

Transmurale zorg: redesign van het zorgproces

Achtergrondstudie

Prof. dr. C. Spreeuwenberg
Mevrouw drs. D.M.M. Elfahmi

Universiteit Maastricht
Faculteit Gezondheidswetenschappen

Achtergrondstudie geschreven in opdracht van de Raad voor de
Volksgezondheid en Zorg bij het RVZ-advies Redesign van
de eerste lijn in transmuraal perspectief

Zoetermeer, december 1998

Transmurale zorg: redesign van het zorgproces

Inhoudsopgave

Deel 1: Achtergrondstudie

1	Transmurale zorg	7
1.1	Inleiding	7
1.2	Definitie	9
2	Doelstellingen van transmurale zorg	13
2.1	Inleiding	13
2.2	Financiering	16
3	Managed care en disease management	19
3.1	Inleiding	19
3.2	Managed care en disease management	19
3.3	Disease management in de Nederlandse gezondheidszorg	20
3.4	Bedenkingen tegen disease management	22
4	Rollen van participanten bij transmurale zorg	24
4.1	Inleiding	24
4.2	Thuiszorg	25
4.3	Ziekenhuis en medisch specialisten	27
4.4	Verpleegkundigen	28
4.5	Huisartsen	30
4.6	Overige partijen	33
5	Beïnvloedende factoren voor transmurale zorg	35
5.1	Inleiding	35
5.2	Zorginhoudelijk	35
5.3	Organisatie	37
5.4	Financieel	39
5.5	Politiek-maatschappelijk klimaat	41

Deel 2: Suggesties voor redesign

6	Suggesties voor redesign	45
6.1	Inleiding	45
6.2	Zorginhoudelijk	47
6.3	Organisatie	55
6.4	Financieel	57
6.5	Het politiek-maatschappelijk klimaat	59

Bijlagen

1	Lijst van afkortingen	61
2		

Literatuur

63

Deel 1:

Achtergrondstudie

Transmurale zorg: redesign van het zorgproces

1 Transmurale zorg

1.1 Inleiding

Nadat in de jaren zestig de toenemende welvaart kon worden gebruikt om het arsenaal en het gebruik van zorgvoorzieningen buitenproportioneel te laten groeien, ontstond in de jaren zeventig het bewustzijn dat continuering van deze trend op den duur tot onoverkomelijke financieringsproblemen zou leiden. Omdat destijds de stijgende kosten vooral veroorzaakt werden door toename van de medisch-specialistische verrichtingen, beoogde de Structuurnota Volksgezondheid door strikte echelonering het gebruik van de specialistische voorzieningen terug te dringen (Structuurnota Volksgezondheid, 1974). De ontwikkelingen in de gezondheidszorg hebben er nadien toe geleid dat de intramurale en extramurale zorg en het eerste en tweede echelon scherp werden onderscheiden. Toegang tot de duurdere specialistische zorg was alleen mogelijk na verwijzing door een huisarts. In de jaren zeventig kon een kloof worden waargenomen tussen de visie van huisartsen en die van medisch-specialisten op de zorg die aan patiënten moet worden geboden. De medisch specialisten beperkten zich tot de traditionele vormen van curatieve zorg, terwijl de huisartsen veel aandacht besteden aan andere aspecten zoals sociale en psychische factoren. In de jaren tachtig is de kloof weer verkleind door de ontwikkelingen in beide sectoren. Hierbij springen vooral de ontwikkelingen binnen de huisartsgeneeskunde in het oog: de beroepsgroep van huisartsen formuleerde het Basistakenpakket van de huisarts (BTP), de LHV en het NHG ontwikkelden het standaardenbeleid en een geheel aan maatregelen om de deskundigheid te bevorderen. De huisartsen gingen zich meer oriënteren op hun medische taak. Nog steeds zijn er echter verschillen in visies aanwijsbaar. De laatste jaren is het bewustzijn gegroeid dat huisartsen en medisch specialisten hun beleid ten aanzien van diagnostiek en behandeling meer op elkaar moeten afstemmen. Ook op het gebied van zorginnovatie en van onderzoek wordt er meer dan voorheen samengewerkt. Een voorbeeld is de zorginnovatie op het gebied van patiënten met een cerebro-vasculair accident (CVA).

Achteraf kan worden geconcludeerd dat de echellonering weliswaar heeft bijgedragen aan een afname van het gebruik van voorzieningen, maar dat deze tegelijkertijd heeft geleid tot een ongewenst sterke scheiding in het zorgaanbod tussen en binnen de echelons. Aan deze scheiding hebben tevens verschillen in organisatie en in honorering bijgedragen. Van de huisartsen werkt nog steeds de helft als solist, terwijl de medisch specialisten

vrijwel allemaal in ziekenhuizen en maatschapsverbanden werken. De medisch-specialist wordt per verrichting en de huisarts – althans voor het ziekenfondsgedeelte – per abonnement gehonoreerd.

De Commissie Modernisering Curatieve Zorg stelde in 1994 een aantal fundamentele veranderingen voor. Zij doet dat niet alleen vanwege de wens de kosten te beheersen, maar ook om, vooral aan chronisch zieken, 'zorg op maat' te kunnen bieden.

Continuïteit van zorg en het centraal stellen van de patiënt vormen belangrijke items. Voorgesteld wordt de medisch specialist – onder meer door een ander financierings- en declaratiesysteem – in de ziekenhuisorganisatie te doen integreren, het aantal ziekenhuisbedden nog verder te reduceren, de medische zorg buiten het ziekenhuis te doen toenemen en te streven naar transmurale zorg en netwerkvoorzieningen. Eerder al - in 1990 - had staatssecretaris Simons in zijn notitie 'Chronisch Ziekenbeleid' gepleit voor transmurale zorg en het inschakelen van gespecialiseerde verpleegkundigen bij de zorg aan chronisch zieken.

De debatten in de jaren negentig over de gezondheidszorg gaan over drie thema's:

1. Beheersing van de kosten, waarbij als oplossingen onder meer wordt gepleit voor doelmatigheid, gepast gebruik, managed care.
2. Kwaliteitsbewaking en –beheersing, waarbij als oplossingen wordt gepleit voor protocollering, toepassing van principes van 'evidence based medicine', transparantie van het zorgproces, ontwikkeling van kwaliteitssystemen en van ketenkwaliteit.
3. Expliciete aandacht voor het patiëntenperspectief, waarbij onder meer gepleit wordt voor 'zorg op maat' en 'kanteling van het zorgproces'.

Zo langzamerhand rijst de vraag of aan deze eisen kan worden voldaan door het gangbare gezondheidszorgsysteem geleidelijk bij te stellen, of dat een fundamentele verandering van het zorgproces noodzakelijk is. Hierbij staan twee vragen centraal: Hoe moet de toekomstige gezondheidszorg eruit zien? En, wat is de beste strategie om dit te bereiken?

In deze studie zal deze vraag worden toegespitst op de zorgverlening aan patiënten met complexe problematiek, die op zorg van verschillende aanbieders uit de curatieve sector zijn aangewezen.

1.2 Definitie

Transmurale zorg is een verzamelbegrip voor die vorm van zorg waarbij zowel hulpverleners werkzaam binnen de extramurale als binnen de intramurale zorg zijn betrokken. Transmurale zorg is dynamische zorg die regionaal of lokaal is georganiseerd. Het begrip transmurale zorg wordt met name gebruikt binnen de algemene gezondheidszorg en maakt deel uit van verschillende zorgvernieuwingprojecten, met name projecten gericht op de zorg voor chronisch zieken. Door de variatie in problemen bij chronische aandoeningen en de betrokkenheid van hulpverleners uit beide echelons bij de zorg en begeleiding van chronisch zieken, heeft deze categorie patiënten een evident belang bij 'zorg op maat'.

Het huidige systeem, waarbij sprake is van een scheiding tussen het eerste en het tweede echelon, leidt tot een gebrek aan continuïteit van zorg. Transmurale zorg beoogt een oplossing te bieden voor deze discontinuïteit.

Transmurale zorg is in 1995 door de toenmalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) gedefinieerd als:

"Transmurale zorg omvat 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" (NRV, 1995).

De in deze studie gehanteerde definitie van de NRV laat zien dat twee belangrijke aspecten deel uit maken van transmurale zorg. Enerzijds heeft transmurale zorg betrekking op zorginhoudelijke zaken zoals gezamenlijke protocollering en een multidisciplinaire gestructureerde zorgverlening. Anderzijds kent transmurale zorg een organisatorisch aspect, waarbij het gaat om deskundigheidsbevordering en structurele samenwerking tussen hulpverleners uit beide echelons.

De Stichting Ziekenhuisverplaatste Zorg (SZV) bepleit een andere definitie voor transmurale zorg, waarbij niet zo zeer de samenwerking tussen verschillende organisaties essentieel is, als wel het feit dat er sprake is van een vorm van zorgverlening door het ziekenhuis buiten de eigen ziekenhuismuren. In het 'pijler' model dat de SZV hanteert, bestaan verschillende graden van betrokkenheid van het ziekenhuis. Een gestructureerde

samenwerking met het ziekenhuis is niet essentieel (van Leeuwen *et al.*, 1995).

Het verschil tussen beide opvattingen betreft de vraag, in hoeverre aan transmurale zorg de eis mag worden gesteld, dat er sprake is van een gestructureerde samenwerking tussen de intra- en extramurale sector.

In bepaalde opzichten is transmurale zorg een containerbegrip doordat op diverse manieren uiting wordt gegeven aan transmurale zorg (projecten). Uitgaande van de gedachte dat bij transmurale zorg sprake is van samenwerking tussen hulpverleners uit het eerste en tweede echelon, beschrijft een studie van het Nivel drie vormen van transmurale zorg.

1. Transmurale zorg verleend door specialistische en generalistische zorgverleners gezamenlijk.
2. Transmurale zorg door generalistische zorgverleners, met ondersteuning van specialistische zorgverleners.
3. Transmurale zorg rond opnames in of ontslag uit een specialistische instelling, geleverd door generalistische zorgverleners (Francke, 1997; Nivel, 1996).

Bij veel transmurale programma's gaan thuiszorg en ziekenhuizen een samenwerkingsrelatie aan. Vooral de laatste tijd zijn er ook tussen thuiszorg en verzorgingshuizen nieuwe samenwerkingsvormen ontwikkeld. Deze samenwerking gaat twee richtingen op. Naast het verlenen van thuiszorg in verzorgingshuizen wordt er ook thuis zorg verleend door medewerkers van verzorgingshuizen.

Ten opzichte van het ziekenhuis kunnen verzorgingshuizen en verpleeghuizen gerekend worden als een extramurale voorziening, terwijl deze ten opzichte van de huisarts en de thuiszorg een intramurale voorziening vormen. Verpleeg- en verzorgingshuizen nemen dus een intermediaire positie in tussen de ziekenhuizen enerzijds en de thuiszorg anderzijds, maar maken zeker deel uit van het zogeheten transmurale circuit.

Transmurale zorg als ontwikkeling staat niet op zichzelf. In onze samenleving deden en doen zich een aantal autonome ontwikkelingen voor die prikkelend werken voor transmurale zorgverlening:

De individualisering van de samenleving plaatst het individu op een centrale plaats, zo ook in de gezondheidszorg
'Zorg op maat' en flexibilisering van de hulpverlening zijn termen die gestalte willen geven aan patiëntgerichte zorg. Zorg moet worden afgestemd op de hulpvraag van de patiënt, in plaats van dat de patiënt zich aanpast aan het zorgaanbod. Met deze

verandering wordt een ontwikkeling beoogd waarvoor wel de term 'kanteling van zorg' wordt gehanteerd. Patiënten wensen informatie over hun aandoening en de behandelingsmogelijkheden. Ze vragen om specifieke behandelingen, waarbij steeds vaker de voorkeur wordt gegeven aan behandeling of verzorging thuis in plaats van een opname. Ook het Persoonsgebonden Budget (PGB) waarmee patiënten zelf zorg kunnen 'inkopen' past in het streven patiënten en hun naasten zo veel mogelijk hun eigen keuzen te laten maken.

De noodzaak de kosten van de gezondheidszorg te beheersen

De uitgaven aan de gezondheidszorg worden voor een aanzienlijk dele gerekend tot de collectieve lasten. De premies worden immers met de belastingen geïnd of mede door de werkgevers betaald. De AWBZ en de ziekenfondsverzekering zijn wettelijk geregeld. De uitgaven aan gezondheidszorg liepen in de jaren zestig en zeventig sterk op. Om de solidariteit tussen de burgers ten aanzien van het recht op gezondheidsvoorzieningen te kunnen handhaven, moesten de uitgaven worden beheerst. Eén van de middelen die daarvoor werden gesuggereerd is verschuiving van duurdere ziekenhuisvoorzieningen naar goedkopere voorzieningen thuis. Eén van de oorzaken van de hoge kosten vormen de wachttijden voor opname in en ontslag uit het ziekenhuis. Door betere afstemming met de thuiszorg en de verzorgings- en verpleeghuizen wordt geprobeerd de lengte van verblijf in het ziekenhuis zo kort mogelijk te houden.

De rationalisering van de gezondheidszorg

Doelmatigheid staat voorop en traditionele grenzen tussen disciplines, organisaties en echelons worden doorbroken, teneinde noodzakelijke en kwalitatief goede zorg te verlenen op het laagste niveau waar dit verantwoord kan, oftewel substitutie.

De (dubbele) vergrijzing leidt tot een toename van het aantal mensen met een chronische aandoening

De verwachting is dat het aantal chronisch zieken komende jaren enorm zal toenemen (RIVM, 1997) en daarmee samenhangend de behoefte aan transmurale zorg.

Medische, technologische en farmacologische ontwikkelingen scheppen nieuwe mogelijkheden voor behandeling buiten het ziekenhuis

Deze ontwikkelingen werken in veel gevallen levensverlengend en zorgen lang niet altijd voor genezing, met wederom als gevolg een toename van het aantal chronisch zieken en een toename van de behoefte aan (transmurale) zorg.

Meer aandacht voor de kwaliteit van zorg bestaande uit drie aspecten: inhoudelijk, organisatorisch en bejegening

Het bewustzijn is gegroeid dat kwaliteit niet alleen de inhoudelijke zorgverlening betreft maar ook de organisatorische aspecten.

De hierboven omschreven ontwikkelingen laten zien dat een toename van de zorgvraag is te verwachten. Teneinde het huidige systeem te laten aansluiten bij deze verwachtingen, is herstructurering in de gezondheidszorg nodig. Transmurale zorg sluit aan bij de veranderingen in de gezondheidszorg, die zich in praktisch de gehele Westerse wereld voordoen. Zo wil men in Groot-Brittannië de zorg voor patiënten met veel voorkomende chronische aandoeningen via 'shared care' organiseren. Onder 'shared care' wordt dan verstaan 'the joint management of patients and their families by primary, secondary en tertiary care. These include trained practice, community and hospital nurses; family practitioners, general paediatricians and adult physicians'. Men wil naar 'seamless interface', samenhang in de zorgvoorzieningen en vooral ook actieve, geïnformeerde betrokkenheid van de patiënt bij het zorgproces (Levy *et al.*, 1997).

