrent de naar de polikliniek verwezen patiënten. In overleg tussen de huisarts en internist zijn afspraken gemaakt over indicaties voor verwijzingen. Hierbij is uitgegaan van algemene richtlijnen en meer specifieke indicaties in het kader van verwijzingen van veel voorkomende klachten/symptomen/ ziektebeelden. Door de gegevens van de verwijsbrief te relateren aan gemaakte werkafspraken wordt beoordeeld of verwijzingen al dan niet terecht zijn. Twee keer per jaar wordt aan de huisarts persoonlijk feedback gegeven ten aanzien van onterechte verwijzingen (beoordeeld op basis van de verwijsbrief en zonodig gegevens uit de berichtgeving van de specialist aan de huisarts). In de feedback worden eventuele alternatieven voor een poliklinische verwijzing aangegeven (telefonische consultatie, gezamenlijk consult e.d.).

Om de kennis en vaardigheden van huisartsen te verbeteren ten aanzien van veel voorkomende problemen waarvoor verwijzing plaatsvindt, zijn inmiddels enkele projecten 'gezamenlijk consult' zoals reeds besproken uitgevoerd.

• **Second opinions: informatie adhaerentiegebied**

Vanuit het adherentiegebied is er sprake van een toenemend aantal verwijzingen door met name huisartsen. Vaak wordt deze verwijzing door de huisarts omschreven als een second opinion. Bij een relatief hoog percentage patiënten lijkt er hier sprake van verwijzing van patiënten die ontevreden zijn met de poliklinische zorg in het ziekenhuis elders.

Deze verwijzingen uit het adherentiegebied worden bij alle academische ziekenhuizen op basis van postcodenummers geboekt als topreferentie-verwijzingen. Het zal duidelijk zijn, dat een aantal van deze verwijzingen geen topreferentie-verwijzingen zijn volgens de hiervoor geldende definitie. In poliklinieken kunnen verwijzingen met omschreven postcodes geanalyseerd worden op de werkelijke reden van verwijzing: onbegrepen pathologie, second opinion, huisarts/patiënt ontevreden met zorg ziekenhuis elders, verwijzing op aandrang van patiënten. Op basis van deze analyse kunnen vervolgens uitspraken worden gedaan over het al dan niet terecht zijn van deze verwijzingen. Vervolgens dient bekeken te worden of en op welke wijze actie kan worden ondernomen om onterechte verwijzingen vanuit het adherentiegebied in te perken.

- **Overdiagnostiek: feedback**

Wat betreft het via de poliklinieken verrichte diagnostisch onderzoek is er - gelet op gegevens als einddiagnose, grote onderlinge verschillen bij specialisten in aanvraag van diagnostiek e.d. - vaak sprake van overdiagnostiek. Dit kan diverse redenen hebben: onvoldoende aandacht voor anamnese/lichamelijk onderzoek, onzekerheid van de specialist (assistent in opleiding), te academische instelling (uitsluiten zeldzame ziektebeelden), defensief handelen, aandrang van patiënten enz. De gevolgen van overdiagnostiek zijn divers: somatisering van patiënten, toenemende kosten voor de gezondheidszorg met overschrijding van budgetten, verlenging van de doorstroomtijd. Reeds besproken ervaringen vanuit het T&DC met feedback over de diagnostiek aan de huisartsen (via aanvullende diagnostiek met diagnostische faciliteiten van het ziekenhuis) op basis van werkafspraken/principes van medische besliskunde leren dat deze persoonlijke feedback een goed hulpmiddel is rationele diagnostiek te bevorderen. Uitvoering van soortgelijke projecten binnen specialistische vakgroepen lijkt zinvol.

Wanneer er sprake is van niet-ernstige klachten/symptomen en er wordt geen diagnose verwacht, waarvoor in het kader van onderzoek/behandeling expertise van een subspecialist nodig is, dan kan verwijzing naar een algemeen specialist van het betreffende specialisme plaatsvinden. Wanneer de verwijzing door de huisarts niet op deze wijze gerealiseerd wordt, dan kan dit alsnog via de poliklinische triage . Via deze procedure kan voorkomen worden dat overbodige diagnostiek door de subspecialist wordt gevraagd.

- **Terugverwijzing: projecten chronische patiënten in een stabiele fase**

Het aantal controlepatiënten van de diverse poliklinieken blijkt in de loop der jaren toe te nemen. Bij meerdere poliklinieken bestaan problemen omtrent de wachttijden van deze controlepatiënten. Uit ervaring blijkt dat een aantal van deze patiënten voor verdere controle terugverwezen zou kunnen worden naar de huisarts. Vanwege de toename van patiënten met chronische aandoeningen, zal het duidelijk zijn dat poliklinieken door controle van met name deze patiënten 'verstopt' raken. Bekeken kan worden in hoeverre het noodzakelijk is dat deze chronische patiënten in een stabiele fase door de specialist moeten worden gecontroleerd. Binnen de polikliniek interne geneeskunde/pulmonologie bestaat er overeenstemming dat patiënten met een diabetes mellitus, COPD en reuma in een stabiele fase door gespecialiseerde verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk kunnen worden gecontroleerd. Deze terugverwijzing naar de huisartsenpraktijk met een centrale rol voor de gespecialiseerde verpleegkundige krijgt gestalte in het project 'zorgnetwerken voor chronisch zieken'.

Mocht er sprake zijn van een verslechtering van het ziektebeeld dan wel complicaties, dan kan opnieuw verwijzing naar de specialist plaatsvinden. Voor het moment vindt ten aanzien van dit type patiënten onderzoek plaats (diabetes mellitus, COPD en reuma).

Ook bij andere specialismen kan worden nagegaan in hoeverre patiënten met chronische aandoeningen aanwezig zijn die op soortgelijke wijze in de huisartsenpraktijk kunnen worden gecontroleerd in plaats van in het ziekenhuis. Hierbij moet wel de volgende kanttekening worden geplaatst. Waar voor het moment speciaal opgeleid verpleegkundigen ten aanzien van de ziektebeelden diabetes mellitus, COPD en reuma werkzaamheden verrichten ten behoeve van de huisartsen en specialisten, moet men zich afvragen of er bij toename van door huisartsen te controleren chronische patiënten met ook andere ziektebeelden het haalbaar is verpleegkundigen per ziektebeeld te trainen. Enerzijds betekent dit dat diverse verpleegkundigen in de huisartspraktijk werkzaam zullen zijn, anderzijds dat bij huisartsen kennis en ervaring bij controle/behandeling van deze ziektebeelden kunnen afnemen. De vraag kan dan ook gesteld worden of het niet zinvoller is speciale verpleegkundigen meer in de breedte op te leiden voor het verrichten van de huisarts ondersteunende activiteiten bij de controle van chronische patiënten.

- **Onterecht verblijf kliniek: AEP-protocol**

Hoewel in de loop der jaren de gemiddelde verpleegduur van patiënten in de kliniek duidelijk gedaald is, kan bij kritisch volgen van opgenomen patiënten worden vastgesteld dat door incidentele en structurele problemen opnamedagen onvoldoende worden benut.

Met behulp van het Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) kan op indexdagen bij patiënten binnen verschillende vakgroepen aan de hand van een criterialijst nagegaan worden of patiënten op die dag terecht in het ziekenhuis verblijven. Als dit klinische verblijf niet noodzakelijk is, kan bekeken worden of hier sprake is van een structureel probleem in de zin van bijvoorbeeld wachttijden voor speciale onderzoeken (CT-scan, endoscopie e.d.), dan wel voor te verrichten consulten e.d. Mocht dit het geval zijn, dan kan voor dergelijke structurele problemen een oplossing worden gezocht, waardoor verpleegdagen kunnen worden bespaard. Momenteel wordt een bestaand AEP op onderdelen bijgesteld om voor praktisch gebruik ter beoordeling van het al dan niet noodzakelijk klinisch verblijf in het azM beter gehanteerd te kunnen worden.

In het ziekenhuis worden regelmatig bejaarde patiënten opgenomen waarbij er meer behoefte aan care dan cure bestaat. Een aantal van deze verwijzingen kan worden voorkomen als deze bejaarde patiënten thuis in gezamenlijk consult huisarts-geriater worden gezien. Relatief veel bejaarde patiënten kunnen dan in een thuiszorgsetting verzorgd worden. Recent werd een project gezamenlijk consult geriatrie gestart.