2 Doelstellingen van transmurale zorg

2.1 Inleiding

Bij transmurale zorg gaat het om het tot stand brengen van een geïntegreerd primair zorgproces, vanuit de gedachte dat samenwerking en afstemming van zorg noodzakelijk is voor de kwaliteit van de zorgverlening aan de individuele patiënt. Naast kwaliteitsbenadering is kostenbeheersing een belangrijk item bij transmurale zorg.

De NRV beschrijft een aantal aspecten die samen de gewenste kwaliteit van zorg moeten bewerkstelligen. Deze punten zijn: patiëntgericht, continuïteit, beschikbaarheid, doelmatigheid, doeltreffendheid en geïntegreerd (NRV, 1995).

Om aan de gewenste kwaliteit te kunnen voldoen, wordt gebruik gemaakt van protocollen. In protocollen wordt uitgedrukt hoe de afgesproken zorg geleverd gaat worden. Protocollen zijn gebaseerd op wetenschappelijke inzichten, standaarden zoals die van het NHG, empirisch verworven inzichten en consensusbesprekingen zoals die van het CBO.

Protocollering schept problemen voor het centraal stellen van de patiënt. Steeds meer wordt daarom ook aandacht besteed aan de spanning tussen protocollaire behandeling en 'zorg op maat'. Belangrijk hierbij is het 'eigenaarschap' van protocollen. Het maakt uit of die ligt bij beroepsbeoefenaren, bij patiënten of bij instellingen en verzekeraars. In ons land staan in protocollen de algemene belangen van patiënten nog steeds voorop, maar er zijn tekenen die erop wijzen dat verzekeraars hun prioriteiten zwaarder willen laten wegen. Discussie is er tevens over de vraag in hoeverre er binnen protocollen expliciet ruimte moet worden ingeruimd voor zaken die te maken hebben met de wensen en/of behoeften van individuele patiënten en hun naasten. Enerzijds moeten protocollen voor de zorgverlener gemakkelijk hanteerbaar en uni-interpretabel zijn, terwijl financiers vrezen voor het kostenopdrijvend effect van onduidelijke criteria. Anderzijds kan een uitspraak als 'thuis als dat medisch verantwoord is' niet altijd als uitgangspunt voor een beslissing over een opname worden genomen.

Gezondheidszorg is een schaars goed en evenwicht tussen beschikbare middelen en mogelijkheden enerzijds en recht doen aan de autonomie en de wens van de patiënt anderzijds blijft essentieel. Dit betekent dat een zekere spanning tussen het collectieve en het individuele belang niet altijd is te vermijden.

Een ander, reeds genoemd, thema betreft de continuïteit van zorg. Deze houdt onder meer in, continuïteit in persoon en in tijd. Continuïteit in persoon is tegenwoordig nauwelijks meer te realiseren. Toch moet worden voorkomen dat patiënten door te veel zorgverleners en onpersoonlijk worden behandeld. Met transmurale zorg wordt beoogd dat zorg beschikbaar en bereikbaar is, dat waarneming goed is geregeld, dat de verschillende onderdelen van het zorgproces op elkaar aansluiten, dat de benodigde informatie voor de relevante zorgverleners beschikbaar is, dat duidelijk is wie verantwoordelijk is voor het algemene zorgbeleid en de specifieke onderdelen van de zorgverlening en dat de patiënt weet hoe de continuïteit is geregeld. Met het oog op continuïteit en kwaliteit van zorg is het begrip ketenkwaliteit ontwikkeld. Ketenkwaliteit betreft de kwaliteit van de transities tussen de verschillende zorgsituaties. Ketenkwaliteit heeft aandacht gekregen vanwege het bepalende karakter van de zwakste schakel. Zeker als bij transmurale zorg veel instanties en zorgverleners zijn betrokken of de zorg dan weer door de een en dan weer door de ander plaats vindt, dient aandacht te worden besteed aan de schakelmomenten in de zorgverlening, de zogeheten 'transities'.

Omdat ook aan transmurale zorg de eis mag worden gesteld dat deze doeltreffend en doelmatig is georganiseerd, dient aandacht te worden besteed aan het fenomeen substitutie. Substitutie betreft het streven om de verantwoordelijkheid voor en/of de uitvoering van zorg te verschuiven naar het laagste niveau waar dit verantwoord kan. Substitutie van zorg kan zowel horizontaal - van specialist naar generalist of van intra-muraal naar extramuraal - als verticaal - van de hogere opgeleide naar de lagere opgeleide functionaris - plaatsvinden. Als een gespecialiseerde verpleegkundige buiten het ziekenhuis taken gaat vervullen die vroeger in het ziekenhuis door een medisch specialist werden vervuld is er sprake van een combinatie van horizontale en verticale substitutie, dus van diagonale substitutie. Substitutie kan zowel worden toegepast om de kwaliteit als om de doelmatigheid van de zorg te vergroten.

Schema verschillende vormen van substitutie

Substitutie zoals hierboven beschreven vindt plaats tussen professionals. Er is echter ook substitutie van het professionele systeem naar het lekensysteem. Dit lekensysteem kan bestaan uit vrijwilligers, zoals in de terminale thuiszorg veelvuldig voorkomt, lotgenoten die patiënten op allerlei wijzen bijstaan, of uit de patiënt zelf of diens naasten of vrienden. Substitutie van het professionele naar het lekensysteem oftewel de zelfzorg en de mantelzorg betreft veelal de 'care'-taken (Duijnsteet *et al.*, 1994). Substitutie van professionele zorg naar zelfzorg en mantelzorg past goed in het streven naar het beperken van professionele zorgverlening tot noodzakelijke, doeltreffende en doelmatige zorg. Een vaak genoemd doel is ook het vergroten van de autonomie van de patiënt. Een dergelijke substitutie moet door beleidsmaatregelen – zoals het persoonsgebonden budget – en door de professionele zorg worden gestimuleerd en ondersteund. Helaas vindt er ook onbedoelde substitutie plaats, namelijk als leken moeten inspringen omdat er geen professionele zorg beschikbaar is.

De toekomst van de substitutie van professionele zorg naar zelfzorg en mantelzorg is onzeker. Enerzijds leiden emancipatie en empowerment tot een vergrote behoefte om zelf beslissingen te nemen en taken uit te voeren. Anderzijds leidt dezelfde emancipatie in onze samenleving tot het teruglopen van de beschikbaarheid van mantelzorgers, terwijl het aantal chronisch zieken ten gevolge van de dubbele vergrijzing zal toenemen. Partners van oude chronisch zieken zijn vaak niet meer goed in staat de benodigde mantelzorg te leveren.

Omdat er ook een tekort aan professionele zorgverleners wordt verwacht, is het verstandig zorgvuldig om te gaan met het potentieel aan mantelzorgers, bijvoorbeeld door gerichte bevordering van het vrijwilligerswerk en door ondersteuning van mantelzorgers in materiële en immateriële zin.

2.2 Financiering

De gezondheidszorg is niet alleen gefragmenteerd georganiseerd, maar de verschillende sectoren worden tevens volgens een andere systematiek (budgettering, verrichtingen, abonnement) en uit verschillende bronnen (eerste en tweede compartiment en eigen bijdrage) gefinancierd.

Het eerste compartiment, de AWBZ, is in principe bedoeld om langdurige, moeilijk te verzekeren zorg te financieren. Zo worden onder meer de thuiszorg en de verpleeghuishulp hieruit betaald.

De premie wordt geheven met de belasting. De curatieve somatische voorzieningen zoals ziekenhuizen, worden gefinancierd vanuit het tweede compartiment. Het grootste deel van de premie wordt op grond van de ziekenfondswet door de werkgever bij de salarisverstrekking geïnd en aan de Centrale Kas overgemaakt. Werknemers hebben daardoor nauwelijks zicht op de kosten.

Het systeem van eigen bijdragen is ingewikkeld en voor de diverse voorzieningen verschillend geregeld. Ook is het mogelijk gebruik te maken van diensten, waarvoor men zelf moet betalen.

Chronisch zieken vallen voor wat de medische zorg betreft onder het tweede compartiment en voor de niet-ziekenhuisgebonden verpleging en verzorging onder de AWBZ. Deze constructie levert problemen bij de transmurale hulpverlening aan chronisch zieken. Het is mogelijk dat zij voor transmurale zorg meer zelf moeten betalen dan voor ziekenhuisgebonden zorg.

Ook de financiering van de bij transmurale zorg betrokken instellingen is verschillend geregeld. De grote aanbieders maken vaak productie-afspraken: binnen bepaalde grenzen leveren ze zorg voor een gebudgetteerde prijs. Verschuivingen in zorgverlening tussen instellingen en aanbieders verstoort niet alleen de systematiek, maar levert ook allerlei ingewikkelde problemen op. De 'knip' in de thuiszorg had als doel een deel van de thuiszorg naar het tweede compartiment over te hevelen. Deze regeling is in verband met implementatieproblemen per

1 januari 1998 teruggedraaid. Zowel de 'knip' als de marktwerking in de thuiszorg is tot 2001 bevroren (Sales & Crasborn, 1998). De concurrentie is tijdelijk gestabiliseerd.

Voor de patiënten – en daarmee voor de totstandkoming van transmurale zorg – is het een nadeel dat de verschillende eigen bijdragen regelingen niet zijn geharmoniseerd, zodat deelname aan transmurale zorg-projecten in een aantal gevallen impliceert dat de patiënt veel meer zelf moet bijdragen.

Het is niet realistisch te verwachten dat transmurale zorg goed van de grond komt, als de kosten daarvan hoger zouden zijn als van de

bestaande zorgverlening. Of het uitbreiden van transmurale zorg tot kostenbesparing op macroniveau in de gezondheidszorg leidt, is zeer de vraag. Transmurale zorg bewerkstelligt weliswaar kostenverlichting door een kortere gemiddelde opnameduur, minder bezoeken aan poliklinieken en minder klinische verrichtingen/technologie, maar daar staan echter een aantal andere of 'nieuwe' kosten tegenover, die de groei van transmurale zorg met zich meebrengt:

- zorg van overige patiënten wordt relatief zwaarder en dus duurder, als de relatief 'lichtere' categorie patiënten in aanmerking komt voor transmurale zorg;
- zorgvernieuwing gaat gepaard met ontwikkelingskosten;
- kwaliteitsbewaking leidt tot reductie van onderbehandeling. In het kader van kostenbeheersing krijgt overbehandeling veel aandacht. Door protocollering en standaardisering zullen er echter ook situaties aan het licht komen waar sprake is van onderbehandeling;
- kosten in verband met overleg en coördinatie. Deze zijn onlosmakelijk verbonden met transmurale zorgverlening;
- kosten door vervoer/transport doordat de verschillende bij de zorg betrokken hulpverleners elders zijn gestationeerd;
- kosten doordat huisartsen een vergoeding moeten ontvangen voor extra werkzaamheden;
- technologie die normaal alleen in ziekenhuizen wordt gebruikt, wordt ook thuis mogelijk, wat extra inspanning vergt;
- fiscale kosten zoals BTW en vennootschapsbelasting bij een BV.

Transmurale zorg is dus niet vanzelfsprekend kostenverlegend. De onzekerheid hierover is op zich een rem op de ontwikkeling van transmurale zorg. Oplossingen worden gezocht in 'rugzak' modellen waarbij het geld de patiënt volgt, flexigelden, regiobudgetten, grijze afspraken en persoonsgebonden budgetten. Maar de oplossingen zijn tot op heden weinig doorzichtig en doelmatig en daardoor belemmerend voor het goed van de grond komen voor transmurale zorg.

3 Managed care en disease management

3.1 Inleiding

Transmurale zorg komt voort uit de gedachte dat zorg in samenhang moet worden aangeboden, doeltreffend en doelmatig dient te zijn en afgestemd moet zijn op de patiënt. Transmurale zorg past ook binnen de tendens van rationalisatie van het zorgproces. Een kenmerk van de wijze waarop tot nu toe over transmurale zorg is gesproken, is dat het initiatief en de verantwoordelijkheid bij de aanbieders liggen.

Een belangrijke partij in de zorg bestaat uit de verzekeraars. Verzekeraars hebben de afgelopen jaren de plicht gekregen de zorg waarop patiënten blijkens de polisvoorwaarden recht hebben te realiseren. De ziekenfondsen zijn gebudgetteerd. Dit heeft tot gevolg dat verzekeraars een aanmerkelijk belang hebben bij de kosten en de kwaliteit van de geleverde zorg. Verzekeraars, de één meer en de ander minder, willen dan ook over instrumenten kunnen beschikken om het zorgproces te beheersen of te sturen. In de Verenigde Staten zijn verzekeraars, werkgevers en intermediaire organisaties als 'health plans' daarin al veel verder gegaan en is aan de concepten managed care en disease management gestalte gegeven.

Vanwege de zekere mate van overeenkomst tussen de doelstellingen van transmurale zorg en van managed care en disease management zal in dit hoofdstuk worden nagegaan hoe deze ontwikkelingen zich tot elkaar verhouden.

3.2 Managed care en disease management

Een probleem is dat er veel omschrijvingen van managed care in omloop zijn. Gemeenschappelijke elementen zijn dat bij managed care een relatief breed pakket aan zorgvoorzieningen wordt aangestuurd door een derde partij – verzekeraar, health plan organisatie of werkgever -, dat er veel aandacht wordt besteed aan de beheersing van het zorgproces door protocollering, controle en feedback (benchmarking) en dat kostenbeheersing een dominante rol speelt.

Bij disease management daarentegen gaat het om de aansturing van de zorg aan een afgebakende categorie patiënten met een specifiek zorgprobleem (bijvoorbeeld diabetes mellitus, astma en COPD, hartfalen, neurologische problemen, nierinsufficiëntie). Bij disease management is er sprake van een integrale aanpak:

preventie, diagnostiek, therapie, begeleiding, zelfmanagement, revalidatie en arbeidsreïntegratie maken er onderdeel van uit. Veelal vindt de aansturing ook hier plaats door een derde partij. Deze derde partijen hebben meer specifieke kennis van en/of belangen bij het aan de orde zijnde zorgprobleem (een aantal is bijvoorbeeld gerelateerd aan de farmaceutische industrie). Er zijn echter ook voorbeelden van aanbieders die zelf de verantwoordelijkheid dragen voor 'disease management', zoals de Mayo Clinic (Studiereis, 1998). Hoewel bij disease management de kostenbeheersing ook hoog in het vaandel staat, krijgen de aspecten kwaliteit en patiëntenperspectief er tevens expliciet aandacht. Vanwege de transparantie van het zorgproces en de nadruk op feedback en benchmarking wordt er veel aandacht besteed aan gegevensverzameling door middel van geavanceerde informatietechnologie.