- **Vervroegd ontslag: diverse projecten**

Gezien de wachtlijstproblematiek in ziekenhuizen kan nagegaan worden in hoeverre het mogelijk is omschreven categorieën patiënten vervroegd te ontslaan en in een thuiszorgsetting verder te behandelen. Hierbij wordt gedacht aan patiënten die een chirurgische ingreep hebben ondergaan en waarvan nabehandeling thuis kan plaatsvinden; aan patiënten die in verband met acute problematiek opgenomen zijn en waarvan nabehandeling eveneens thuis kan plaatsvinden; en aan patiënten die medisch-technische zorg in de thuissituatie kunnen krijgen. In azM vinden op dit terrein al enkele verbeterprojecten plaats: project infuus in thuiszorg; vervroegd ontslag na totale heupprothese; vervroegd ontslag na knieprothese; de transmurale zorgmodellen CVA en diepe veneuze trombose. Ten aanzien van andere omschreven patiëntcategorieën kunnen soortgelijke projecten worden gepland. Overigens kan bij vervroegd ontslag van omschreven categorieën patiënten vastgesteld worden dat er een vergrote kans is dat een aantal patiënten na vervroegd ontslag snel heropgenomen wordt. Dit gegeven zal aanleiding moeten zijn tot verder onderzoek naar factoren die verantwoordelijk zijn voor deze snelle niet-geplande heropname. Als via onderzoek deze factoren bekend zijn, kan vervroegd ontslag meer selectief plaatsvinden.

Managed care en disease management

Wanneer er in het kader van transmurale zorg vragen naar doeltreffende en doelmatige zorg, continuïteit van zorg, kostenbesparing e.d. betreffende omschreven zorgprocessen aan de orde zijn, dan worden anno 2000 methoden van managed care en disease management gebruikt om zorg met omschreven kwaliteitskenmerken te realiseren. Waar managed care gedefinieerd wordt als het raamwerk waarbinnen zorgvraag en zorgaanbod worden gestuurd op de elementen omvang, doelmatigheid, kwaliteit en prijs, wordt onder disease management verstaan een gecoördineerde en ziektebeeld specifieke aanpak van patiëntenzorg op het operationele niveau, met als doel op de meest efficiënte wijze het best mogelijke resultaat te bereiken. Alle bij de zorgverlening betrokken partijen kunnen een rol spelen bij disease management: patiënten, huisartsen, specialisten, verpleegkundigen, apothekers, zorginstellingen, zorgverzekeraars en farmaceutische industrie. Belangen van de verschillende partijen zullen deze rol inhoud geven. Huisartsen en specialisten zullen als direct in het primaire proces betrokkenen bijvoorbeeld aandacht besteden aan het ontwikkelen van diagnostisch- en behandelingsprotocollen, zorginstellingen zullen bij aanwezigheid van beperkte aantallen bedden in het kader van een disease managementprogramma thuiszorg met technische middelen stimuleren, terwijl zorgverzekeraars ten aanzien van de beheersing van kosten diverse activiteiten op het vlak van kosteneffectiviteit zullen willen beïnvloeden. In aanmerking voor disease managementprogramma's komen met name ziektebeelden waarvan de prevalentie hoog is, het beloop zich uitstrekt over lange tijd, de eraan lijdende patiënten als grootgebruikers van diagnostische en therapeutische hulpmiddelen gekenmerkt worden en de totale kosten van aan hen bestede zorgactiviteiten aanmerkelijk zijn. Aan deze criteria voldoen ziektebeelden zoals diabetes mellitus, COPD, CVA, hart-vaatziekten, hartfalen en dementie.

Wanneer op grond van genoemde criteria een disease managementprogramma gepland wordt ten aanzien van een omschreven ziektebeeld, dan volgt er een aantal stappen in de opbouw van dit programma. Begonnen wordt met een analyse van de huidige gang van zaken ten aanzien van de diverse zorgonderdelen van het primaire proces: preventie, diagnose, behandeling/zorg, nazorg en reïntegratie. Op basis van de verkregen resultaten worden vervolgens per zorgonderdeel de doelstellingen geformuleerd waarna gestreefd wordt om het primaire proces te verbeteren. Daarna wordt aangegeven met gebruik van welke hulpmiddelen de aangegeven doelstellingen gerealiseerd moeten worden. Deze hulpmiddelen zijn van velerlei aard: registratie/informatie, communicatie/afstemming, logistiek/planning, platform/netwerk, voorlichting/deskundigheidsbevordering, regie en financiering. Tenslotte worden concrete activiteiten per onderdeel van het primaire proces met de erbij behorende hulpmiddelen benoemd om de geformuleerde doelstellingen te realiseren.

Het zal duidelijk zijn dat disease managementprogramma's van een zelfde ziektebeeld per regio op onderdelen van elkaar kunnen verschillen, afhankelijk van aldaar bestaande problemen/knelpunten naar voren komend uit de analyse van de huidige gang van zaken, mogelijkheden tot verbetering afhankelijk van de aanwezigheid van hiervoor noodzakelijke hulpmiddelen en gestelde prioriteiten.

In Maastricht worden voor het moment disease managementprogramma's ontworpen voor de ziektebeelden diabetes mellitus en COPD. Bestudering van de mogelijkheden van een disease managementprogramma voor het ziektebeeld chronische vermoeidheidssyndroom vindt plaats. Het betreft een ziektebeeld waarvoor in Nederland, behoudens in Nijmegen en Maastricht, nauwelijks belangstelling bestaat. Symptomatisch voor dit gebrek aan belangstelling is het gegeven dat in het kader van het reeds genoemde ZON-programma 'verkortings doorstroomtijden' een project voor een speciale polikliniek voor chronisch vermoeide patiënten geen doorgang vond aangezien de doelgroep te vaag bleek en de internisten niet overtuigd waren van het belang van een aparte polikliniek.

Wanneer gekeken wordt naar problemen/knelpunten betreffende de zorg voor patiënten met het chronische vermoeidheidsyndroom dan lijkt in een tijd waarin gesproken wordt over doeltreffende en doelmatige zorg, toegesneden op de individuele patiënt een dergelijk negatieve houding een ontkenning van problemen van patiënten met dit ziektebeeld. Het betreft een groep met merendeels jonge vrouwelijke patiënten, waarvan de grootte in Nederland op grond van in huisartspraktijken verrichte registraties geschat wordt op minimaal 170.000. Door een samenloop van factoren ontstaat er bij deze meestal tevoren actieve personen een invaliderende moeheid met klachten in de zin van hoofdpijn, duizeligheid, verminderd concentratievermogen en kort geheugen, spier- en gewrichtsklachten e.d. Wanneer de klachten blijven bestaan dan is er vervolgens sprake van negatief psychische reacties zoals moedeloosheid, irritaties, schuldgevoelens enz. Onvoldoende bekendheid van huisarts en specialist met dit beeld leidt vaak tot uitgebreid diagnostisch onderzoek door meerdere specialisten zonder dat hierbij afwijkingen worden vastgesteld. Behandeling (dieet, vitaminepreparaten; homeopathische middelen enz., vaak in het alternatieve circuit) geeft weinig of geen resultaat. Negatieve reacties van keurende artsen kunnen juridische procedures tot gevolg hebben. Een potentieel succesvolle behandeling in de zin van cognitieve gedragstherapie is aanwezig; aan de mogelijkheid van deze behandeling wordt te weinig aandacht besteed. Kortom: een ziektebeeld met problemen/knelpunten in diverse aspecten van de zorg: preventie, diagnostiek, behandeling/zorg, nazorg en integratie. Een disease managementprogramma ten aanzien van patiënten met dit ziektebeeld kan leiden tot doelmatige en doeltreffende zorg met als positieve gevolgen een besparing van hoge kosten en het vermijden van veel menselijk leed. Met nadruk wordt dit ziektebeeld naar voren gebracht aangezien tekorten aan goede zorg voor deze patiënten wijst op het gevaar van in het kader van transmurale zorg getroffen maatregelen en uitgevoerde projecten: voorrang voor de ene patiënt ten koste van de andere patiënt. In de gezondheidszorg van vandaag worden veel cosmetische ingrepen verricht, aan structurele problemen wordt vaak te weinig aandacht besteed!

Knelpunten ten aanzien van ontwikkeling transmurale zorg

Bestudering van de literatuur en ook eigen ervaringen met transmurale projecten wijzen op de aanwezigheid van belangrijke knelpunten die een succesvolle uitvoering van transmurale zorg in de weg kunnen staan. Hierbij zijn van belang:

- Een gebrekkige samenwerking en communicatie van en belangentegenstellingen tussen verschillende organisaties. Hierbij bepalen de organisaties hun strategie naar te verwachten voor- en nadelen van samenwerking en blijkt de organisatie met de meeste macht ook de meeste invloed uit te oefenen. Er bestaat onvoldoende bekendheid (mogelijkheden en beperkingen) met werkerreinen van de anderen, waarvan verkeerde beeldvorming het gevolg is. Bij beroepsbeoefenaren bestaat een te geringe gerichtheid op mogelijkheden van transmurale zorg, ontbreekt vaak een geïntegreerde indicatiestelling en gemeenschappelijk opgesteld zorgplan. Een onduidelijke verdeling van verantwoordelijkheden, te wensen overlatende overdracht van deskundigheden/vaardigheden en onvoldoende informatie-uitwisseling tussen betrokkenen belemmeren de samenwerking. Bij implementatie van een succesvol verlopen transmurale project worden protocollen structureel ingebed binnen deelnemende instellingen en overgedragen aan aldaar functionerende managers. Structurele afstemming en zonodig bijstelling van projecten/activiteiten met managers van andere instellingen (over de muren van de organisaties heen) vindt niet plaats.
- Beperkte deskundigheid, kennis en vaardigheden. Er is onvoldoende deskundigheid om de vernieuwing zowel inhoudelijk als procesmatig vorm te geven en te begeleiden. Er is sprake van beperkte kennis van medische technologie zoals infuus- en bewakingssystemen in de thuiszorg en van onvoldoende logistieke ondersteuning.