3.3 Disease management in de Nederlandse gezondheidszorg

In Nederland is een aantal partijen zich op dit moment aan het oriënteren over de mogelijkheden van het concept disease management voor de Nederlandse gezondheidszorg. Men beseft zich dat het hierbij gaat om de bruikbaarheid van elementen van dit concept. De situatie in ons land is immers nogal verschillend van die in de Verenigde Staten:

- meer dan in Nederland wordt daar geaccepteerd dat de gezondheidszorg beschouwd kan worden als een markt, dat er op prijs, kwaliteit en pakketomvang mag worden geconcurrereerd en dat er op gezondheidszorg winst mag worden gemaakt;
- de positie van de ziektekostenverzekeraars – en zeker van de verzekeraars met een groot bestand aan ziekenfondspatiënten – ten opzichte van de aanbieder is geheel anders: in de Verenigde Staten hebben ze meer mogelijkheden om het zorgproces te sturen dan bij ons;
- in Nederland hebben burgers op grond van wetgeving (bijvoorbeeld de Ziekenfondswet en de AWBZ) recht op een breed pakket aan zorgvoorzieningen;
- in Nederland heeft de overheid meer greep op de uitgaven aan gezondheidszorg en op de tarieven van aanbieders en ziektekostenverzekeraars, maar is het als 'incentive' extra

belonen van aanbieders, zeker van artsen, minder gemakkelijk;

- Nederland kent een verdergaande scheiding tussen specialistisch en generalistische zorg dan de Verenigde Staten.

Ondanks deze verschillen zien we ook een convergentie. Deze wordt vooral veroorzaakt door de veranderende positie en invloed van de zorgverzekeraars. Van uitvoerders van sociale wetgeving zijn ze ondernemers geworden die zich laten leiden door concurrentiepositie, rendement en kostenbeheersing. "Wie betaalt, bepaalt" is meer en meer een gehoord credo van zorgverzekeraars (Van der Werf, 1997). Financiële motieven zijn dan ook een belangrijk argument bij pogingen greep te krijgen op de zorg en het aanbod van zorg.

De opgave voor de komende jaren is de belangen van de verzekeraars in balans te brengen met die van patiënten, aanbieders en overheid. In zekere zin kan de verschuiving van managed care naar disease management in de Verenigde Staten worden beschouwd als een reactie op het doorslaan van de balans naar die van de verzekeraars. In disease management wordt kwaliteit – en daarmee de items die voor patiënten en aanbieders zwaar wegen – immers hoger aangeslagen. Dit 'professionele' perspectief komt ook tot uiting in de definitie van STG van disease management:

"Het proces waarin een voortdurende verbetering van meetbare resultaten van het behandelingscontinuüm (preventie, diagnostiek, management) van een specifieke ziekte wordt bevorderd." (STG, 1997 pg VII).

Disease management wordt vooral toegepast bij chronische ziekten zoals diabetes mellitus, CARA en hart- en vaataandoeningen, ziekten die veel voorkomen, hoge kosten met zich meebrengen en waarbij vanwege de complexiteit van de aandoeningen verschillende zorgverleners bij de zorg en begeleiding zijn betrokken. Een overweging is dat chronische ziekten in een stabiele fase zich goed lenen voor protocollering. Met name op het gebied van de chronische ziekenzorg is er nogal wat overeenstemming tussen disease management en transmurale zorg. Beide vormen zijn immers onderdeel van zorgvernieuwing, beogen kwaliteitsverbetering en gebruiken hiervoor instrumenten als centrale aansturing, protocollering en substitutie waar mogelijk. Naast disease management programma's voor chronische aandoeningen als diabetes, CARA, hartfalen en ouderdomsziekten zoals de ziekte van Parkinson, worden steeds meer programma's ontwikkeld op andere gebieden, zoals psychische (depressie en angststoornissen) en psychogeriatrische problemen (de-mentie) en problemen op het werk zoals stress en nek-rugklachten.

3.4 Bedenkingen tegen disease management

Tegen disease management wordt een aantal bedenkingen ingebracht. Zo hebben met name professionals moeite met de betrokkenheid van de geneesmiddelenindustrie. Deze bedrijfstak zoekt als reactie op prijsmaatregelen en verzwaarde procedures om nieuwe producten toe te laten naar nieuwe strategieën. Eén daarvan is het opsporen van patiënten die niet behandeld, onjuist behandeld of onderbehandeld worden, door middel van systematische opsporing en surveillance van voor hun producten in aanmerking komende patiënten. Voorzover dit niet leidt tot beïnvloeding van het voorschijfgedrag van zorgverleners, kan dit worden gezien als een positieve bijdrage aan het op moderne leest schoeien van het zorgproces.

Een andere bedenking vormt de gerichtheid op een specifiek probleem. Is het vanuit het oogpunt van kwaliteit, doelmatigheid en patiëntgerichtheid wel noodzakelijk om aan deze problemen afzonderlijk, dus vanuit een sterk specialistische inbreng, aandacht te besteden, of kan een groot deel van die problemen op dezelfde wijze als thans door generalisten worden behandeld? Een argument dat hierbij veelvuldig wordt genoemd is het punt dat zich bij chronisch zieken vaak co-morbiditeit voordoet en dat dit fenomeen toeneemt naarmate de leeftijd vordert. Contra-argumenten zijn dat met disease management en toegespitste 'shared care' vaak verbetering van kwaliteit wordt behaald en dat met co-morbiditeit anders kan worden omgegaan als ziektegebonden complicaties en overige aandoeningen tot het aandachtsgebied van het disease management-programma wordt gerekend, zoals de aandacht voor de gevolgen van diabetes mellitus op andere orgaansystemen. Als bij op een aandoening gerichte programma's ook op deze normale, veel voorkomende, complicaties wordt gelet is co-morbiditeit minder een probleem en heeft de patiënt het voordeel dat hij niet van de ene naar de ander zorgverlener hoeft te gaan.

Tenslotte worden er wel bedenkingen geuit ten aanzien van de bewaking van het groot aantal data dat met geavanceerde informatietechnologie wordt verzameld en wordt de vrees geuit dat het voor de huisarts als poortwachter niet gemakkelijk zal zijn het overzicht te houden. Het bezwaar tegen het groot aantal data speelt vooral als een derde partij verantwoordelijk is voor de aansturing en bewaking van het programma, vooral als deze ook andere belangen heeft, zoals in de verzekeringsbranche steeds gebruikelijker wordt. De vraag is of het nadeel dat de huisarts vanuit zijn eigen betrokkenheid niet direct zelf met het reilen en zeilen van een patiënt bekend is, opweegt tegen de potentiële doelmatigheids- en kwaliteitswinst van gerichte programma's.

Vanzelfsprekend moet de huisarts over het beloop van de behandeling worden geïnformeerd en dient hij over de noodzakelijke data te kunnen beschikken. Het lijkt redelijk te verwachten dat deze problemen met de moderne technologie kunnen worden opgelost.

4 Rollen van participanten bij transmurale zorg

4.1 Inleiding

Participanten bij transmurale zorg hebben door hun verschillende cultuur, werkomgeving en opleiding veelal uiteenlopende ideeën over de invulling van 'goed hulpverlenerschap' en van 'samenwerking'. Structurele samenwerking en coördinatie op verschillende niveaus zijn essentiële voorwaarden voor het wel slagen van transmurale zorg. Verantwoordelijkheden worden immers gezamenlijk gedragen of volgens afspraak verdeeld. Duidelijk moet zijn wie waar verantwoordelijk voor is en hoe delegatie geregeld is. Verantwoordelijkheid kan betrekking hebben op de organisatie en op de inhoud van de zorg.

Zowel ten aanzien van de zorginhoudelijke coördinatie, de concrete zorg aan een patiënt, als van de procesmatige coördinatie van een project, is het noodzakelijk dat één persoon het totale overzicht en de eindverantwoordelijkheid heeft. Dit laatste, de procesmatige coördinatie van een project, kan heel goed geschieden door personen met een gezondheidswetenschappelijke achtergrond.

Voor zorginhoudelijke coördinatie, ook wel 'case management' genoemd is de hulpverlener verantwoordelijk die het meest is betrokken bij de zorgverlening en het beste overzicht heeft over de totale zorgsituatie. Op zich komt de huisarts voor deze rol in aanmerking. Toch blijken huisartsen relatief weinig bij transmurale projecten te zijn ingeschakeld (Nivel, 1997). De vraag is of huisartsen met hun hoge werkdruk, brede takenpakket en minder op routinehandelingen gerichte werkwijze wel als enige in aanmerking komen. In veel transmurale projecten, vooral in die waar het gaat om de zorg aan chronisch zieken, letten (gespecialiseerde) verpleegkundigen op de zorginhoudelijke coördinatie. Verpleegkundigen hebben een werkwijze waardoor ze al gauw meer aandacht schenken aan voorlichting en compliance dan de huisarts (Frederix en Spreeuwenberg, 1995). Hier is sprake van een interessante vorm van substitutie, die allerlei consequenties kan hebben voor de toekomstige ontwikkeling van het verpleegkundige beroep.

Veel partijen houden zich bezig met de uitvoering, de evaluatie en het stimuleren van transmurale zorg. Bij de uitvoering van de zorg zijn instellingen als thuiszorgorganisaties, ziekenhuizen, verpleeghuizen en beroepsbeoefenaren als huisartsen,

verpleegkundigen, verzorgenden en medisch specialisten betrokken (Nivel, 1996). Gaat het om programma's met disease managementachtige elementen, dan participeren ook apothekers, geneesmiddelenindustrie en zorgverzekeraars. De evaluatie geschiedt door universitaire onderzoeksgroepen, (academische ziekenhuizen) en onderzoeksinstituten als Nivel en NZi. Transmurale zorg is de afgelopen jaren extern gestimuleerd door de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ), die in het noorden, westen en zuiden van het land drie Coördinatiecentra heeft opgezet die als motor voor regionale samenwerking en coördinatie en lokale projecten met extra financiering mogelijk heeft gemaakt. ZorgOnderzoek Nederland (ZON) heeft – zij het beperkt – eveneens mogelijkheden om projecten te initiëren, mits deze gegevens voor verdere implementatie en overdracht opleveren. Hoewel transmurale zorg betrekking heeft op de samenwerking tussen professionals, dienen in programma's als dit mogelijk is, vrijwilligers en mantelzorg te worden betrokken en dient daarin aandacht te worden besteed aan de mogelijkheden voor zelfzorg en empowerment van de patiënt. Hierin hebben niet alleen de professionele aanbieders, maar ook patiëntenorganisaties een rol.

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de specifieke positie en bijdrage van de belangrijkste relevante partijen aan transmurale zorg.

4.2 Thuiszorg

Het begrip thuiszorg heeft een tweeledige betekenis. Ten eerste staat thuiszorg voor de sector in de gezondheidszorg die zich bezighoudt met verzorging en verpleging. Thuiszorg wordt meestal geassocieerd met care-taken. Steeds meer wordt de thuiszorg echter ook betrokken bij cure-taken, zoals het bewaken van zuurstoftoediening en van parenterale vormen van geneesmiddelen- en voedseltoediening thuis. Ten tweede heeft thuiszorg een zorginhoudelijke betekenis: 'Het geheel van verzorging, verpleging en begeleiding van de hulpgever in de thuissituatie, dat verricht wordt met behulp van zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligerswerk, en/of (aanvullende) professionele zorg en dat er specifiek op gericht is de hulpvrager in staat te

stellen zich te handhaven in de thuissituatie.' (Ketelaars en Van Dam, 1993).

Vooral chronische zieken hebben behoefte aan zorg – in de zin van cure én care - buiten de traditionele instellingen.

Het vroegere kruiswerk en de vroegere gezinsverzorging zijn op de meeste plaatsen in Nederland gefuseerd tot één organisatie, de thuiszorg. Met als doel een doelmatigere inzet van hulpverleners, onder meer door overlappings in werkzaamheden zoveel mogelijk te voorkomen. Dit heeft geleid tot schaalvergroting en een uitgebreider takenpakket. Het laatste omvat zowel generalistische als specialistische functies; bij veel thuiszorgorganisaties zijn verpleegkundigen zich gaan differentiëren en specialiseren.

In de literatuur wordt vaak onderscheid gemaakt tussen differentiatie, gespecialiseerd werken en specialisatie. Als in het kader van dit rapport wordt gesproken over gespecialiseerde verpleegkundigen, wordt bedoeld op verpleegkundigen die adequaat zijn opgeleid en bevoegd en bekwaam zijn om als gespecialiseerd verpleegkundige te werken.

Gedifferentieerd werken betekent dat de verpleegkundige verantwoordelijk is voor de uitvoering van het hele takenpakket van de wijkverpleegkundige en daarnaast één of meer aandachtsgebieden heeft waarop zij zich bijzonder toelegt. Na aanvankelijk optimisme lijkt differentiatie in de thuiszorg een weinig geschikt model, er is sprake van 'vlees noch vis'. De meerwaarde van de gedifferentieerde wijkverpleegkundige ten opzichte van de generalistische wijkverpleegkundige is nooit aangetoond. (Ketelaars, 1996)

Gespecialiseerd werken houdt in dat de verpleegkundige zich richt op en specifieke kennis ontwikkelt over een beperkt deel van het totale pakket, bijvoorbeeld diabetes mellitus, hartfalen en CARA. Het werk van deze verpleegkundigen is niet meer generalistisch en heeft verwantschap met het werk van medisch specialisten als diabetologen, cardiologen en longartsen.

Voorkomen moet worden dat wijkverpleegkundigen die gedifferentieerd en gespecialiseerd werken, geïsoleerd raken van enerzijds hun generalistische werkende collegae in de thuiszorg en de huisartsen en anderzijds de medisch specialisten en de verpleegkundigen op de polikliniek van het regionale ziekenhuis. De aard van hun werk brengt immers met zich mee dat zij veel met de medewerkers van deze polikliniek zullen moeten samenwerken. Vanuit het perspectief van de thuiszorgorganisatie kan het een probleem zijn dat soms met meerdere ziekenhuizen in één regio moet worden samengewerkt. Vanuit het perspectief van het ziekenhuis geldt hetzelfde als er in een regio meerdere thuiszorgorganisaties actief zijn. Zo concurreren AWBZ-erkende organisaties en particuliere organisaties met elkaar en onderling. Een aantal thuiszorgorganisaties heeft de afgelopen jaren als gevolg van de schaalvergroting, de toename van de partners waarmee moet worden samengewerkt, het ouder worden van de

bevolking, de toename van de zorgvraag en het teruglopen van de mogelijkheden van mantelzorg, een moeilijke periode doorgemaakt.

4.3 Ziekenhuis en medisch specialisten

De rol van ziekenhuizen bij transmurale zorg programma's richt zich op een aantal zaken:

De aansluiting van voor- en nazorg op een klinische opname

Waar er vroeger alleen belangstelling bestond voor het natraject en deze taak door het maatschappelijk werk werd uitgevoerd, zien we thans uitbreiding tot het gehele zorgproces en overname van deze taak door speciaal opgeleide transferverpleegkundigen.