- Gebrekkige informatiesystemen. De kwaliteit van onderlinge informatie-uitwisseling tussen instellingen/personen werkzaam in de gezondheidszorg, laat te wensen over. Systemen zijn vaak niet in staat de benodigde managementinformatie te leveren. Er is vaak een tekort aan data noodzakelijk voor het verantwoord kunnen opstellen van zorgvernieuwend projecten. Naar automatiseringsplannen als het opzetten van gegevens pakhuisen waar alle instellingen en personen werkzaam in de gezondheidszorg gekoppeld worden, dient kritisch te worden gekeken. Door onzorgvuldig gebruik kunnen belangen van personen en privacy van de patiënt worden geschaad.
- Mogelijk contraproductieve acties van ziektekostenverzekeraars en farmaceutische industrie. Voor ziektekostenverzekeraars, risicodragend ten aanzien van het eerste en tweede compartiment, zal kostenbeheersing een belangrijk item zijn. Onder het motto 'Wie betaalt bepaalt' zullen ziektekostenverzekeraars mogelijk invloed willen uitoefenen op zorgvraag en zorgaanbod. Uit concurrentieoverwegingen kunnen in het derde compartiment diensten/producten worden aangeboden, waarover principieel verschil van mening bestaat met zorgverleners (huisarts en specialist). Farmaceutische bedrijven zullen verliezen ten gevolge van Geneesmiddelenvergoedings-systeem (GVS), Prijzenwet en generiek voorschrijven mogelijk trachten te compenseren door meer invloed uit te oefenen op geneesmiddelengebruik en voorschrijfgedrag. In Nederland lijkt het zelfstandig opereren op het terrein van de gezondheidszorg met door farmaceutische bedrijven ontwikkelde disease management programma's niet zinvol.
- Gebrek aan financiering. Besparingen verkregen door uitvoering van vernieuwende medische activiteiten met substitutiekarakter zijn vaak onvoldoende zichtbaar te maken door de bestaande financieringsschotten. Overigens kunnen instellingen andere prioriteiten dan transmurale zorg hebben voor via substitutie vrijgemaakte gelden. Ondoorzichtige regelgeving ten aanzien van de financiering van transmurale zorg, de aanwezigheid van financieringsschotten, onwil van instellingen om uitgespaarde gelden de zorg te doen volgen dan wel onvermogen om zulks te doen op basis van andere prioriteiten en het ontbreken van financiële prikkels voor het leveren van transmurale zorg, staan de uitvoering hiervan nogal eens in de weg.

Voorwaarden voor transmurale zorg

Wanneer beschreven knelpunten toegespitst worden op instellingen en personen, dan kunnen oplossingen hiervoor in de zin van voorwaarden voor een kwalitatief goede uitvoering van transmurale zorg worden beschreven enerzijds in het algemeen, anderzijds ten aanzien van ziekenhuis, instellingen van thuiszorg, specialisten, huisartsen, ziektekostenverzekeraars, farmaceutische industrie en patiënten.

- Algemeen:
 - Transmurale zorg vereist samenwerking van hieraan hun aandeel leverende instellingen en personen. Wanneer vanuit gevoelens van onvrede met de bestaande situatie en op basis van zich ontwikkelende ideeën en plannen de wil tot verandering aanwezig is, dan is hiermee de eerste stap op een lange weg gezet. Samenwerking van professionals en organisatie(s) binnen en over de grenzen van disciplines, afdelingen en instellingen heen dient plaats te vinden. Zorgprocessen moeten herontworpen worden. Hiervoor zijn kennis van omschreven strategieën en methoden (Business Process Redesign, Disease Management, Integraal Kwaliteitsmanagement e.d.) noodzakelijk.
 - Voor ontwikkeling van transmurale zorg noodzakelijke financiële middelen moeten binnen de gezondheidszorg geëmarkerd aanwezig zijn. Instellingen dienen vanuit bestaande budgets (via herallokatie bij verplaatsing van zorg e.d.) gelden hiervoor ter beschikking te stellen.

De overheid kan in deze een aanmoedigingsbeleid voeren (investering in omschreven projecten, bonussen e.d.). Financiële schotten dienen, indien door de aanwezigheid hiervan op omschreven plaatsen de ontwikkeling van transmurale zorg belemmerd wordt, te kunnen worden omzeild door aanpassing van bestaande regelgeving.