Extramuralisering van ziekenhuisvoorzieningen

Al jaren proberen ziekenhuizen specialistische verrichtingen, die niet noodzakelijkerwijs in het ziekenhuis behoeven te worden uitgevoerd, te extramuraliseren. Te denken valt onder meer aan de intensieve behandeling van mensen met cystic fibrosis en de verschillende vormen van dialyseren thuis.

Daarnaast proberen sommige ziekenhuizen hun polikliniek te ontlasten door via 'shared care'-modellen met huisartsen en thuiszorgorganisaties samen te werken waardoor zij bij de patiëntenzorg betrokken kunnen blijven zonder dat de polikliniek hierdoor wordt belast.

Ondersteuning van huisartsen

Medische specialisten kunnen huisartsen ondersteunen bij de diagnosestelling en de behandeling thuis, maar ook door gestructureerd samen te werken bij de gebruikmaking van laboratorium- of röntgenfaciliteiten

De bij de Stichting Ziekenhuisverplaatste Zorg aangesloten ziekenhuizen zoals het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen, het Beatrix Ziekenhuis in Gorinchem en het academisch ziekenhuis Maastricht spelen een stimulerende rol bij transmuralisering. Op velerlei wijzen wordt transmurale zorg, vaak uit eigen middelen, door die ziekenhuizen gestimuleerd.

4.4 Verpleegkundigen

De Commissie Modernisering Curatieve Zorg spreekt in het

rapport 'Gedeelde zorg: betere zorg' over twee functies van de verpleegkundige in het kader van de reorganisatie van ziekenhuizen. Ziekenhuizen gaan zich steeds meer richten op hoogwaardige specialistische zorg. Het verpleegkundige werk wordt tot tweede kernactiviteit van het ziekenhuis gemaakt. Voor verpleegkundigen betekent dit dat ze algemeen inzetbaar en hoog geschoold moeten zijn. Een goede taakverdeling en een situatie waarin verpleegkundigen en medisch specialisten als gesprekspartners fungeren, maakt dat verpleegkundigen aan leidinggevende activiteiten kunnen deelnemen (Commissie Modernisering Curatieve Zorg, 1994).

Geconstateerd is al dat verpleegkundigen bij veel transmurale zorgprogramma's een centrale rol spelen. Ze verzorgen de regie, houden controle over de totale zorg en krijgen steeds uitgebreidere behandelende taken. Omdat het om programma's met betrekking tot één aandoening gaat, vervullen deze verpleegkundigen ook specialistische taken. Dit betekent dat twee bewegingen zijn te signaleren met betrekking tot de taken van de gespecialiseerde verpleegkundige.

In de eerste plaats worden er coördinerende taken aan het takenpakket toegevoegd. Concreet betekent dit het fungeren als zorgmanager met bijbehorende coördinerende taken, voorlichting, bijhouden van geïntegreerde patiëntendossiers en soms ook het meewerken aan wetenschappelijk onderzoek.

In de tweede plaats krijgen verpleegkundigen steeds meer taken bij het uitvoeren van medische handelingen. Naast de oorspronkelijke verpleegkundige taken zoals inventariseren van klachten, signaleren van problemen, begeleiden, instrueren en het uitvoeren van verpleegkundige handelingen, verrichten verpleegkundigen steeds meer medische handelingen op het gebied van controle (beoordelen longfunctie, functie perifere

vaten), behandelen, voorschrijven (volgens in het protocol vastgelegde kaders) en verwijzen.

Transmurale zorg doorbreekt traditionele grenzen van verpleegkundigen. Werkgebieden en taken verschuiven bij substitutie. Het is noodzakelijk dat bevoegdheden en bekwaamheden na taakverschuiving goed zijn geregeld. De Wet BIG, wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, heeft hierop betrekking.

De in november 1993 aangenomen Wet BIG wordt thans in fases ingevoerd. De wet heeft betrekking op de volgende acht beroepsgroepen waar registers voor zijn opgesteld: arts, tandarts, apotheker, klinisch psycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut,

verloskundige en verpleegkundige.

De titels van deze beroepsgroepen worden op grond van de Wet BIG beschermd. Ter bescherming van patiënten en de titels, regelt de wet dat bepaalde handelingen zijn voorbehouden aan artsen, verloskundigen of tandartsen. De wet maakt het mogelijk dat anderen deze voorbehouden handelingen in opdracht van bevoegden kunnen uitvoeren. Wel moet de desbetreffende hulpverlener bekwaam zijn en handelen volgens aanwijzingen. Daarnaast kent de Wet BIG de mogelijkheid functionele zelfstandigheid te verlenen. Dit betekent dat voorbehouden handelingen kunnen worden verricht zonder direct toezicht of tussenkomst van de opdrachtgever. Voor deze handelingen moet de functionele zelfstandige bekwaam zijn en is een opdracht van een bevoegde nodig. Naast titelbescherming, na registratie, zijn verpleegkundigen bevoegdheden verleend met betrekking tot voorbehouden handelingen.

In het kader van de Wet BIG is ook het tuchtrecht veranderd. Verpleegkundigen vallen thans onder de werking van het tuchtrecht. Het is realistisch onder ogen te zien dat verpleegkundigen die medische taken uitvoeren, geconfronteerd zullen worden met klachten die aan de tuchtrechter worden voorgelegd. Deze zaken kunnen bijdragen aan normontwikkeling en concretisering van het verpleegkundig deskundigheidsgebied. De vraag is bij wie de extramuraal werkende gespecialiseerde verpleegkundigen in dienst behoren te zijn en wie het toezicht op hun werkzaamheden heeft. Op dit moment wordt op pragmatische gronden beslist of deze verpleegkundigen in dienst zijn van het ziekenhuis of van de thuiszorgorganisatie. In de Limburgse regio Heuvelland hebben het academisch ziekenhuis Maastricht (azM) en de thuiszorgorganisatie Groene Kruis Heuvelland (GKH) een samenwerkingsovereenkomst getekend waarin geregeld wordt dat beide organisaties gelijkelijk zorg dragen voor de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen in omschreven transmurale zorgprojecten, dat deze verpleegkundigen zowel op de polikliniek van het azM als in huisartspraktijken werkzaam zijn en dat de verpleegkundigen van het GKH gedetacheerd worden bij het azM. Tenslotte moet bij de ontwikkeling van transmurale zorg aandacht worden besteed aan het de komende jaren toenemende tekort aan verpleegkundigen. Zowel de instellingen als de verpleegkundigen zullen gedwongen worden zich af te vragen of ze hun prioriteit willen leggen bij het vervullen van de traditionele taken of bij nieuwe taken. Zullen verpleegkundigen bij een oplopend tekort kiezen voor meer verantwoordelijkheid en zwaardere verplichtingen en hoe zullen degenen die desondanks voor de uitdaging kiezen, dit ook uitgedrukt willen zien in hun arbeidsvoorwaarden?

4.5 Huisartsen

De Commissie Modernisering Curatieve Zorg pleit in haar nota voor een sterkere positie van de huisarts als poortwachter. De term poortwachter houdt in dat de huisarts de toegang tot de tweedelijnsvoorzieningen bewaakt. De Commissie wilde de huisarts echter ook een rol laten vervullen tijdens het verblijf in de tweede lijn. De Commissie achtte een samenwerking tussen huisartsen enerzijds en ziekenhuizen en medisch specialisten anderzijds essentieel. Het versterken van de huisartsenpositie zou gestalte moeten krijgen door het verder ontwikkelen van standaarden gericht op zorgverlening, samenwerking en verwijzingen tussen huisartsen en medisch specialisten (Commissie Modernisering Curatieve Zorg, 1994).

De Nederlandse huisartsgeneeskunde heeft zich de afgelopen decennia op indrukwekkende wijze inhoudelijk ontwikkeld. Door deze ontwikkeling kan de Nederlandse huisarts als volwaardig gesprekspartner van de medisch specialist fungeren, zij het dat beiden een andere invalshoek voor hun bijdrage hebben.

Bij deze ontwikkeling kan een aantal kanttekeningen worden geplaatst. Terecht hebben de huisartsen zich toegeleid op de problemen die zich binnen hun eigen praktijken voordoen en is de 'huisartsgeneeskundige epidemiologie' het uitgangspunt voor hun activiteiten geweest. Door de gerichtheid op de eigen problematiek kon er minder aandacht worden besteed aan de problemen die de patiënten van huisarts en medisch specialist delen. De tijd is gekomen voor protocollen en standaarden die de traditionele beroepsgrenzen overschrijden. Daarnaast kon de inhoudelijke ontwikkeling niet ten volle worden uitgebuit omdat de huisartsgeneeskunde organisatorisch is achtergebleven. De helft van de huisartsen werkt nog steeds solistisch, de rest werkt vooral in duopraktijken en groepspraktijken. Ongeveer tien procent werkt in gezondheidscentra. Vanwege de vrije beroepsuitoefening ontbreekt het vertegenwoordigers van huisartsen in overleggroepen aan mandaat om namens een groep huisartsen organisatorische en inhoudelijke afspraken te maken. Maatschappelijke ontwikkelingen zoals parttime werken, de toename van de vraag naar zorg buiten de traditionele kantooruren en de veranderingen in de rest van de gezondheidszorg, zoals het opgang komen van transmurale zorg, maken het solistisch werken voor een huisarts steeds problematischer. Een toename van complexe zorgvragen, 'zorg op maat', gestructureerde samenwerking met grote ziekenhuis- en thuiszorgorganisaties, vragen om

een goed georganiseerde huisartsengroep (HAGRO) of huisartsen onder een dak (HOED). Een groepspraktijk biedt een aantal voordelen voor transmuralisering, te weten onderling overleg en toetsing, gestructureerd overleg met andere organisaties, functie-differentiatie, beschikbaarheid management en automatisering (Crebolder *et al.*, 1997).

Evenals medisch specialisten niet kunnen ontkomen aan integratie met het ziekenhuis, mag ook worden verwacht dat er maatregelen genomen gaan worden waardoor huisartsen zich wel moeten integreren met de overige extramurale voorzieningen. Het vervelende is echter dat dergelijke processen lange tijd in beslag nemen en – zoals de geschiedenis met de medisch specialisten heeft laten zien, veel energie kosten.

De organisatie van de huisartsgeneeskunde maakt dat het moeilijk is om doelmatige programma's voor transmurale zorg met een centrale rol voor de huisarts op te zetten. Als huisartsen zelf het initiatief voor een transmuraal project hebben genomen vervullen ze veelal ook de regiefunctie (Nivel, 1997). Helaas doen ze dat maar zelden. In weerwil van de suggesties van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg voor de rol van de huisarts in de transmurale zorgverlening, blijft zelfs de deelname aan transmurale zorgprojecten van huisartsen achter bij de deelname van ziekenhuizen (medisch specialisten) en thuiszorgorganisaties (verpleegkundigen) (Spreeuwenberg, 1997).

Naast de organisatorische problemen, speelt voor huisartsen ook dat ingewikkelde samenwerking de huisarts tijd kost en de werkdruk nog meer verhoogt. Huisartsen hebben een reëel gebrek aan tijd. Het aantal overlegvormen neemt toe en meer patiënten verblijven thuis onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. De beperkingen in de toegang tot de studie geneeskunde en de opleiding tot huisarts brengen met zich mee dat van praktijkverkleining de komende jaren geen soelaas hoeft te worden verwacht.

Een bijdrage aan het tijdsprobleem wordt verwacht van de introductie van de praktijkverpleegkundige in de komende jaren. De praktijkverpleegkundige kan de huisarts binnen de huisartsenpraktijk ondersteunen bij de generalistische zorg.

Met het delegeren van taken op uitvoeringsniveau naar de praktijkverpleegkundige hebben huisartsen niet zo veel moeite. Met het overdragen van de inhoudelijke zorg voor groepen chronisch zieken aan een gespecialiseerde verpleegkundige, ligt dit genuanceerder. Dit is ook te begrijpen omdat juist in de zorg aan chronisch zieken inhoud wordt gegeven aan het ideaalbeeld van de huisarts als iemand die persoonlijke, continue en integrale

zorg verleent aan patiënten en hun familieleden. De vraag is hoe de huisartsen aan dit ideaalbeeld een eigentijdse invulling kunnen geven.

Gerelateerd aan het tijdsprobleem heeft de huisarts ook te maken met de financiële aspecten van transmurale zorg. Huisartsen worden voor het ziekenfondsgedeelte per abonnement betaald. Als substitutie zo wordt uitgevoerd dat dit leidt tot vermindering van de werkdruk, dan verwachten andere partijen ook een bijdrage van de zijde van de huisarts in de kosten. Veelal is dit onbespreekbaar. Toch is 'redesign' van het zorgproces als de reële kosten en baten worden verrekend.

Tot de kosten kan ook de huisvesting van nieuwe werkers in de huisartsenpraktijk worden gerekend. In werkelijkheid wordt dit probleem echter overschaduwd door het gebrek aan extra ruimte om anderen in de normale kantoorruimtes in de huisartspraktijk te laten werken.

Wij menen dat het in het kader van transmurale zorg op basis van een regionaal zorgconcept mogelijk is een balans te vinden waarbij de huisarts betrokken blijft bij het gehele zorgproces en toch een groot deel van de verantwoordelijkheid wordt gedragen door gespecialiseerde verpleegkundigen. Huisartsen kunnen dan meer tijd besteden aan taken die in ieder geval niet door anderen kunnen worden overgenomen, namelijk diagnostiek en het behandelen van exacerbaties en complicaties (Frederix en Spreewenbergh, 1995).

4.6 Overige partijen

Zorgverzekeraars, gemeenten, de geneesmiddelenbranche en apothekers zijn geïnteresseerd in elk hun eigen belangen. Zorgverzekeraars zijn geïnteresseerd vanwege hun plicht om kwalitatief verantwoorde zorg te leveren en hun belang bij kostenbeheersing. De rol van verzekeraars bij transmurale zorg is gecompliceerd omdat bij transmurale zorg vrijwel altijd meer dan één - in principe gescheiden - financieringssysteem zijn betrokken: de financiering volgens het eerste compartiment (AWBZ) waaruit de thuiszorg wordt betaald, het tweede compartiment (ziekenfondsverzekeringen en de overige ziektekostenverzekeringen) waaruit de ziekenhuizen en huisartsen worden bekostigd en soms ook het derde compartiment als er aanvullende verzekeringen in het geding zijn. Voor al deze compartimenten gelden andere regels. Zo houden ze voor de ziektekostenverzekeraars verschillende en soms zelfs tegengestelde belangen en risico's in: voor de AWBZ heeft de ziektekostenverzekeraar slechts de functie van verbindingkantoor,

terwijl hij voor het tweede en derde compartiment ondernemersrisico loopt. Binnen een regio vervullen verschillende ziektekostenverzekeraars soms de functie van verbindingkantoor of van ziektekostenverzekeraar. De verschillende rollen en belangen maken het voor de ziektekostenverzekeraars moeilijk hun positie te bepalen. Ziektekostenverzekeraars hebben uiteenlopende gedachten over hun eigen rol en de mate waarop ze invloed hebben op het concrete zorgproces. Ze worden gebudgetteerd en zijn verantwoordelijk voor het leveren van zorg, waardoor ze een financieel belang hebben bij een beloop van het zorgproces. Ze zijn geïnteresseerd in managed care en sommigen ook in disease management. Zorgverzekeraars worden steeds actiever op het gebied van datamanagement, wat een instrument kan zijn voor benchmarking.