• **Ziekenhuis:**

- Transmurale zorg moet een vertaling vinden in het beleid van het ziekenhuis. Hierbij kan onderscheiden worden het strategisch beleidsplan en het medisch beleidsplan. Op basis van discussies, waarbij de diverse geledingen van het ziekenhuis betrokken zijn, dienen vanuit een omschreven visie op transmurale zorg plannen te worden ontwikkeld.
- Op organisatorisch terrein dienen mogelijkheden te worden gegeven om transmurale zorg te kunnen ontwikkelen en uitvoeren. Hierbij wordt gedacht aan een Stuurgroep Transmurale Zorg met vertegenwoordigers van de diverse geledingen. Deze Stuurgroep vormt het coördinatiepunt voor initiatieven transmurale zorg uit de regio, toetst voorgelegde initiatieven op haalbaarheid en relevantie; geeft ondersteuning aan de uitvoering van projecten en/of aan de implementatie; signaleert dubbelprojecten, leemten, probleemsituaties op het gebied van de transmurale zorg enz. Werkgroepen voeren daadwerkelijk projecten uit. Een door de regionale gezondheidszorginstellingen gezamenlijk opgesteld beleidsplan (Regiovisie) is van belang voor de ontwikkeling van transmurale zorg.

In het kader van facilitering van transmurale activiteiten lijkt de oprichting van een Opname- en Ontslagbureau in het ziekenhuis zinvol. Via dit centrum kan sturing van opname en ontslag plaatsvinden. Hierdoor wordt bevorderd dat de via transmurale zorgactiviteiten vrijkomende gelden ten goede komen aan het budget voor transmurale zorg. Het Opname- en Ontslagbureau kan tevens de basis zijn voor transferverpleegkundigen en transmuraal werkende verpleegkundigen.

- Financiering van transmurale zorg zal ten dele door het ziekenhuis moeten plaatsvinden, aangezien hier substitutie van zorg van intra- naar extramuraal plaatsvindt. Geld dient de zorg te volgen.

Door zorgverzekeraars kan gestreefd worden naar fixeren van het ziekenhuisbudget via een aanneemsom of meerjarenafpraak. Werken met een gegarandeerd budget maakt het mogelijk winst te halen uit doelmatig werken. Die winst kan vervolgens weer worden ingezet voor o.a. transmurale projecten. Bij aanwezigheid van een regionaal beleidsplan zal een regiobudget hiervan onderdeel uitmaken.

• **Instellingen thuiszorg:**

- Als er in de regio verschillende instellingen van thuiszorg met een volledig pakket aan zorg werkzaam zijn, lijkt het zinvol dat deze zodanig samenwerken, dat gezamenlijk het volledige pakket geboden wordt. Hierbij dient erop te worden toegezien, dat een verdeling van werkzaamheden op basis van goede werkafspraken plaatsvindt.
- Gezondheidszorgactiviteiten dienen regionaal plaats te vinden op basis van werkafspraken en protocollen. Voor uniformiteit hiervan dient te worden gezorgd, zeker wanneer in een regio meerdere ziekenhuizen en eveneens meerdere instellingen van thuiszorg werkzaam zijn. Er dient naar te worden gestreefd, dat ziekenhuizen en instellingen van thuiszorg met elkaar samen werken in één op één verhoudingen.
- In het kader van transmurale zorg zullen speciaal getraind verpleegkundigen een belangrijke rol spelen. Werkzaamheden zullen zowel medisch inhoudelijk van aard zijn als op het terrein van case-management liggen. Er is zowel behoefte aan in de diepte (per één of enkele ziektebeelden getrainde verpleegkundigen) en meer in de breedte getrainde verpleegkundigen met medisch inhoudelijke en case-management-taken. In de huisartspraktijk gedetacheerde praktijkverpleegkundigen kunnen de huisarts ondersteunen in een diversiteit van taken. Afstemming van activiteiten van specialistisch en generalistisch werkende verpleegkundigen en praktijkassistentes dient te worden gerealiseerd.