Gemeenten zijn betrokken bij transmurale zorgverlening omdat zij uitvoering geven aan de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) en het gemeentelijke welzijnsbeleid. Hierdoor dragen zij de verantwoordelijkheid voor zaken als woningaanpassing, vervoer, maaltijdvoorziening etc. (NRV, 1995). Er bestonden reeds regionale indicatie organen (RIO) voor de plaatsing in verzorgings- en verpleeghuizen. Vanaf 1 januari 1998 is deze gemeentelijke organisatie ook verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor thuiszorg (Otten, 1997). In een aantal gevallen is deze verantwoordelijkheid op contractbasis weer gedelegeerd aan bijvoorbeeld het ontslagbureau of de transferverpleegkundige van het ziekenhuis.

De geneesmiddelenbranche en apothekers zijn geïnteresseerd in transmurale zorg omdat medicamenteuze behandeling een belangrijk aspect is bij de behandeling van chronisch zieken (Van der Werf, 1996). Het belang van de geneesmiddelenindustrie is gelegen in het voorkomen van onderbehandeling en meer medicijngebruik. Duidelijkheid moet bestaan over hun rol, verantwoordelijkheden en taken. Een structurele situatie waar een bedrijf een centrale rol heeft is niet wenselijk.

Apothekers proberen door middel van het Farmaceutisch Therapeutisch Overleg (FTO), op lokaal niveau het voorschrijven van medicijnen door huisartsen en het afleveren van de medicatie door de apothekers op elkaar af te stemmen. Binnen de beroepsgroep is discussie in hoeverre zij zich als adviseur, leverancier en bewaker van geneesmiddelen actiever met het zorgproces kunnen bezighouden. Hun rol is het grootst in disease-management programma's.

5 Beïnvloedende factoren voor transmurale zorg

5.1 Inleiding

Transmurale zorg is een relatief nieuwe ontwikkeling binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Zowel binnen als buiten Nederland is door middel van projecten ervaring opgedaan met deze vorm van zorgvernieuwing. De (positieve en negatieve) ervaringen opgedaan tijdens deze programma's, geven zicht op de aspecten die bijdragen of afdoen aan het succes van transmurale zorg. Bepaalde factoren kunnen zowel een bevorderend als een belemmerend effect op transmurale zorg hebben, zoals deskundigheid en financiële middelen (NWO, 1994). Bij het behandelen van de beïnvloedende factoren zal onderscheid worden gemaakt in zorginhoudelijke, organisatorische, financiële en politiek-maatschappelijke aspecten.

5.2 Zorginhoudelijk

Met zorginhoudelijke beïnvloedende factoren worden onderwerpen bedoeld die samenhangen met de inhoud van de zorg op microniveau, het primaire proces.

- De mate van overeenstemming over de vorm en inhoud van de te verlenen transmurale zorg is cruciaal. Ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties en huisartsen bieden elk zorg met specifieke kenmerken. De verschillende aanbieders hebben een verschillend niveau van zorginhoudelijke kennis, beschikken over uiteenlopende faciliteiten, hebben verschillende mogelijkheden om een ander te consulteren, nemen een andere maatschappelijke positie in, hebben een eigen cultuur en tevens aan de eigen situatie gebonden problemen.

Transmurale zorg richt zich op de gemeenschappelijkheden tussen de verschillende zorgvormen en betekent een doorbreking van traditionele grenzen tussen hulpverleners en organisaties. Hierdoor ontstaan enerzijds nieuwe mogelijkheden voor hulpverleners en instellingen en anderzijds de kans op domeinstrijd.

Over het gebied waarop zal worden samengewerkt bestaat nogal eens onhelderheid. Groffen onderscheidt drie taakgebieden van zorgverleners. Het eerste gebied betreft het beroepsspecifieke gebied waarvoor specifieke opleiding of scholing nodig is, zoals het kunnen verrichten van bepaalde operaties. Het tweede

taakgebied betreft subdisciplinaire gebied, waarop de deskundigheden van verschillende zorgverleners samenvallen of waarvan het probleem niet expliciet tot de taak van één zorgverlener behoort, zoals het instrueren van zelfmedicatie. Tot het derde taakgebied behoren algemene menselijke en hulpverleningsvaardigheden. Groffen geeft aan dat een andere zorgverlener best wel eens vragen over het eerste taakgebied mag stellen, maar dat samenwerking in feite het tweede taakgebied, het subdisciplinaire gebied dus, betreft (Groffen, 1975).

- De aanwezige spanning tussen enerzijds de autonomie en specifieke behoefte van de patiënt en anderzijds het belang van protocollering is een complicerend aspect van transmurale zorg. Zo is de vraag, hoe medewerking van de patiënt wordt verkregen voor substitutie van een medisch specialist naar een gespecialiseerde verpleegkundige. Vanuit collectief oogpunt kan de zorg worden verleend door de gespecialiseerde verpleegkundige, maar de patiënt is vertrouwd met (de zorg van) de medisch specialist. Hetzelfde geldt als patiënten reeds lang hun huisarts voor een bepaalde afwijking bezoeken.
- De kennis en ervaring die participanten hebben met de specifieke taken behorend bij het transmurale programma. Huisartsen en wijkverpleegkundigen zijn breed opgeleid in verband met het generalistische karakter van een huisartsenpraktijk. Specialisten daarentegen, hebben een uitgebreide kennis van een beperkt gebied. Problemen kunnen zich voordoen als hulpverleners onvoldoende deskundig zijn op een bepaald gebied. Eerdere ervaringen met transmurale zorg bepalen mede de aanwezige praktijkkennis en de houding jegens nieuwe programma's. Verschillende partijen beschikken over onvoldoende kennis van transmurale zorg, disease management en managed care (Studiereis, 1998).
- Naast de eigen deskundigheid speelt de mate van zicht op de deskundigheid en mogelijkheden van andere hulpverleners een rol. De bekwaamheid vanuit een breed perspectief naar de patiënt en zijn/haar behoefte te kijken, draagt bij aan goede transmurale zorgverlening.
- De prevalentie van de desbetreffende aandoening in de doelgroep bepaalt mede het succes van het programma. Bij een lage prevalentie is het waarschijnlijk beter een ander model te hantieren. De aandoening komt dan te weinig voor om meerwaarde te halen uit structurele samenwerking. De protocollering van de aandoening en het zorgproces zijn net zo van belang voor transmurale zorg.
- De aanwezigheid van of uitzicht op bruikbare (medische) technologie bepaalt mede of verplaatsing van zorg, met name in het geval van complexe zorg, naar de thuissituatie mogelijk is.

- De aanwezige behoefte en bereidheid van patiënten en naasten om medische technologie in de thuissituatie te gebruiken. Sommige patiënten zijn bang voor medicalisering thuis en denken dat lotgenotencontact in het ziekenhuis gemakkelijker tot stand komt (Sales & Crasborn, 1998).
- De aanwezige klinische kennis over aandoeningen en behandelingen binnen de farmaceutische industrie kan een positieve bijdrage leveren aan de transmurale zorg. Hetzelfde geldt voor kennis over meetinstrumenten en informatietechnologie. Dit in tegenstelling tot veel zorginstellingen (STG, 1997). De sfeer van wantrouwen die heerst tegen de farmaceutische industrie en apothekers als verkoper van geneesmiddelen belemmert een goede samenwerking bij transmurale zorg (STG, 1997).
- De aanwezigheid van multidisciplinaire richtlijnen bepaalt mede het succes van transmurale zorg. Meerdere beroepsgroepen hebben reeds (eigen) richtlijnen. De NHG-standaarden ondervinden brede steun binnen de huisartsenberoepsgroep. Maar voor transmurale zorg zijn multidisciplinaire richtlijnen nodig. Deze moeten op regionaal niveau worden ontwikkeld.

5.3 Organisatie

- De helderheid van de te bereiken doelen, de gekozen strategie en de mate waarin men er in slaagt belangen te laten convergeren, is van essentieel belang voor het slagen van zorgvernieuwing. Onuitgesproken eigen belangen zoals het eigen personeelsbeleid of de eigen machtspositie kunnen tot problemen leiden, als de strategie hierdoor wordt bepaald en minder is gericht op samenwerking.
- De mate van afstemming tussen organisaties, afdelingen en zelfstandig werkende hulpverleners beïnvloedt transmurale samenwerking. Problemen doen zich voor als werkgebieden niet met elkaar overeen komen, door verschillen in schaalgrootte en door de verschillen in taken. Het plannen en organiseren van overleg is lastig door de afstanden en het aantal hulpverleners dat bij de zorg betrokken kan zijn.
- Naast onderlinge afstemming heeft de grootte van een organisatie gevolgen voor de invloed die de organisatie heeft op de medewerkers. Voor grote organisaties speelt de vraag, hoe zij de beroepsbeoefenaren in de gewenste richting kunnen sturen. Het probleem van kleine organisaties is dat ze vaak gefragmenteerd zijn. Voor een kleine organisatie is het dan ook zaak, eerst greep te krijgen op de leden. Zoals huisartsen, die gezien kunnen

- worden als kleine zelfstandige ondernemers.
- De wil en motivatie bij participanten is een van de meest belangrijke voorwaarden voor het welslagen van transmurale zorg. De ervaren winst door participanten bij de zorgvernieuwing is hier sterk aan gerelateerd, waarbij de betekenis van winst erg ruim kan worden geïnterpreteerd. Vaak heeft het ervaren van voordelen te maken met een huidig probleem zoals capaciteitsproblemen of gefragmenteerde zorg. Motivatie is nodig om voldoende draagkracht te creëren, inclusief voor de vereiste investeringen. Het vergroten van de doelmatigheid en substitutie zal voor alle betrokken partijen een verzwaring van de zorglast opleveren. Taken worden verschoven naar het laagste niveau waar dit verantwoord kan. De persoonlijke en materiële capaciteit wordt zo optimaal mogelijk benut. Wat overblijft is een complexer pakket van zorgtaken voor alle professionele hulpverleners en mantelzorg. Het maken van deze samenwerkingsafspraken en zorgplannen is ook tijdsintensief. Tijd die elders moet worden bekort in een organisatie waar vaak al een hoge werkdruk heerst. Tot slot kan de motivatie worden beïnvloed door persoonlijke verwachtingen of visies, bijvoorbeeld de vrees voor Amerikaanse situaties.
 - De aanwezige mentale ruimte bij instellingen om bij te kunnen dragen aan zorgvernieuwing. De gevolgen van de fusie tussen gezinsverzorging en kruisverenigingen zijn nog steeds voelbaar en vergt energie (Sales & Crasborn, 1998).
 - De mate waarin participanten beschikken over vaardigheden noodzakelijk voor een goede samenwerking, beïnvloedt het structurele overleg op lokaal, regionaal en nationaal niveau. Samenwerking betekent ook een goede verdeling van of het gezamenlijk zorgdragen voor verantwoordelijkheden. In de meeste gevallen zijn medisch specialisten verantwoordelijk voor patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen en huisartsen voor patiënten die buiten het ziekenhuis verblijven (Nivel, 1997). Met 'tussenvormen' zijn weinigen vertrouwd.
 - Of sprake is van een geïntegreerd informatiesysteem is van groot belang voor het verloop van het gehele zorgproces. Zover bekend wordt nog nergens gewerkt met een geïntegreerd communicatiesysteem, wat als handicap gezien kan worden bij transmurale zorgverlening (Sales & Crasborn, 1998).
 - Het gedrag van de projectcoördinator is essentieel voor het slagen van transmurale zorgprojecten. De projectcoördinator moet in staat zijn verschillende participanten te motiveren en het zorgproces te coördineren en monitoren. Als de projectfase is afgelopen en het programma loopt naar wens, dan worden de verantwoordelijkheden overgedragen op het management van de desbetreffende instellingen.

- De aanwezige innovatieve en ondernemende capaciteiten van het management spelen een grote rol bij het tot stand komen van initiatieven tot transmurale zorg. Na de projectfase wordt de zorg geïmplementeerd in de organisatie. Verschillende taken van de zorgketen worden door verschillende medewerkers of managers overgenomen. Er is al snel onvoldoende aandacht voor de totale zorgketen, waardoor waardevolle gegevens verloren gaan en evaluatie moeilijk wordt. Het management is de geschikte partij om het hele proces te sturen. Het speelt mee in hoeverre management in staat is het geheel te dragen, medewerkers te motiveren en aandacht voor patiëntenzorg oftewel de zorgketens, te combineren met lange termijn beleid (Sales & Crasborn, 1998).
- Opgedane ervaringen tijdens verschillende projecten draagt bij aan de ontwikkeling van goed functionerende zorgverlening. Met name de farmaceutische industrie heeft in het buitenland ervaring opgedaan met disease management.

5.4 Financieel

Verschuiving van zorg tussen aanbieders, het op gang brengen van een project, samenwerking en een hoog ambitieniveau ten aanzien van de te leveren kwaliteit, kosten geld en dragen bij aan de financiële problematiek van transmurale zorg. Transmurale zorg past niet goed in de bestaande compartimentering en budgettering.

- De nog steeds aanwezige en nieuwe schotten tussen financiële systemen bemoeilijken samenwerking en zijn weinig prikkelend voor zorgvernieuwing of substitutie. Deelnemende beroepsgroepen en organisaties bij transmurale zorg worden uit verschillende compartimenten en bronnen gefinancierd.
- Tijdelijke financiering van transmurale zorg belemmert het al dan niet structureel worden van (succesvolle) projecten. Tijdelijke gelden geven geen garanties om positieve elementen in het reguliere systeem op te nemen, wat een negatieve invloed heeft. Daarom is het raadzaam de directe kosten van de zorg vanaf het begin door de betrokken aanbieders zelf te laten dragen en dus niet extern te subsidiëren.
- Aanwezige verschillen in eigen bijdrage in de thuiszorg, het ziekenhuis en voor huisartsenhulp beïnvloedt de zorgkeuze van patiënten. Patiënten geven eerder de voorkeur aan 'goedkopere' zorg, zoals zorg van de huisarts, in plaats van verpleegkundige zorg verleend door de thuiszorg waaraan zij ook zelf moeten bijdragen.
- Budgettering van uitgaven door ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties bevordert doelmatig werken. Verder worden lange

opnames of extra opnames in het ziekenhuis zoveel mogelijk beperkt, omdat ze weinig aantrekkelijk zijn voor zowel ziekenhuis als medisch specialist. De druk op extramurale zorgverlening neemt hierdoor toe, terwijl de thuiszorg ook te maken heeft met budgettering en de huisarts een abonnementstarief ontvangt ongeacht de investeringen die zij doen (Sales & Crasborn, 1998).

- De aanwezige spanning tussen de privacygevoeligheid en beperkte toegankelijkheid van patiëntengegevens enerzijds en het belang van deze gegevens voor kosten-effectiviteitsonderzoek anderzijds. Het inzicht van zorgverzekeraars in de gemaakte kosten bepaalt mede de aanwezige mogelijkheden voor verzekeraars om bij te dragen aan de ontwikkeling van doelmatige transmurale zorg programma's.
- Onduidelijkheid over de invulling van de vrijkomende capaciteit. Als transmurale zorg wordt gebruikt om de vrijkomende capaciteit in het ziekenhuis aan nieuwe activiteiten te besteden, wordt de zorg in zijn totaliteit duurder en ontstaan er gemakkelijk financieringsproblemen voor transmurale zorg.

5.5 Politiek-maatschappelijk klimaat

- De gehanteerde beleidsstrategie van gezondheidszorginstellingen wordt sterk beïnvloed, zoal niet bepaald, door politieke en maatschappelijke tendensen. Transmurale zorg sluit aan bij het huidige politieke beleid en maatschappelijke waarden. Marktwerking en samenwerking in de gezondheidszorg, waarden als zolang mogelijke zelfstandigheid, eigen keuzes kunnen maken en verantwoordelijkheden dragen, betekenen aanpassing van instellingsbeleid.
- De huidige regelgeving werkt transmurale zorg tegen. Er is sprake van een versnippering van regels. De segmentatie van het zorgsysteem werkt door tot de top van VWS. Zo vallen de ziekenhuizen onder curatieve zorg en onder de verantwoordelijkheid van de minister van VWS. De thuiszorg daarentegen valt onder de ouderenzorg en is daarmee de verantwoordelijkheid van de staatssecretaris van VWS. Van belang voor de ontwikkeling van transmurale zorg is hoe partijen omgaan met de ingewikkelde regelgeving en daaruit voortvloeiend grijze afspraken.
- Voor het verloop van een transmuraal programma is van belang of de indicering plaatsvindt door de gemeente, regionaal indicatieorgaan (RIO) of door de zorgverleners zelf. De vorming van een RIO werkt bureaucrativering in de hand (Sales & Cras-

born, 1998). In sommige plaatsen zijn afspraken gemaakt tussen een RIO en de ziekenhuizen en kunnen transferverpleegkundigen met machtiging van een RIO beslissingen over zorgtoewijzing en ontslag nemen.

- De mate waarin zorgaanbieders en overheid inmenging van derden in het zorgproces toestaan, zal mede bepalen hoe managed care en disease management in Nederland zullen ontwikkelen.

Transmurale zorg: redesign van het zorgproces

Deel 2:

Suggesties voor redesign

6 Suggesties voor redesign

6.1 Inleiding

In het voorafgaande is aangegeven dat de gezondheidszorg aan het veranderen is. Dit heeft te maken met veranderingen aan de vraagzijde, de aanbodzijde en de maatschappelijke context. Aan de vraagzijde moet rekening worden gehouden met de toename van het aantal chronisch zieken, de vergrijzing van de bevolking en het belang dat patiënten hechten aan zelfstandigheid, aan de mogelijkheid om zelf betrokken te worden bij de te maken keuzen, en aan zorg die toegankelijk is en op hun individuele situatie is afgestemd. Aan de aanbodzijde zien we uitbreiding van de mogelijkheden van (informatie)technologie, toenemende professionalisatie, schaalvergroting en zorgverleners die parttime werken. Maatschappelijk is er behoefte aan integrale zorg waarin meer dan tot nu toe plaats wordt ingeruimd voor preventie, begeleiding, reïntegratie in het arbeidsproces en zelfstandigheid. De kosten van publiek gefinancierde diensten wil men beheersen. De gezondheidszorg zal daarom niet ontkomen aan rationalisatie van de bedrijfsprocessen. De gezondheidszorg zal zich voor het publiek gefinancierde deel steeds weer moeten afvragen of datgene wat geschiedt wel effectief en doelmatig geschiedt. Konden zorgverleners – met name de artsen - tot de jaren zestig betrekkelijk autonoom bepalen hoe zij de zorg wilde verlenen, thans claimen allerlei derden – ziektekostenverzekeraars, patiëntengroeperingen, het bedrijfsleven en overheid – (mede)zeggenschap. Wil de gezondheidszorg eraan ontkomen een speelbal van politiek-maatschappelijke krachten te worden, dan zal ze zelf initiatieven dienen te nemen om het zorgproces aan de eisen van de komende decennia aan te passen, om zorg te dragen voor transparantie en verantwoording en voor het aangaan van een dialoog met de relevante partijen. Deze studie heeft betrekking op de algemene gezondheidszorg zoals die wordt geleverd door de algemene ziekenhuizen, de verpleeg- en verzorgingshuizen, de thuiszorg, de huisartsen, de apothekers, de verloskundigen en de paramedici. Deze sector kan profijt trekken van de ervaringen van de geestelijke gezondheidszorg die zich al eerder verregaand heeft moeten herstructureren. Deze ervaring laat zien dat redesign niet alleen een opgave maar ook een uitdaging kan zijn.

Het gaat in dit hoofdstuk niet om een blauwdruk voor de gezondheidszorg op macroniveau, maar om mogelijkheden aan te

geven voor veranderingen in de structuur en de organisatie van de zorg op micro- en mesoniveau. Deze staan echter niet los van de inhoud van de zorg en van de financiering. De suggesties betreffen ook niet het gehele zorgproces. Zorg waarvan op voorhand duidelijk is dat die ook in de toekomst het beste door huisartsen, medische specialisten en/of ziekenhuizen of de thuiszorg kunnen worden uitgevoerd, wordt hierbij niet betrokken. Redesign heeft veelal betrekking op die delen van de zorg die op verschillende wijzen kunnen worden uitgevoerd. Dat houdt ook in dat in sommige gevallen wel vermoed wordt dat een andere organisatie en structuur voordelen opleveren, maar dat het bewijs daarvoor nog wel moet worden geleverd. Redesign zal daarom gepaard gaan met pionieren, experimenteren en bepalen van vrijheidsgraden. Redesign is echter ook niet geheel vrijblijvend. De gezondheidszorg zal zich immers aan de veranderende situatie moeten aanpassen. Ziekenhuizen die menen dat hun verantwoordelijkheid buiten hun muren ophoudt en huisartsen die menen dat zij als solist, zonder structureel in samenwerkingsverband te werken, op de oude voet kunnen door gaan, zullen buiten de boot gaan vallen

In dit hoofdstuk zal worden nagegaan welke delen van de zorg voor verandering in aanmerking komen, hoe deze veranderingen er uit kunnen zien en hoe zij kunnen worden bewerkstelligd. Bij het beantwoorden van deze vragen spelen de volgende aspecten een centrale rol.

- Zorginhoudelijk: wat komt wel en wat komt niet voor verandering in aanmerking? Hoe kan uiting worden gegeven aan de stand van kennis en ervaring en aan het patiëntenperspectief en hoe kunnen zorgvraag en zorgaanbod het beste op elkaar worden afgestemd?
- Organisatorisch: hoe kan – ten aanzien de daarvoor in aanmerking komende zorgproblemen – de zorg door huisartsen, thuiszorg, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen op elkaar worden afgestemd? Wat betekent dit voor de afbakening van en samenhang tussen generalistische en specialistische functies, tussen artsen en verpleegkundigen en voor de schaalgrootte van zorgaanbieders en regiogerichte zorg?
- Financieel: hoe kan het financieringssysteem aan het fenomeen transmurale zorg worden aangepast?

- Politiek-maatschappelijk: hoe kunnen de politieke en maatschappelijke krachten bijdragen aan het realiseren van de gewenste veranderingen?

6.2 Zorginhoudelijk

Een aantal vormen van zorg komt in aanmerking voor redesign:

Zorgvoorzieningen die op dit moment niet op de plaats worden aangeboden waar dit het beste kan geschieden

Te denken valt aan klinische opnames en aan poliklinische zorg die heel goed elders – in de eigen omgeving van de patiënt of in verpleeg- of verzorgingshuizen – kunnen worden verricht. Aan de andere kant kunnen patiënten ook baat hebben bij een eenmalige consultatie van een medisch specialist of van een gezamenlijk consult van huisarts en medisch specialist in de praktijk van de huisarts.

Extramuralisatie van traditionele ziekenhuiszorg doet zich al jaren voor bij nierdialyse en de zorg aan mensen met cystic fibrosis

Verwijzingen van de huisarts naar de medisch specialist geschieden niet zelden vanwege diagnostische onzekerheid. Niet elke huisarts is bedreven in de interpretatie van diagnostische tests als een electrocardiogram of longfunctie-onderzoek. Met een eenmalige gestructureerde beoordeling is het bijvoorbeeld mogelijk patiënten met astma of COPD nader te classificeren en op grond van gezamenlijke protocollen te bepalen of ze door de huisarts alleen, de medisch specialist alleen of gezamenlijk kunnen worden behandeld. Ervaringen op het Transmuraal & Diagnostisch Centrum Maastricht hebben laten zien dat huisartsen hun diagnostische vaardigheden kunnen vergroten – en dus verwijzingen kunnen vermijden - door gedurende enige tijd gezamenlijk met een medisch specialist patiënten te beoordelen. Een actueel voorbeeld betreft de zorg aan terminale patiënten. Veelal is het ziekenhuis niet de aangewezen plaats voor zorg aan deze categorie patiënten. Toch werden patiënten hier opgenomen 'om te sterven' of vanwege verschijnselen die door de huisarts en/of wijkverpleegkundige moeilijk te behandelen waren. Door het instellen van regionale multidisciplinair samengestelde ondersteuningsteams – veelal gelokaliseerd in een ziekenhuis – wordt nu geprobeerd om zorg te verlenen waar de patiënt verblijft en dus opname te voorkomen.

Complexe zorg waarbij uiteenlopende aanbieders zijn betrokken en continuïteit van belang is

Lang niet alle patiënten met een chronische ziekte hebben complexe zorg door zorgverleners van verschillende discipline nodig. Het transitieproject liet zien dat 11% van de ingeschreven patiënten op jaarbasis één of meer contacten met de huisarts heeft wegens een chronische ziekte (Lamberts, 1994). Veel patiënten

met aandoeningen als hypertensie, obesitas en hooikoorts worden door de huisarts zelf behandeld.

Daarnaast zijn er echter chronische aandoeningen waarbij de problemen dermate complex en multidimensioneel zijn dat daarbij zorgverleners van uiteenlopende disciplines worden ingeschakeld. Tot voor kort was het niet ongebruikelijk dat de patiënt met al deze zorgverleners afzonderlijk afspraken moest maken en dat de adviezen en behandelingen niet op elkaar werden afgestemd. Juist de zorgverlening aan deze categorie leent zich voor 'kanteling' van zorg en een aanpak waarbij de patiënt centraal staat. Noodzakelijk is dat één zorgverlener verantwoordelijk is voor coördinatie en afstemming.

Gaat het om zeldzaam voorkomende chronische aandoeningen dan zal expliciet aandacht moeten worden besteed aan de rol van de huisarts. Enerzijds is heel goed mogelijk dat de huisarts geconfronteerd wordt met vragen of problemen in verband met dergelijke zeldzame aandoeningen. Anderzijds ontbreekt het de huisarts vaak aan voldoende specifieke kennis. Het lijkt niet zinvol om van huisartsen te verwachten dat zij bij zeer specifieke therapeutische problemen een rol kunnen spelen anders dan de algemene huisartsgeneeskundige begeleiding van patiënten (Hofmans-Okkes, 1994).

De positie van de huisarts verdient ook aandacht vanwege zijn beschikbaarheid in acute situaties. Zo gaan patiënten met astma of COPD niet zelden periodiek naar een longarts, terwijl ze bij exacerbaties naar de huisarts gaan. Vaak weten huisarts noch longarts niet precies wat de ander heeft gedaan en waarom. Dit soort omissies en breuken in continuïteit behoren in moderne zorgmodellen niet voor te komen.

Het voor- en natraject van ziekenhuis- en verpleeghuiszorg

Een klinische opname is duur en dient alleen plaats te vinden als daar een indicatie voor bestaat. De duur van klinische opnamen zou nog verder kunnen dalen als het voor- en na- traject beter op de periode in een ziekenhuis of verpleeghuis wordt afgestemd. Hier wreekt zich dat het capaciteitbeheer van ziekenhuis, verpleeg- en verzorgingshuis en thuiszorg niet in één hand is en alle partijen binnen de zorg dezelfde belangen hebben. Door de aanstelling van 'transfer'-functionarissen wordt geprobeerd te anticiperen op een komende opname en op ontslag, maar het blijft moeilijk iets te regelen in een instelling waarover men geen zeggenschap heeft. Soms blijkt het mogelijk voor een bepaald gebied verbetering te bewerkstelligen door daar gericht en projectmatig aandacht te geven. Voorbeelden daarvan vormen de verschillende CVA-projecten in ons land, het terugdringen van de wachttijden voor oogheelkundige zorg door actieve inschakeling van de

zorgverzekeraar in de regio Amsterdam en het orthopedie-project in Oost-Groningen. Onbekend is echter wat de effecten van deze gerichte activiteiten zijn op de wachttijden en wachtlijsten vanwege overige zorgproblemen.

Zorg aan patiënten met veel voorkomende chronische ziekten

Ziekten als diabetes mellitus, astma en COPD, gewrichtsproblemen en hartfalen staan bij veel partijen in de belangstelling als onderwerp voor zorgvernieuwing. Deze ziekten komen veel voor, duren lang, vergen behandeling met relatief dure medicijnen, kunnen op den duur tot aantasting van validiteit leiden, grijpen in in de levenssfeer van patiënten en hun naasten en hebben wetenschappelijk veel aandacht gekregen waardoor er vrij veel bekend is over de pathofysiologie en gewenste behandeling. Deze aandoeningen komen voor op de 'top-tien' van de door huisartsen behandelde chronische ziekten. Veelal worden de minder ernstige en stabiele patiënten door huisartsen en de ernstiger patiënten door medisch specialisten behandeld. Bij deze aandoeningen komen onder diagnostiek en onderbehandeling veel voor. Een ander kenmerk van deze aandoeningen is dat ze verband houden met de leefwijze van patiënten: voedselpatroon en leefwijze bij diabetes mellitus, rookgedrag bij astma en COPD, bewegen met gewrichtsaandoeningen en zoutgebruik bij hartfalen. Het gebruik van de voorgeschreven geneesmiddelen is nogal gecompliceerd. Patiënten moeten zelf letten op hun ziekteverschijnselen. Veel aandacht moet daarom worden besteed aan voorlichting, begeleiding en zelfmanagement.