- **Specialisten:**
 - Transmurale zorg dient door specialisten gepland te worden op het niveau van de medische staf (medisch beleidsplan) en op het niveau van vakgroepen, waar deze activiteiten plaatsvinden.
 - De specialist dient in transmurale zorg als consulent aanspreekbaar te zijn. In het kader van medisch coördinerende centra kennen we verschillende vormen van consultatie: telefonische consultatie, gezamenlijk consult in de huisartspraktijk en (gezamenlijk) consult in de thuissituatie (patiënten in eindstadium ernstige ziekte, chronisch bedlegerige patiënten, geriatrie patiënten).
 - In de honorering van de specialisten dient het systeem van betaling naar verrichting te worden afgeschaft. Afspraken over een overeengekomen volume zorg (aanneembaar) bepalen het budget. Via de interne budgettering van het ziekenhuis worden budgetten per specialisme met een zeker groeipercentage per jaar vastgesteld. Via deze procedure kan worden voorkomen dat bij ontwikkeling van innovatieve vormen van zorg bij herhaling de vraag naar extra honorering naar voren komt.
- **Huisartsen:**

In het takenpakket van de huisarts wordt transmurale zorg niet genoemd. Door de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg wordt transmurale zorg gezien als een aanvullend aanbod, hetgeen niet van iedere huisarts individueel gevraagd zou kunnen worden. Transmurale zorg is echter een dermate belangrijke activiteit, dat ook de huisarts hierin zijn aandeel zal moeten leveren. Ontwikkelingen in de gezondheidszorg zoals transmurale zorg houden een pleidooi in voor de verdere ontwikkeling van gezondheidscentra, waarin functiedifferentiatie van huisartsen mogelijk is.
- **Ziektekostenverzekeraars:**

De rol van ziektekostenverzekeraars in transmurale zorg is nog niet duidelijk. In deze zullen er verschillen bestaan tussen landelijk en regionaal opererende verzekeraars. De lokale ziektekostenverzekeraar zal plaats nemen in de Stuurgroep Transmurale Zorg. Gedacht kan worden aan de volgende taken/ functies: beheer van financiën, initiërende rol bij ontwikkelingen in de zorg (vanuit kennis van diverse zorgactiviteiten in de regio), mede ontwikkelen van projecten transmurale zorg met behulp van gegevens uit ter beschikking van de ziektekostenverzekeraars bestaande databestanden.
- **Farmaceutische industrie:**

Ook de rol van de farmaceutische industrie in de transmurale zorg is nog niet duidelijk. Gezien de structuur van de Nederlandse gezondheidszorg lijkt het niet opportuun dat zij zelfstandige aanbieders zijn van programma's disease management, zoals dit in de Verenigde Staten het geval is. Via gegeven adviezen kunnen zij mede sturing geven aan de ontwikkeling van het beleid op transmurale terrein. In het kader van activiteiten zoals voorlichting aan patiënten, nascholing van huisartsen en specialisten kunnen zij een rol spelen.
- **Patiënten:**

Als de zorg afgestemd moet worden op behoefte van de patiënt, dient dit in te houden, dat er sprake is van een reële zorgvraag. Een goed voorgelichte patiënt kan dan zorgvragen stellen, rekening houdend met mogelijkheden en beperkingen in de zorg. Als er voor het moment nog weinig sprake is van mondige patiënten die op basis van valide argumenten zorgvragen e.d. formuleren, dient op het terrein van de voorlichting aan patiënten het een en ander nog te worden ontwikkeld. Onderscheid kan gemaakt worden tussen voorlichting aan de bevolking en voorlichting aan individuele patiënten. Bij voorlichting aan de bevolking kan aansluiting gevonden worden bij het leerprogramma van de middelbare school (wiskunde: kansberekening; biologie: medisch inhoudelijke zaken; als verdere onderwerpen: veranderingen in life-style, ratio aanvullende diagnostiek, screening e.d.). Voorlichting aan de individuele patiënt kan meer to the point gegeven worden in groepsverband, via folders, videomateriaal e.d. Patiëntenverenigingen kunnen bij de realisering van een en ander een bemiddelende rol spelen.

Tien voorwaarden voor succes in Transmurale zorg

- Gemotiveerde en deskundige betrokkenen vanuit alle deelnemende instellingen
- Aandacht voor gerichtheid op de patiënt
- Samenwerking van professionals en organisaties over grenzen van disciplines, afdelingen en instellingen heen
- Heldere analyse van zorgprocessen op knelpunten/problemen
- Duidelijkheid van en consensus over doelstellingen
- Heldere plannen van aanpak, strategieën en methoden
- Voldoende hulpmiddelen en technische ondersteuning
- Voldoende menskracht en financiële middelen
- Proces- en effect-evaluaties van projecten, mede i.v.m. implementatie elders
- Voorlichting aan bevolking en aan patiënten

Literatuur

- Assmann P, Wieringa GJ, Heman R. De zorgbrug in de regio. Een antwoord op de nepunten in de transmurale zorg. Med Contact 1998; 53: 330-3.
- Beusmans G, Velde E van der, Wolters C, Boiten J. Het transmuraal zorgmodel CVA in de regio Maastricht. Med Contact 1997; 42: 1314-7.
- Commissie Modernisering Curatieve Zorg. Gedeelde zorg, betere zorg. Roosendaal: Koninklijke Van Poll;1994.
- Dalen E van. Transmurale zorg, een strategische keuze?! Een verkennend onderzoek bij ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties naar ontwikkelingen in de transmurale zorg (doctoraalscriptie). Rotterdam: Erasmus Universiteit, Instituut BMG; 1995.
- Dinton TED van der, Huijsman R. Strategische opties voor transmurale gezondheidszorg. Med Contact 1994; 49: 1394-8.
- Grundmeijer H, Weert H van. Patiënt, huisarts en internist (proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 1992.
- Heman ER. De brug, een regionale transmurale organisatiestructuur. Researchproject MBA program. Rotterdam: School of Management; 1997. James B. Implementing practice guidelines through clinical quality improvements. Frontiers for health services management 1994; 10: 3-37.
- Mediator. Project verkorting van doorstroomtijden van start. Mediator 1998; 2: 1-4.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Transmurale somatische zorg. Zoetermeer; 1995.
- NIVEL. Transmurale zorg in Nederland, een inventarisatie op basis van bestaande gegevensbestanden. Utrecht;1996.
- Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg. Poortwachter in praktijk. Over de plaats en financiering van de huisartsenhulp in ons land. Utrecht;1995.
- Pop P, Spreeuwenberg C. Transmurale zorg in de regio Maastricht. Van Diagnostisch Coördinerend naar Transmuraal & Diagnostisch Centrum. Med Contact 1998; 53: 91-4.
- Pop P, Verheggen FWSM. Verkorting van doorstroomtijden en wachtlijsten in het ziekenhuis. Selectie op structuurverandering? ZM Magazine (publicatie volgt april 2000).
- Sales J, Crasborn L. Transmurale Zorg als onderneming. Een studie naar voortschrijdende inzichten in transmurale zorg (afstudeerscriptie). Katholieke Universiteit Brabant/Tilburg Institute for advanced studies;1998.
- Schellekens WMLCM. Een passie voor patiënten. Vijfde European forum on quality improvement in Health Care. Med Contact 2000; 55: 412-5.
- Smeets, P. Pop, P. Verheggen, F. Beoordeling van de noodzaak tot ziekenhuisverblijf: de mogelijkheden van het 'appropriateness evaluation protocol' nader onderzocht. Med Contact 1997; 24: 757-60.
- Smeets P. Complexe medisch-technische zorg. Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van infuus thuis (proefschrift). Maastricht: Universiteit Maastricht; 1999.
- Spreeuwenberg C, Pop P. Transmurale zorg. In: Handboek Transmurale Zorg. Maarssen: Elsevier/Bunge;2000.
- Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG). Managed Care en Disease Management in Nederland. Zoetermeer;1997.
- Stichting Ziekenhuisverplaatste Zorg. Ziekenhuisverplaatste zorg in het perspectief van integrale zorgsystemen (symposium). Nijmegen;1996.
- Stuurgroep toekomstscenario's gezondheidszorg. Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg (scenarioreport). Zoetermeer;1992.
- Transmuraal & Diagnostisch Centrum Maastricht. Zorgvernieuwing in regionaal perspectief (symposium). Maastricht;1997.

- Vierhout, WPM. Het gezamenlijk consult van huisarts en specialist in de eerste lijn (proefschrift). Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg;1994.
- Vierhout W, Knottnerus J, Ooij A van, Crebolder H, Pop P, Wesselingh-Megens A, Beusmans G. Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopaedic surgeons for locomotor-system disorders. Lancet 1995; 346: 990-4.
- Vlek JFM, Vierhout WPM, Pop P. Gezamenlijk consult huisarts-specialist in de huisartspraktijk. Tijdschr Huisartsgeneeskd 1997; 14:15-8.
- Voorbereidingscommissie Invitational Conference Transmurale Zorg. Transmurale zorg, quo vadis? (invitational conference). Utrecht;1997.
- Winkens R. Improving test ordering in general practice (proefschrift). Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg;1994.
- Winkens R, Pop P, Buyter-Maassen A, Grol R, Kester A, Beusmans G, Knottnerus J. Randomised controlled trial of routing individual feedback to improve rationality and reduce numbers of test requests, Lancet 1995; 345: 489-502.
- Zorgverzekeraars Nederland. Zorgverzekeraars en Disease Management. Zeist;1998.