Bij de behandeling van deze aandoeningen speelt de aandacht voor co-morbiditeit een belangrijke rol. Mensen met een chronische ziekte hebben een veel hogere co-morbiditeit dan de vergelijkbare overige populatie. Co-morbiditeit kan worden ingedeeld in 'concurrent comorbidity' (het zonder verklaring samengaan van ziekten in dezelfde persoon), 'cluster morbidity' (het frequenter dan statistisch kan worden verwacht samengaan van ziekten in subgroepen), 'causal morbidity' (het samengaan van ziekten op basis van een bewezen gemeenschappelijke pathofysiologische oorzaak) en 'ziektespecifieke complicatie-comorbiditeit' (het optreden van een ziekten ten gevolge van het optreden van een andere ziekte) (Schellevis, 1993). Hartfalen is vaak een gevolg van eerdere aandoening aan de hartspeer (myocardinfarct, myocarditis etc.) of van overbelasting ten gevolge van COPD, terwijl diabetes mellitus een oorzaak is van schade aan hart- en vaatstelsel, ogen, nieren en zenuwstelsel. Het is belangrijk vooral 'concurrent comorbidity' en ziektespecifieke co-morbiditeit uiteen te halen. De behandeling van veel voorkomende aandoeningen beoogt immers ziektespecifieke co-

morbiditeit terug te dringen of uit te stellen. Bij redesign moet met co-morbiditeit en de verschillende vormen hiervan rekening worden gehouden.

De discussie over de toekomstige zorg aan veel voorkomende ziekten gaat niet zozeer over de inhoud van de zorg als wel over de vraag wie het meest in aanmerking komen om de zorg te verlenen.

De discussies begeven zich over twee assen: de as generalistische versus specialistische zorgverlening en de as zorgverlening door een medicus en zorgverlening door een verpleegkundige.

De discussie over de generalistische en specialistische zorgverlening heeft te maken met het probleem dat de grens tussen generalistisch en specialistisch niet gemakkelijk te markeren is en dat de discussie soms principieel in plaats van pragmatisch wordt gevoerd.

Een pleidooi voor zorg door een generalist is dat het vanwege het kostenaspect op voorhand al duidelijk is dat het ongewenst is om – weer net als 30 jaar geleden - grote groepen patiënten met vrij gemakkelijk te protocolleren aandoeningen in ziekenhuizen door medisch specialisten te laten behandelen. Huisartsen beschikken ten aanzien van de veel voorkomende chronische ziekten over 'evidence based' standaarden en zouden daardoor in staat moeten zijn verantwoorde zorg te leveren en vooral de regierol te vervullen. In het kader van redesign is het noodzakelijk dat medisch specialisten meer dan tot voorheen betrokken worden bij het opstellen van het regionale zorgprotocol en bij het bepalen van de criteria voor behandeling door de generalist en/of de specialist en beschikbaar zijn voor consultatie en kwaliteitsbewaking.

De vraag is echter of zo'n 'shared care model' wel voldoet. De ervaring met 'shared care' modellen waarin met gemotiveerde huisartsen wordt samengewerkt leren ons dat huisartsen problemen hebben om voor een groot aantal chronische ziekten tegelijkertijd gestructureerde kwalitatief verantwoorde zorg te bieden en aandacht te geven aan voorlichting, begeleiding en therapiebewaking. De vraag is of het wel bij de werkwijze van huisartsen past om telkens weer systematisch routinehandelingen te verrichten. Dat ze daarmee problemen hebben is heel goed te begrijpen gezien het brede scala van problemen waarvoor ze worden geraadpleegd, hun grote werkdruk en hun noodzakelijkerwijs pragmatische benadering van patiëntenproblemen.

De indruk bestaat dat men zich binnen de huisartsgeneeskunde wel van dit probleem bewust is, maar dat er vervolgens aan verschillende oplossingen wordt gedacht.

Eén van de oplossingen is de spanning tussen generalistische en specialistische taken op te lossen door differentiatie in de taken van huisartsen. Binnen huisartsgroepen (HAGRO's) zou iedere

huisarts zich op een aantal aandachtsgebieden moeten toelagen en moeten fungeren als consulent voor zijn collegae of als eerst verantwoordelijke voor de zorg aan patiënten met problemen op het betrokken aandachtsgebied. Een dergelijke oplossing vergt de aanwezigheid van een solide huisartsgroep waarin de partners daadwerkelijk bereid zijn op bepaalde gebieden bijzondere verantwoordelijkheid te dragen. Onzes inziens zijn de meeste huisartsen nog niet zover en kan men zich ook afvragen of een dergelijk compromis niet tot 'vlees noch vis' leidt.

Een andere oplossing zoekt het in de tweede as: die van substitutie van de arts naar de verpleegkundige. Men denkt dan aan het inschakelen van de praktijkverpleegkundigen bij het oproepen van de patiënt, het bewaken van de systematiek, het verrichten van onderzoek en het geven van voorlichting en begeleiding. De taak van de huisarts zou dan moeten zijn om de verzamelde gegevens te interpreteren en de medische beslissingen te nemen. Het voordeel is dat de zorg voor een groot aantal patiënten met de desbetreffende aandoening in één hand (de huisartspraktijk) kan blijven. Zo'n situatie is ongetwijfeld beter dan de huidige. Deze oplossing hangt voor een groot deel af van in hoeverre huisarts én praktijkverpleegkundige in staat zijn om te midden van hun vele taken systematisch en kwalitatief verantwoord aandacht aan een bepaalde chronische aandoening kunnen geven.

Teneinde te voorkomen dat er halfwassen oplossingen worden gezocht, is het de vraag of het verstandig is een stap verder te zetten door in samenspraak met de huisartsen en medisch specialisten de uitvoering van het regionale zorgmodel in handen te geven van gespecialiseerde verpleegkundigen. Ervaringen in Groot-Brittannië en de Verenigde Staten, laten zien dat de zorg door deze verpleegkundigen in kwaliteit niet onder doet voor die van de medisch specialist (Hill, 1994). Ten aanzien van de diabeteszorg zijn voor experimenten met een dergelijk model op landelijk niveau inmiddels initiatieven genomen.

In feite gaat het hierbij om een aanpak met veel elementen van disease management, zij het dat de verantwoordelijkheid geheel in handen blijft van de aanbieders. De aanpak is programmatisch waarbij wordt bepaald binnen welke criteria patiënten aan het programma kunnen deelnemen. Deze programma's gaan over het gehele traject van preventie, medische behandeling, voorlichting, begeleiding, revalidatie en integratie. Het programma wordt geformuleerd op basis van afspraken tussen aanbieders (zorgverleners en instellingen), patiëntenvertegenwoordigers en zorgverzekeraars.

Voorafgaande aan de vraag wie de zorg geeft en hoe de zorg moet worden gestructureerd en georganiseerd, is het noodzakelijk dat de

relevante zorgverleners binnen en buiten het ziekenhuis het eens worden over de inhoudelijke aspecten van zorgplannen en zorgtrajecten. Hoe moet opsporing geschieden, hoe worden diagnoses en nadere specificaties vastgesteld, hoe dient het behandlungs- en begeleidingsschema eruit te zien, hoe vaak dienen controles plaats te vinden, waarop moet worden gelet, hoe wordt vorm gegeven aan het patiëntenperspectief en zaken als reïntegratie, wanneer is er sprake van exacerbaties en complicaties en wat dient er dan te geschieden? Veelal kan voor de concrete regionale invulling gebruik worden gemaakt van aan de regionale situatie aangepaste landelijke protocollen, standaarden of richtlijnen.

Begonnen kan worden binnen regio's ervaringen op te doen met een aantal veel voorkomende aandoeningen. Het gaat dus om grootschaligere programma's dan voorheen. Binnen de regio's moeten afspraken worden gemaakt tussen behandelaars over de wijze waarop zeker voor veel voorkomende (chronische) aandoeningen zorg wordt verleend. Deze afspraken gaan over zorginhoudelijke, organisatorische en financiële zaken. De basis voor de inhoudelijke afspraken zijn landelijke protocollen, richtlijnen en standaarden. Deze worden later op de regionale situatie aangepast.

Het patiëntenperspectief moet een centrale plaats krijgen bij het opstellen van richtlijnen en standaarden. Hierbij gaat het zowel om het algemeen patiëntenbelang als het individuele patiëntenbelang, voorzover de doelmatigheid het toelaat. Om zorg zoveel mogelijk te laten aansluiten bij een individu, moet het protocol en het zorgplan daarop worden toegesneden. Door middel van marges wordt ruimte geschapen voor persoonlijke inbreng van de patiënt en de hulpverlener.

De centrale vraag is wat de veranderingen betekenen voor de betrokken zorgaanbieders. Hier zal aandacht aan worden besteed aan de hand van een voorbeeldmodel. Bij dit model wordt een duidelijke scheiding aangebracht tussen generalistische en specialistische functies en wordt de samenhang en coördinatie duidelijk aangegeven tussen deze functies. Het hele proces wordt op micro- en mesoniveau met behulp van protocollen ondersteund.

In het model dat ons voor ogen staat, proberen de zorgverleners in een regio het eerst inhoudelijk eens te worden over de zorgverlening. In deze eerste fase komt dus niet de vraag aan de orde wie de zorg verleent.

Vervolgens wordt er een discussie gevoerd over de uitvoering van de zorgverlening.

Betreft het een frequent voorkomende aandoening waarvoor

patiënten regelmatig moeten worden gecontroleerd, behandeld en/of begeleid en is het in principe mogelijk om deze handelingen door gespecialiseerde verpleegkundigen te laten uitvoeren, dan krijgen deze in dit model een centrale rol toebedeeld.

De gespecialiseerde verpleegkundigen werken transmuraal, ze onderhouden contacten en overleggen met de verschillende betrokken hulpverleners uit de intra- en extramuraal setting. Zo zijn ze op de polikliniek betrokken bij de controle, behandeling en/of begeleiding van de patiënten die aldaar de medisch specialist bezoeken. Doordat ze zowel intra- als extramuraal werken, wordt verwacht dat zij geschikt zijn om voor de patiënt als eerste aanspreekpunt te fungeren en dat de patiënt dit ook gaat accepteren.

Het verschil met de vroegere districtsverpleegkundigen is dat de gespecialiseerde verpleegkundigen ook klassieke medische handelingen, zoals interpretaties van laboratoriumgegevens, lichamelijk onderzoek en – binnen de protocollair bepaalde bandbreedte – geneesmiddelenprescriptie uitvoeren. Indien nodig kan – en moet – de gespecialiseerde verpleegkundige een arts consulteren. Voor de huisarts betekent dit, dat hij/zij op de hoogte is van wat de gespecialiseerde verpleegkundigen doen en dat hij/zij bij problemen wordt ingeschakeld.

Naast de eerst verantwoordelijke verpleegkundige vervullen de medisch specialist en huisarts en de wijkverpleegkundige een rol. De huisarts en de wijkverpleegkundige vervullen generalistische functies. De wijkverpleegkundige houdt bijvoorbeeld de 'oude' generalistische taken, zoals het toedienen van de insuline bij patiënten met diabetes mellitus. Deze taken krijgen hun plaats in het zorgconcept waarin de gespecialiseerde verpleegkundige het centrale aanspreekpunt vormt.

Thuiszorg en ziekenhuis zorgen gezamenlijk voor de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen. Het is ook goed denkbaar dat zij door de thuiszorg en het ziekenhuis gezamenlijk worden betaald.

Teneinde te vermijden dat de uitvoering van het inhoudelijke zorgmodel vastloopt in discussies over de uitvoering, is het vooral naar de huisartsen toe verstandig deze te laten kiezen tussen het boven beschreven model en alternatieve, minder vergaande modellen en de effecten van deze modellen zorgvuldig te vergelijken en te evalueren.

In het 'ideale' model letten de gespecialiseerde verpleegkundigen op specifieke aan de aandoening gerelateerde complicaties en co-morbiditeit. Vanwege de directe relatie tussen de primaire aandoening en hieraan gerelateerde complicaties en co-morbiditeit mag van de (gespecialiseerde) verpleegkundigen worden verwacht

dat zij deze in hun controle en behandeling betrekken, tenzij de ingewikkeldheid verwijzing naar een medisch specialist noodzakelijk maakt. Zo kan de behandeling van lichte en matige hypertensie binnen het diabetesprogramma worden uitgevoerd, terwijl patiënten met ernstige maculaproblemen naar de oogarts zullen worden verwezen. Bestaat er niet ziekte-specifieke comorbiditeit dan ligt het voor de hand de coördinatie in handen te leggen van een generalistisch werkzame arts, zoals de huisarts.

Om redesigning daadwerkelijk succesvol te laten verlopen zal binnen een regio de scholing en deskundigheidsbevordering op elkaar moeten worden afgestemd. De coördinatie centra chronische ziekten hebben in dit verband de afgelopen jaren ervaring opgedaan met een soort multi-interventiemodel waarin de activiteiten zijn gericht op het bevorderen van de multidisciplinaire samenwerking, het verwerven van deskundigheid, de gezamenlijke protocolontwikkeling en de kennisverruiming van ontwikkelingen als transmurale zorg en disease management.

Vanwege de nieuwe verantwoordelijkheden en taken is het noodzakelijk de regelgeving aangaande taken en bevoegdheden van de verschillende hulpverleners te veranderen. De Wet BIG schept in principe mogelijkheden voor functionele zelfstandigheid van (gespecialiseerde) verpleegkundigen. Naar analogie van de verloskundigen zou bijvoorbeeld in samenspraak met de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de beroepsorganisaties de bevoegdheid van gespecialiseerde verpleegkundige om in beperkte mate medicatie voor te schrijven moeten worden geregeld.

6.3 Organisatie

Redesign veronderstelt intensievere samenwerking tussen aanbieders. Het gaat hierbij om afstemmen, afbakenen en afspreken. Per regio zullen de prioriteiten moeten worden bepaald en de zorgmodellen concreet moeten worden ingevuld.

Redesign vergt de aanwezigheid van personen die 'de kar kunnen trekken' en anderen kunnen stimuleren. De trekkers moeten leiding kunnen geven aan het proces, doelgericht en planmatig kunnen werken, goed kunnen communiceren, ruimte kunnen bieden aan de overige deelnemers en bij de overige deelnemers gezag kunnen verwerven.

De kans op succes van het programma wordt groter als rekening wordt gehouden met de 'actiologica' van participanten, wat inhoudt dat het doen en laten van de betrokken partijen wordt beïnvloed

door eigen belangen. Bewustwording en het bespreekbaar maken van de onderlinge verschillen is noodzakelijk. Door de gesprekken hierover kan helderheid ontstaan over de achtergronden en reikwijdte van de verschillen. Het spreken over concrete zaken, zoals zorgprotocollen, maakt inzichtelijk waaruit de verschillen precies bestaan. Vervolgens moet worden beoordeeld of de aanwezige problemen te overbruggen zijn. Mogelijk is het onderscheid zo groot, dat transmurale zorg voor de desbetreffende situatie niet het geschikte model is. Meestal zal men echter door middel van gesprekken tot oplossingen komen en (samenwerking)protocollen kunnen verwezenlijken.

Misschien blijkt uiteindelijk een intensievere vorm van samenwerking noodzakelijk te zijn. Zo vragen sommige ziekenhuisbesturen zich of het verstandig is het eigenaarschap van huisartspraktijken te verwerven. De huisartsen zouden hierdoor kunnen profiteren van de financiële en organisatorische kracht van het ziekenhuis. Hier staat echter tegenover dat de patiënt wellicht beter af is als de macht niet te veel in één hand is en het ziekenhuis en regionale huisartsorganisatie als counter vailing parties samenwerken.

De wijze waarop de regie en de coördinatie worden geregeld, verschilt per situatie. Er bestaat overeenstemming over dat er geen behoefte is aan een nieuwe, afzonderlijk georganiseerde en gefinancierde zorgvorm. Een nieuwe intermediaire zorglaag biedt immers geen oplossing voor de bestaande problemen en zal de zorgverlening nog complexer en bureaucratischer maken. Voor samenwerking tussen ongelijksoortige organisaties is de netwerkorganisatie een geschikt model. Een netwerk is een lichte vorm van organisatie van niet gelijksoortige instanties met verschillende divergerende belangen en het wordt vanuit een niet te zwaar opgetuigd coördinatiepunt geïnitieerd en aangestuurd. Het is realistisch het ziekenhuis te beschouwen als de locatie van waaruit de zorg wordt gecoördineerd. Om afstemming van zorgverlening tussen de verschillende aanbieders mogelijk te maken, moeten de participanten wel zeggenschap hebben. Aan deze participanten moeten derhalve ook eisen worden gesteld met betrekking tot betrokkenheid, zeggenschap en delegatiebevoegdheid. Het is bijvoorbeeld praktisch nauwelijks werkzaam als een vertegenwoordiger van een Regionale Huisarts Vereniging voor alle besluiten moet teruggaan naar de achterban. Aan de andere kant dient deze vertegenwoordiger er wel voor te zorgen dat de huisartsen weten wat er aan de hand is en achter de genomen beslissingen staan. Idealiter is er sprake van een stichting waar alle participanten aan

zijn verbonden: ziekenhuizen, thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuizen, de Regionale Huisarts Vereniging, patiëntenvertegenwoordiging en eventueel de apothekersorganisatie. Het Transmuraal & Diagnostisch Centrum Maastricht dat de transmurale projecten in de regio Heuvelland aanstuurt en coördineert is zo'n stichting.

Veel aandacht moet worden besteed aan het op elkaar afstemmen van de registratie- en informatiesystemen en het creëren van mogelijkheden van feedback en het vergelijken van de geleverde zorg.

De zorgvernieuwing gaat gepaard met een PR-plan voor patinten en hulpverleners. Het management heeft een belangrijke taak bij innoveren en motiveren. Tijdens de project- en implementatiefase ligt deze verantwoordelijkheid met name bij de projectmanager. Na implementatie van de zorgvernieuwing in reguliere voorzieningen moet voor de verantwoordelijkheidtoedeling een regeling worden gevonden die zowel past bij het 'eigenaarschap' van de vele participanten als het management van de overige afdelingen van de instelling.

6.4 Financieel

Het is realistisch ervan uit te gaan dat er voor transmurale zorg geen extra geld beschikbaar komt, behalve in sommige gevallen voor subsidie van de aanloopkosten en voor terminale intensieve thuiszorg. Het is dan ook reëel dat de nieuwe kosten de oude kosten niet mogen overstijgen. Bij het maken van plannen moet dan ook goed op de doelmatigheid worden gelet. Innovatie kost altijd geld en tijd en reserves kunnen als investering worden ingezet, Maar uiteindelijk zal de situatie financieel in balans moeten zijn.

Redesigning betekent onvermijdelijk aanpassing van het financieringssysteem van de algemene gezondheidszorg. Er zijn meerdere potentiële oplossingen voor het schotten-probleem. Gezien de verwevenheid van de klassieke cure met de klassieke care-sector, verdient het de voorkeur het eerste en tweede compartiment te laten samenvallen. De minister van VWS suggereerde vlak voor de verkiezingen weliswaar een dergelijke oplossing maar het is zeer de vraag of hiervoor wel voldoende politieke steun te verkrijgen is. Een reëlere variant is dat er ruimte wordt geschapen voor 'grijze' afspraken zoals het integreren van alle verschillende budgetten in een regio in een totaal regionaal

zorgbudget waarbij er formeel weliswaar niets verandert – en de patiënt dus nog steeds van doen heeft met de AWBZ en de ziektekostenverzekering - maar wordt toegestaan dat dit geld bij elkaar komt en als een totaalbudget fungeert voor de desbetreffende regio. Deze variant vooronderstelt wel dat de regionale partijen elkaar voldoende vertrouwen om een dergelijke financiële samenwerking te creëren en het budgethouderschap bevredigend regelen.

Een andere variant waarbij de politiek wel moet worden ingeschakeld is de aan de curatieve zorg gelieerde zorgverlening door de thuiszorg onder te brengen in het tweede compartiment (verbeterde 'knip'). Men kan verder gaan en de thuiszorg weer splitsen in zelfstandige organisaties, verpleging en verzorging. Ook is het mogelijk om de 'cure'-taken in de thuisomgeving door het ziekenhuis te laten aansturen. Een tweede en minder ingrijpende variant hierop is dat wordt toegestaan dat geld de verleende curatieve zorg volgt. In een dergelijke situatie zal de budgethouder echter ook zeggenschap over de besteding willen hebben.

Wil de noodzakelijke medewerking van de patiënt worden verkregen, dan is het noodzakelijk dat de financiering zo wordt geregeld dat transmurale zorg voor hun niet gepaard gaat met extra kosten.

In het bovenstaande maakt transmurale zorg deel uit van de grootschalige budgetten voor de zorginstellingen. Het is in principe ook mogelijk om de geschatte kosten van de programma's uit de bestaande budgetten te lichten en deze programma's afzonderlijk te financieren. Het risico is dan groot dat het succes van de programma's niet gaat afhangen van de inhoudelijke overwegingen maar – nog meer dan thans - van de mate waarin ze passen in het totale strategische en financiële beleid van aanbieders. Dat geldt ook voor outputpricing. In plaats van standaardbedragen wordt betaald voor de daadwerkelijk verleende zorg. Met verleende zorg wordt het hele traject bedoeld, alle kosten gemaakt door zorgaanbieders betrokken bij de zorgverlening.

Het persoonsgebonden budget waarbij de desbetreffende patiënt zelf het geld kan verdelen moet niet gezien worden als de oplossing voor het 'schottenprobleem'. Het persoonsgebonden budget kan transmurale zorg ook tegenwerken. Bij transmurale zorg vervullen protocollen en standaarden een belangrijke functie, terwijl het persoonsgebonden budget juist variatie en onderscheid teweegbrengt.

Een ander essentieel punt met betrekking tot het financierings-

systeem is de tijdelijkheid van projectfinanciering. Het is logisch dat er in de projectfase extrakosten zijn voor het doen opzetten en evalueren van het programma. Aan het einde van de projectfase moet worden beslist of het programma definitief - als reguliere voorziening - zal worden uitgevoerd. Noodzakelijk is dat er vanaf het begin van het project overeenstemming over is dat dit zal gebeuren als is voldaan aan de tevoren gedefinieerde evaluatiecriteria.

Gezien de belangen die zorgverzekeraars hebben is het noodzakelijk dat verzekeraars vroegtijdig worden betrokken bij de zorgvernieuwing en het zorgproces transparant is. Het is hierbij niet te vermijden dat zorgverzekeraars ook zeggenschap willen krijgen over de inhoudelijk te leveren zorg en inzicht willen in de feitelijk geleverde zorg.

6.5 Het politiek-maatschappelijk klimaat

In het voorafgaande zijn verschillende scenario's geschetst. Vooral de modellen die het concept disease management dicht benaderen, mogen zich verheugen in grote belangstelling van de zorgverzekeraars, omdat ze passen in het streven van rationalisatie en beheersen van zorgprocessen.

Betoogd is dat er op dit punt aanzienlijke mogelijkheden zijn, die de kwaliteit in principe niet behoeven te schaden en wellicht zelfs ten goede zullen komen. Toch zal de overheid ervoor dienen te waken dat in transmurale zorg, managed care en disease management, het patiëntenperspectief tot zijn recht blijft komen en patiënten niet min of meer gedwongen worden tot keuzen die de hunne niet zijn. De rol van de overheid is vooral erop te letten dat er heldere doelen zijn en dat de middelen hiervan ook logisch zijn afgeleid of elkaar in de weg zitten. Een ander aandachtspunt voor de overheid betreft de toekomst van het beheer en de uitwisseling van gegevens. De ervaringen in de Verenigde Staten leren dat er krachtige data-processoren moeten worden ontwikkeld om de benodigde gegevens te verzamelen en snel beschikbaar te hebben. Er bestaat enige vrees voor misbruik, vooral als de zorgverzekeraars toegang tot de gegevens zouden hebben en deze voor andere commerciële activiteiten zouden gebruiken. Ook hier moet ervoor worden gewaakt dat de wettelijke kaders in acht worden genomen en gegevens niet voor niet-bedoelde zaken worden gebruikt.

Urgent is dat de financiering van de zorg wordt aangepast aan de ontwikkelingen op het gebied van de zorg, waarbij traditionele grenzen tussen cure en care en van voorzieningen op grond van de AWBZ en de overige financiering van ziektekosten worden

doorbroken.

Gezien de nieuwe taken van gespecialiseerde verpleegkundigen is het noodzakelijk opnieuw te kijken naar de verpleegkundige opleidingen en naar de mogelijkheden om gespecialiseerde verpleegkundigen een met verloskundigen en paramedici vergelijkbare status te geven.

Bezien moet worden welke rol de lagere overheden kunnen vervullen bij het faciliteren van het redesign van het zorgproces, zonder de vernieuwingen door bureaucrativering te ontmoedigen.

Bijlage 1

Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
azM	Academisch ziekenhuis Maastricht
BTP	Basistakenpakket van de huisarts
BTW	Belasting over de toegevoegde waarde
BV	Besloten Vennootschap
CARA	Chronische aspecifieke respiratoire aandoeningen
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing
COPD	Chronic obstructive pulmonary diseases
CVA	Cerebro-vasculair accident
GKH	Groene Kruis Heuvelland
FTO	Farmaceutisch Therapeutisch Overleg
HAGRO	Georganiseerde huisartsen groep
HOED	Huisartsen onder een dak
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
NCCZ	Nationale Commissie Chronisch Zieken
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
Nivel	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NWO	Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
NZi	Nationaal Ziekenhuisinstituut
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
PGB	Persoonsgebonden Budget
PR	Public relation
RIO	Regionaal indicatie organen
RIVM	Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
STG	Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
SZV	Stichting Ziekenhuisverplaatste Zorg
VWS	Ministerie van Volkshuisvesting, Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicapten
ZON	ZorgOnderzoek Nederland

Transmurale zorg: redesign van het zorgproces

Bijlage 2

Literatuur

Commissie Modernisering Curatieve Zorg. *Rapport Gedeelde zorg: betere zorg*. 's-Gravenhage: SDu Uitgeverij, 1994.

Crebolder, H., Beusmans, G. en Höppener, P. De huisarts van morgen. Van de HOED en de thuis-rand. *Medisch Contact*, 1997, nr. 52, p. 284-286.

Duijnstee, M. *et al.* *Mantelzorg voor mensen met een chronische ziekte*. Zoetermeer: Nationale Commissie Chronisch Zieken, 1994.

Francke, A. Transmurale zorg: begrippen, beleidsontwikkelingen en basisvormen. In: *Jaarboek Verpleegkunde '97*. Dwingelo: Uitgeverij Kavanah, 1997.

Frederix, M. en Spreeuwenberg, C. Naar een centrale rol voor de verpleegkundige. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 1995, nr. 6, p. 172-175.

Groffen, W. *Met de neus op helpen*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1975.

Groffen, W. Subdisciplinaire verstandhoudingen. *Hulpverleners en Veranderen*, 1975, nr. 11, p. 1-19.

Hill, J. *et al.* An evaluation of the effectiveness, safety and acceptability of a nurse practitioner in a rheumatology outpatient clinic. *Brit Soc Rheum*. 1994, nr. 33, p. 283-288.

Hofmans-Okkes, I. *et al.* *Chronische ziekten met zeldzame ziekten in de huisartspraktijk*. Zoetermeer: Nationale Commissie Chronische Zieken, 1994.

Ketelaars, C. en Dam, G. van. *Gedifferentieerd en gespecialiseerd werken in de wijkverpleging*. Assen/Maastricht: Dekker & Van der Vegt/Van Gorcum, 1993.

Ketelaars, C. *Aftercare and specialised community nursing. Academisch Proefschrift*. Universiteit Maastricht, 1996.

Lamberts, H. *Het huis van de huisarts*. 2^e druk. Lelystad: Mediatekst, 1994.

Leeuwen, A. van, Man, M. de en Veecken, M. van der (red.).

Touwtrekkerij in de transmurale zorg. Utrecht: De Tijdstroom, 1995.

Levy, M. *et al.* *Shared care for asthma.* Oxford: ISIS Medical Media, 1997.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Transmurale somatische zorg.* Advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het College voor ziekenhuisvoorzieningen. Zoetermeer/Utrecht: NRV/CvZ, 1995.

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. *Transmurale zorg in Nederland. Een inventarisatie op basis van bestaande gegevensbestanden.* Utrecht: Nivel, 1996.

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. *Huisarts en zorgvernieuwing. Een onderzoek naar de rol van de huisarts in zorgvernieuwingsprojecten en transmurale zorg.* Utrecht: Nivel, 1997.

Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek. *Onderzoekprogramma Kwaliteit van Zorg. Overzichtstudie Kwaliteit van zorg en zorgvernieuwing.* 's-Gravenhage: NWO, 1994.

Otten, R. De dokter aan de rand van de zorgstructuur. Huisarts, thuiszorg en regionale indicatiestelling. *Medisch Contact*, 1997, nr. 39, p. 1207-1209.

Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen.* Bilthoven: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

Sales, I. & Crasborn, L. *Transmurale Zorg als Onderneming.* Afstudeerscriptie Katholieke Universiteit Brabant, 1998.

Schellevis, F. *Chronic diseases in general practice. Comorbidity and quality of care.* Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1993.

Spreeuwenberg, C. Huisartsenzorg na 2000: erop of eronder. *Medisch Contact*, 1997, nr. 52, p. 273.

Spreeuwenberg, C. *et al.* *Met het oog op autonomie. Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken.* Assen: Van Gorcum, 1995.

Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG). *Managed care en disease management in Nederland.* Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

Structuurnota Volksgezondheid. 's-Gravenhage: SDu Uitgeverij, 1974.

Werf, W. van der. Managed care. Een nadere nuancing vanuit zorgaanbieders perspectief. *Medisch Contact*, 1996, nr. 51, p. 511-513.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,
Zoetermeer;
De Longte Klomp & Bosman Drukkers,
Dordrecht, omslag
Uitgave: 1998
ISBN: 90-5732-037-1

*U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van f20,-
op gironummer 132937 ten name van de RVZ te Zoetermeer onder
vermelding van publicatienummer 98/05*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg