Doorbroken muren; transmurale zorg in Nederland

Een inventarisatiestudie

A.L. Francke, A. Persoon
en A. Kerkstra

Hoewel er aanwijzingen zijn dat de transmurale zorg momenteel een bloeiperiode doormaakt, ontbrak tot nu toe een systematisch overzicht van de verschillende voorzieningen op dit terrein. De in dit artikel gepresenteerde inventarisatiestudie geeft een beeld van de stand van zaken.

ZORG MOET aansluiten bij de behoeften van de patiënt en mag tegelijkertijd niet te duur zijn. Vanuit het streven naar 'zorg op maat' enerzijds en de behoefte aan kostenbeheersing anderzijds ontstaan er in de gezondheidszorg allerlei nieuwe zorgvormen. Om zorginnovaties mogelijk te maken werken specialistische en generalistiché zorgverleners vaak nauw samen. Soms draagt men ook gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor de geleverde zorg. In dat geval is er sprake van transmurale zorg, in de zin van de volgende definitie van de NRV/CvZ:[1] "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".

Hoewel er aanwijzingen zijn dat transmurale zorg een bloeiperiode doormaakt,[2] ontbrak tot nu toe een systematisch overzicht van de verschillende transmurale zorgvoorzieningen. De in dit artikel gepresenteerde inventarisatiestudie moest meer inzicht geven in de aard en omvang van transmurale zorg. Daarnaast zou de studie een beeld moeten geven van de stand van zaken van onderzoek op het terrein van transmurale zorg. De volgende onderzoeksvragen zijn in dit verband geformuleerd:

1. In welke mate is in Nederland in de algemene gezondheidszorg (AGZ), geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de ouderenzorg en gehandicaptenzorg ervaring opgedaan met transmurale zorg?
2. Wat zijn de kenmerken van bestaande of recent gestopte transmurale zorgvoorzieningen die al dan niet een projectmatig karakter hebben?
3. Zijn deze transmurale zorgvoorzieningen geëvalueerd? Zo ja, op welke wijze en wat zijn de uitkomsten van de evaluaties?

Het is niet mogelijk om in een kort artikel alle uitkomsten van de studie te behandelen. Daarom beperken wij ons, na een weergave van de gebruikte onderzoeksmethoden, tot de bespreking van de belangrijkste uitkomsten en conclusies. Voor een uitgebreidere presentatie van de uitkomsten verwijzen wij de lezer naar het rapport 'Transmurale zorg in Nederland'.[3]

Methode

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen zijn gegevens over transmurale zorgvoorzieningen uit de volgende bestaande bronnen gedestilleerd: de Databank Zorgvernieuwing (van de onderzoeksinstituten Nivel, Nzi en Trimbos-instituut), de Databank Registratie van Wetenschappelijk Onderzoek (van het NIVEL), de ledenlijst en projectomschrijvingen van het Netwerk Transmuraal Werkenden,[4] de Inventarisatie Onderzoeks- en Ontwikkelingsprojecten Thuiszorg,[5] en publicaties en rapporten over transmurale zorg die zijn vermeld in de geautomatiseerde bibliotheekcatalogus van het Nivel of die zijn opgespoord door middel van literatuurlijsten in publicaties.

Uit deze bronnen zijn alleen gegevens gehaald over transmurale zorgvoorzieningen die operationeel zijn geweest binnen de periode 1990-medio 1996. Bij de beoordeling of er sprake was van een zorgvoorziening met een transmuraal karakter is uitgegaan van voornoemde definitie van transmurale zorg. Concreet hield dit in dat alleen die zorgvoorzieningen zijn geïnventariseerd waarbij er sprake was van samenwerkingsafspraken tussen specialistische en meer generalistisch werkende zorginstellingen. In hoeverre er bij een zorgvoorziening ook sprake was van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid werd uit de bestudeerde bronnen veelal niet duidelijk; dit element uit de definitie kon daarom niet als inclusiecriterium worden gebruikt.

Gegevens over transmurale zorgvoorzieningen zijn gecodeerd op een voorgestructureerd formulier. De codes hadden betrekking op kenmerken van transmurale zorgvoorzieningen (doelgroepen, doelstellingen, typen, activiteiten) en waren in samenspraak tussen de eerste twee auteurs op inductieve wijze ontwikkeld. De gecodeerde gegevens zijn vervolgens ingevoerd in de computer en geanalyseerd door middel van beschrijvende statistiek.

Resultaten

Omvang transmurale zorg

Transmurale zorg is inmiddels een veel voorkomend fenomeen. Dit blijkt uit het feit dat in de inventarisatiestudie (waarin zoals gezegd enkel bestaande gegevensbestanden en literatuur zijn bestudeerd) 353 transmurale zorgvoorzieningen konden worden getraceerd: 235 binnen de algemene gezondheidszorg, 76 binnen de geestelijke gezondheidszorg, 32 binnen de ouderensector en 10 binnen de gehandicaptensector.

De ongelijke spreiding van transmurale zorg over de vier onderscheiden zorgsectoren zal voor een deel samenhangen met de verschillen in grootte van de potentiële doelgroepen. Zo hebben we in Nederland ongeveer 16 miljoen inwoners, van wie er circa 4 miljoen psychische of psychosociale klachten hebben en ongeveer 2 miljoen ouder zijn dan 65 jaar.[6,7] Slechts een kleine groep (circa 100.000) heeft een verstandelijke handicap.[8] In dit licht gezien is het niet verwonderlijk dat er weinig transmurale voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten zijn. Lichamelijk gehandicapten vormen echter wèl een grote groep: bijna 35% van de bevolking kampt met een lichte, matige of ernstige lichamelijke handicap[9]. Dat er zo weinig voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten zijn getraceerd, zal waarschijnlijk komen doordat transmurale

zorg voor die groep gedeeltelijk schuilgaat binnen de kaders van de algemene gezondheidszorg en de ouderensector.

Typen en activiteiten

Transmurale zorg blijkt een *koepelbegrip* te zijn van een breed en gevarieerd scala aan zorgvoorzieningen. Om hierin enige ordening aan te brengen zijn op grond van de 352 geïnventariseerde transmurale zorgvoorzieningen 35 typen van transmurale zorg onderscheiden.[3] In het nu volgende beperken we ons tot het bespreken van de twee meest voorkomende typen binnen elk van de onderscheiden zorgsectoren.

In de algemene gezondheidszorg behoort 40% van de geïnventariseerde transmurale zorgvoorzieningen tot het type transmurale zorg door een *individuele wijkverpleegkundige of een thuiszorgteam.* Onder een thuiszorgteam wordt verstaan een (in)formeel team bestaande uit wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden en eventueel huisartsen. Het transmurale karakter blijkt uit de nauwe samenwerking van de betreffende wijkverpleegkundigen en thuiszorgteams met specialistische zorgverleners uit een ziekenhuis. Veel voorkomende activiteiten binnen dit type transmurale zorg zijn: het geven van consultaties aan patiënten door middel van spreekuren of huisbezoeken, het verrichten van thuiszorgtechnologische handelingen (bijvoorbeeld bij infusen, spinale pijnbestrijding of voedingssondes), het bevorderen van deskundigheid van andere hulpverleners door consultaties of bijscholingen, en het afstemmen van taken tussen thuiszorgmedewerkers en zorgverleners uit het ziekenhuis.
Het tweede meest voorkomende type is de transmurale zorg door enkel een *protocol*; 18% van de geïnventariseerde transmurale zorgvoorzieningen valt hieronder. Protocollen zijn in dit verband gestandaardiseerde, schriftelijke richtlijnen voor samenwerking tussen generalistische en specialistische zorgverleners. Veelal hebben protocollen betrekking op een specifieke cliëntencategorie (bijvoorbeeld mensen met een bepaalde chronische aandoening). Activiteiten die het meest in de transmurale protocollen worden beschreven zijn het verlenen van consultaties aan cliënten, thuiszorgtechnologische handelingen of andere specialistische zorgactiviteiten.

Het meest voorkomende type in de geestelijke gezondheidszorg is de transmurale psychiatrische zorg door middel van *casemanagement*; 40% van de geïnventariseerde zorgvoorzieningen behoort tot dit type. Een casemanager kan worden omschreven als een persoon die de belangen van de cliënt behartigt door middel van cordinatie van de zorg die (meestal vanuit een psychiatrisch ziekenhuis in samenwerking met een Riagg) door verschillende specialistische en generalistische zorgverleners wordt geleverd. Bij de andere onderscheiden typen van transmurale zorg in de geestelijke gezondheidszorg komen casemanagers ook voor.[3] Dan is casemanagement echter een activiteit binnen een groter geheel aan transmurale activiteiten, terwijl het transmurale karakter bij het hier beschreven type enkel wordt bepaald door het casemanagement. De activiteiten van een casemanager liggen onder andere op het vlak van het coördineren van zorg, het afstemmen van taken en het opstellen van multidisciplinaire zorgplannen.
Het op één na meest voorkomende type is de transmurale *psychiatrische intensieve thuiszorg*; 13% van de geïnventariseerde zorgvoorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg valt onder dit type. De intensieve thuiszorg richt zich veelal op cliënten met ernstige psychiatrische klachten met een opname-indicatie. De psychiatrische behandeling wordt vaak vanuit een psychiatrisch ziekenhuis in samenwerking met een Riagg verleend. Om het zelfstandig wonen te begeleiden zijn soms ook regionale instellingen voor beschermd wonen betrokken bij dit type transmurale zorg. Andere activiteiten binnen het kader van psychiatrische intensieve thuiszorg kunnen zijn: huisbezoeken door een verpleegkundige, casemanagement, het zorgen voor een achterwacht voor huisartsen en crisisopvang.

Negentien procent van de geïnventariseerde voorzieningen in de ouderensector valt onder het type transmurale *verpleeghuisverplaatste zorg in een verzorgingshuis of aanleunwoning.* Verpleeghuisverplaatste zorg kan men zien als zorg die door het verpleeghuis buiten de eigen muren wordt verleend aan patiënten met een specialistische zorgbehoefte. Van transmurale verpleeghuisverplaatste zorg is sprake wanneer er samenwerkingsafspraken zijn gemaakt tussen de specialistische zorgverleners uit het verpleeghuis en meer generalistische zorgverleners, in dit geval uit het verzorgingshuis. Activiteiten die het meest plaatsvinden binnen dit type zijn het bieden van specialistische zorg/begeleiding en het door zorgverleners uit het verpleeghuis fungeren als een achterwacht voor medewerkers uit het verzorgingshuis.
Transmurale *verpleeghuisverplaatste zorg thuis* komt ook vaak voor: 16% van de geïnventariseerde transmurale zorgvoorzieningen in de ouderensector betreft dit type. Activiteiten die in dit verband plaatsvinden, zijn onder meer het bieden van specialistische zorg/begeleiding aan thuis verblijvende patiënten en het afstemmen van taken tussen medewerkers uit het verpleeghuis enerzijds en huisartsen of wijkverpleegkundigen/verzorgenden anderzijds.

In de gehandicaptensector is transmurale *specialistische thuiszorg voor gehandicapten* het meest voorkomende type; 4 van de 10 geïnventariseerde transmurale zorgvoorzieningen voor gehandicapten behoort daartoe. Dit betreft drie voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten en één voor verstandelijk, lichamelijk of meervoudig gehandicapten. Doordat zorgverleners uit intramurale instellingen wijkverpleegkundigen of andere thuiszorgmedewerkers ondersteunen bij specialistische zorgactiviteiten, kunnen sommige gehandicapte cliënten thuis blijven wonen. De zorgactiviteiten liggen op het vlak van lichamelijke verzorging, instructie en begeleiding van ouders/mantelzorgers en thuiszorgmedewerkers, verpleegtechnische handelingen of activiteitenbegeleiding. Soms regelen de betrokken zorgverleners ook oppas of weekendopvang, zodat ouders/mantelzorgers tijdelijk ontlast worden.
Het volgende type is transmurale zorg bij gehandicapten door middel van *casemanagement*; 2 van de 10 getraceerde voorzieningen in de gehandicaptensector behoren tot dit type. Dit betreft één voorziening voor verstandelijk gehandicapten en één voorziening voor meervoudig gehandicapten. Een casemanager is in de gehandicaptensector (evenals in de geestelijke gezondheidszorg) een persoon die de belangen van de cliënt behartigt door middel van coördinatie van de zorg van verschillende specialistische en generalistische zorgverleners (bijvoorbeeld verpleegkundigen of psychiaters uit intramurale specialistische instellingen enerzijds en zorgverleners van sociaal-pedagogische diensten van Riagg's anderzijds).

Doelgroepen

Personen met een chronische ziekte, aandoening of handicap bij wie zich acute complicaties of tijdelijke verergeringen kunnen voordoen, blijken in alle vier de zorgsectoren een belangrijke doelgroep te zijn.
In de algemene gezondheidszorg zijn de meeste transmurale zorgvoorzieningen gericht op patiënten met diabetes mellitus, kanker of reuma.
In de geestelijke gezondheidszorg zijn chronisch psychiatrische cliënten de belangrijkste doelgroep.
De meeste transmurale voorzieningen in

Tabel 1. De doelstellingen van transmurale zorgvoorzieningen per zorgsector.

	door de betrokken instellingen genoemde doelstellingen	aantal transmurale zorgvoorzieningen met genoemde doelstelling			
		AGZ*	GGZ*	ouderensector*	gehandicaptensector**
kwaliteit van zorg verhogen	kwaliteit van zorg verhogen (zonder nadere specificatie)	100 (46%)	42 (55%)	12 (38%)	7
	continuïteit van zorg verhogen	75 (35%)	23 (30%)	3 (9%)	-
	samenwerking verbeteren/afstemming	57 (26%)	18 (24%)	7 (22%)	1
	protocollen invoeren	4 (2%)	-	-	-
	integratie van verpleegkundige en medische zorg	4 (2%)	-	-	-
	kwaliteit van leven bevorderen	6 (3%)	-	-	-
	mogelijkheid creëren om zelfstandig te kunnen (blijven) wonen	-	10 (13%)	2 (6%)	3
	rehabilitatie/resocialisatie	-	6 (8%)	-	-
beheersen van kosten/verminderen van capaciteits-problemen	substitutie van specialistische naar generalistische zorg en/of van intra- naar extramurale zorg	60 (28%)	26 (34%)	12 (38%)	-
	opnames voorkomen	27 (12%)	23 (30%)	15 (47%)	-
	doelmatigheid verhogen	24 (11%)	4 (5%)	3 (9%)	-
	opnames of wachtlijsten verkorten/verkeerde-bed problematiek oplossen	12 (6%)	-	3 (9%)	1
overige genoemde doelstellingen	cliënten voorlichten	8 (4%)	-	-	-
	problemen vroeg signaleren	6 (3%)	-	-	-
	zelfzorgvermogen bevorderen/mantelzorg ondersteunen	4 (2%)	-	3 (9%)	-
	genezing bevorderen/morbiditeit verminderen	4 (2%)	-	-	-
	overigen (allerlei doelstellingen die 1 of 2x genoemd zijn)	8 (4%)	6 (8%)	1 (3%)	-

* Vaak worden meerdere doelstellingen nagestreefd. Hierdoor is het aantal voorzieningen in deze kolom groter dan het aantal geïnventariseerde voorzieningen in de betreffende sector.

** Vanwege het kleine aantal geïnventariseerde voorzieningen voor gehandicapten worden hier alleen absolute aantallen en geen percentages genoemd.

de ouderenzorg richten zich op geriatrische cliënten met multiple problemen of ouderen met chronische, somatische problemen.

In de gehandicaptensector vormen verstandelijk gehandicapte cliënten in het algemeen en verstandelijk gehandicapten met speciale problematiek (onder andere op het gebied van seksueel misbruik of moeilijk gedrag) belangrijke doelgroepen.

Uit onze inventarisatiestudie evenals uit recent onderzoek van Brunenberg en Borgesius blijkt echter ook dat mensen met een chronische ziekte beslist niet de enige doelgroep zijn.[10] In de geestelijke gezondheidszorg bijvoorbeeld zijn veel transmurale opname voorkomende voorzieningen (onder andere de transmurale psychiatrische intensieve thuiszorg) die ook voor cliënten met een kortdurende problematiek van belang kunnen zijn.

Doelstellingen

De door de instellingen geformuleerde doelstellingen van transmurale zorg konden veelal door ons worden gecategoriseerd als doelstellingen met betrekking tot kwaliteit van zorg of als doelstellingen gericht op vermindering van kosten of capaciteitsproblemen (*tabel 1*). In de gehandicaptensector tekenen de doelstellingen zich minder duidelijk af, wat een gevolg is van het feit dat er maar tien transmurale voorzieningen voor gehandicapten zijn getraceerd.

Zorgverleners

Transmurale zorg is een multidisciplinaire aangelegenheid, waarbij er voor sommige zorgverleners een hoofdrol is weggelegd.

In de algemene gezondheidszorg zijn wijkverpleegkundigen/ziekenverzorgenden, medisch specialisten, ziekenhuisverpleegkundigen en huisartsen het frequentst bij transmurale zorg betrokken (bij respectievelijk 87%, 86%, 77% en 57% van de geïnventariseerde transmurale zorgvoorzieningen in die sector).

In de geestelijke gezondheidszorg zijn dat sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, psychiaters, B-verpleegkundigen en maatschappelijk werkers (bij 91%, 84%, 71% en 47% van de geïnventariseerde voorzieningen).

In de ouderensector nemen wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden, verzorgenden uit verpleeg- of verzorgingshuizen, huisartsen en verpleeghuisartsen het meest aan transmurale zorg deel (bij 63%, 56%, 47% en 47% van de geïnventariseerde voorzieningen).

In de gehandicaptensector zijn wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden, Z-verpleegkundigen, orthopedagogen en maatschappelijk werkers relatief vaak betrokken bij transmurale zorg (bij respectievelijk 6, 5, 5 en 5 van de 10 geïnventariseerde voorzieningen).

In alle vier onderscheiden zorgsectoren is de verpleegkundige/verzorgende beroepsgroep dus het best vertegenwoordigd in de transmurale zorg. In mindere mate dan de voornoemde zorgverleners zijn ook verschillende andere beroepsgroepen betrokken bij transmurale zorg, onder andere apothekers, diëtisten, verloskundigen, psychologen, activiteitenbegeleiders, groepsleiders, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en thuiszorghulpen.

Betrokkenheid cliënten

De betrokkenheid van organisaties van doelgroepen (cliënten- en patiëntenverenigingen, ouderenbonden) bij transmurale zorg is gering.

In de ouderensector participeren ouderenbonden in slechts 13% van de geïnventariseerde transmurale zorgvoorzieningen.

In de algemene gezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg zijn cliëntenorganisaties bij minder dan 4% van de geïnventariseerde voorzieningen betrokken en in de gehandicaptensector bij slechts 1 van de 10. Voor wat betreft de geestelijke gezondheidszorg sluiten onze gegevens aan bij die van Brunenberg en Borgesius.[10] Ook deze onderzoekers stelden vast dat cliëntenorganisaties weinig invloed hebben op zorgvernieuwingsprojecten.

Financiering

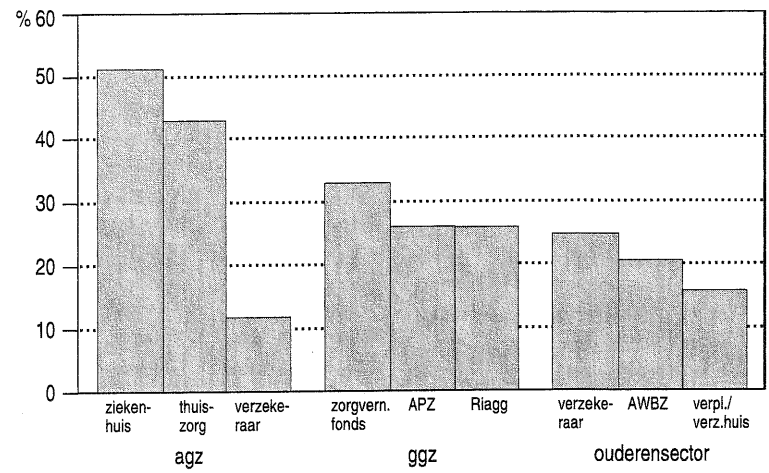
In alle vier sectoren wordt transmurale zorg voor een belangrijk deel betaald ➡

uit de eigen middelen van instellingen.
Zo is bij 51% van de geïnventariseerde transmurale zorgvoorzieningen in de algemene gezondheidszorg bekend dat de transmurale zorg wordt er gerealiseerd door eigen middelen van een ziekenhuis en bij 43% door eigen middelen van een thuiszorginstelling. Ook extra financiële steun van de ziektekostenverzekeraar (particulier of ziekenfonds) wordt relatief vaak aangewend om transmurale zorg mogelijk te maken (*figuur*).
De bestudeerde bronnen geven echter geen duidelijkheid over *hoeveel* geld en middelen er in transmurale zorg precies worden geïnvesteerd. Ook blijft onduidelijk of financiële ondersteuning meestal structureel of slechts van korte duur is.

Evaluatiestudies

In de algemene gezondheidszorg zijn 62 evaluatiestudies op het terrein van transmurale zorg getraceerd, in de geestelijke gezondheidszorg 12, in de ouderensector ook 12 en in de gehandicaptensector geen.
Er is dus vooral in de algemene gezondheidszorg wel evaluatieonderzoek verricht; men kan echter vraagtekens zetten bij de methodologische kwaliteit van het merendeel van die studies. Niet alleen in procesgerichte evaluatiestudies, maar ook in effectgericht onderzoek zijn veelal alleen nametingen verricht en is ook weinig gebruik gemaakt van controlegroepen (*tabel 2*). De studies waar wel met een voormeting en/of controlegroep is gewerkt, betreffen verschillende typen van transmurale zorg en ook zijn er uiteenlopende uitkomstmaten gebruikt.
Mede hierdoor is er nog onvoldoende inzicht in hoeverre de doelstellingen van transmurale zorg gerealiseerd zijn. Of transmurale zorg niet alleen naar definitie maar ook in werkelijkheid toegesneden is op de behoefte van de patiënt, is nog niet echt duidelijk. In hoeverre het streven naar meer kwaliteit en pogingen om de kosten te beheersen goed samengaan is ook nog onduidelijk.

Figuur. Financieringsbronnen waarvan het meest gebruik wordt gemaakt voor de realisering van transmurale zorg.



(% = aantal transmurale zorgvoorzieningen die (mede) gerealiseerd worden door de genoemde financieringsbronnen, gedeeld door het totale aantal transmurale zorgvoorzieningen in die zorgsector x 100)

Tabel 2. Soort evaluatiestudie en onderzoeksontwerp bij transmurale zorgvoorzieningen.

sector	soort evaluatie-studie	onderzoeksontwerp: geen controle-groep, enkel na-metingen	geen controle-groep, voor- en nametingen	wel controle-groep, enkel na-metingen	wel controle-groep, voor- en nametingen	ontwerp onbe-kend	aantal evaluatie-studies
AGZ							
	procesevaluatie	24	-	1	-	1	62
	effectevaluatie	3	1	-	2	1	
	proces- + effectevaluatie	9	5	-	1	6	
	soort onbekend	-	-	-	-	8	
GGZ							
	procesevaluatie	2	-	-	-	-	12
	effectevaluatie	-	-	-	1	-	
	proces- + effectevaluatie	2	-	-	2	5	
	soort onbekend	-	-	-	-	-	
ouderensector							
	procesevaluatie	2	-	-	-	-	12
	effectevaluatie	-					
	proces- + effectevaluatie	3	2	-	4	1	
	soort onbekend	-	-	-	-	-	
gehandicaptensector		-	-	-	-	-	0
aantal evaluaties		45	8	1	10	22	86

Conclusies en aanbevelingen

We kunnen concluderen dat de transmurale zorg in Nederland inmiddels vele muren tussen specialistische en generalistische zorginstellingen heeft doorbroken. Tegelijkertijd kan worden geconcludeerd dat er nog lacunes zijn in het onderzoek op het gebied van transmurale zorg; zo is inventariserend *vervolgonderzoek* noodzakelijk om inzicht te krijgen in de precieze omvang van transmurale zorgvoorzieningen en de beoogde en bereikte doelgroepen.
De meeste onduidelijkheid bestaat over de omvang van transmurale zorg voor lichamelijk gehandicapten; dit verdient dan ook extra aandacht. Daarnaast is inventariserend onderzoek noodzakelijk om een precies beeld te krijgen van de hoeveelheid geld en middelen die in de transmurale zorg wordt geïnvesteerd en om te bezien of de financiële ondersteuning structureel of slechts van korte duur is. Ook kunnen toekomstige inventarisatiestudies een beeld geven van de mogelijkheid en wenselijkheid van meer cliëntenparticipatie bij het opzetten van transmurale zorg.
Effectgerichte evaluatiestudies van goede methodologische kwaliteit zijn noodzakelijk om meer zicht te krijgen op de mate waarin doelstellingen van transmurale zorg worden bereikt. Een speciaal aandachtspunt kan de vraag zijn of doelstellingen op het terrein van kwaliteit van zorg en doelstellingen met betrekking tot kostenbeheersing tegelijkertijd kunnen worden bereikt.
Procesgerichte evaluatiestudies zijn noodzakelijk om meer zicht te krijgen op de randvoorwaarden die aanwezig moeten zijn om transmurale zorg - ook op de langere termijn - tot een succes te maken.

Tenslotte nog twee opmerkingen die zowel voor het beleid als voor het onderzoek van belang zijn. Er dient naast aandacht voor het aandeel van medici, gerichte aandacht te zijn voor het aandeel van verpleegkundigen en verzorgenden in de transmurale zorg. Hun komt dit niet alleen toe omdat zij het leeuwendeel van de transmurale zorg voor hun rekening nemen, maar ook omdat tot nu toe aan de rol van verpleegkundigen en verzorgenden bij transmurale zorg weinig aandacht is besteed. Zo is in het rapport van de NRV/CvZ1 wel aandacht besteed aan de bijdrage van huisartsen en medisch specialisten aan transmurale zorg, maar niet aan die van verpleegkundigen en verzorgenden.[1]
Verder is het van belang dat beleidsmakers en onderzoekers rekening houden met het feit dat 'transmurale zorg' een koepelterm is voor vaak sterk verschillende typen van transmurale zorg. In dit licht is spreken over 'transmurale zorg' ongenuanceerd. Bij het vormgeven aan beleid en onderzoek is het daarom wenselijk duidelijk aan te geven over welk(e) type(n) transmurale zorg het gaat. •

A.L. Francke,

A. Persoon,

A. Kerkstra,
zijn of waren gedurende het onderzoek werkzaam bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel) te Utrecht. De studie 'Transmurale zorg in Nederland' is verricht in opdracht en met subsidie van ZorgOnderzoek Nederland

Literatuur

1. Nationale Raad voor de Volksgezondheid/College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Transmurale somatische zorg. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1995.
2. Delnoij DMJ. Transmurale somatische zorg in Nederland. Gezondheidszorg en Management 1995; 6: 21-4.
3. Persoon A, Francke AL, Temmink D, Kerkstra A. Transmurale zorg in Nederland. Een inventarisatie op basis van bestaande gegevensbestanden. Utrecht: Nivel, 1996.
4. Linden B van der, Spithoven E. Ledenlijst en projectomschrijvingen van het netwerk voor transmuraal werkenden. Utrecht: Vakgroep Algemene Gezondheidszorg, Rijksuniversiteit Utrecht, 1996.
5. Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke Gezondheidszorg/Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (STOOM/LVT). Inventarisatie Onderzoeks en Ontwikkelingsprojecten Thuiszorg. Bunnik: LVT, 1996.
6. Centraal Bureau voor de statistiek. Statistisch Jaarboek. 's-Gravenhage: CBS, 1996.
7. Bijl R (red). Geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg verkenningen tot het jaar 2000. Signaleringsrapport 1993. Utrecht/Rijswijk: NcGv/STG, 1993.
8. Advies inzake een functiegerichte omschrijving aanspraken zorg voor verstandelijk gehandicapte personen. Uitgebracht door de Ziekenfondsraad aan de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur d.d. 19 december 1991.
9. Tweede Kamer der Staten-Generaal. De perken te buiten. Meerjarenprogramma intersectoraal gehandicaptenbeleid 1995-1998. 's Gravenhage: Sdu Uitgeverij, 1995.
10. Brunenberg W, Borgesius E. Zorgvernieuwing in de psychiatrie. Een verkennend onderzoek naar zorgvernieuwingsprojecten van psychiatrische ziekenhuizen. Utrecht: NcGv, 1996.

GELETTERD

W. Brunenberg en E. Borgesius. Zorgvernieuwing in de psychiatrie. Een verkennend onderzoek naar zorgvernieuwingsprojecten van psychiatrische ziekenhuizen. Utrecht: NcGv-reeks, 96-11. ISBN 90 5253 168 4. 189 blz. Prijs f 31,50.

ZORGVERNIEUWING in de geestelijke gezondheidszorg maakt een bloeiperiode door. In de algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ's) en in andere GGZ-instellingen wordt, gemotiveerd door het beleid en soms ook door subsidies van het ministerie van VWS, het zorgaanbod vernieuwd en uitgebreid.
Tot nu toe was er echter onvoldoende inzicht in de aard en omvang van zorgvernieuwing in de GGZ. In het onderzoeksrapport 'Zorgvernieuwing in de psychiatrie' wordt op deze lacune ingespeeld en wordt een beeld geschetst van de zorgvernieuwingsprojecten die binnen of in samenwerking met APZ's plaatsvinden.
Aan de hand van gegevens uit de Databank Zorgvernieuwing (van NcGv, Nivel en Nzi) en via aanvullende enquêtering van contactpersonen zijn in totaal 538 zorgvernieuwingsprojecten opgespoord. De inventarisatie richtte zich enkel op innovatieve projecten die binnen of in samenwerking met APZ's plaatsvonden. Omdat er geen consensus bestaat over de exacte invulling van de term 'zorgvernieuwing' en evenmin over wanneer een activiteit het etiket 'project' kan worden toebedeeld, zijn de onderzoekers uitgegaan van wat het veld zelf als zorgvernieuwingsproject aanmeldde. Daarbij bestaat het gevaar dat de contactpersonen in het veld wel nauwe definities van een zorgvernieuwingsproject hanteren. Terecht merken de onderzoekers op dat daardoor een zekere onderrapportage niet is uitgesloten. APZ's zijn dus mogelijk bij meer zorgvernieuwingsprojecten betrokken dan bij de 583 projecten die zijn aangemeld.

Op grond van de inhoudelijke kenmerken en de doelstellingen worden zes typen zorgvernieuwingsprojecten onderscheiden.
Het eerste type betreft zorgvernieuwing gericht op het bevorderen van *afstemming, coördinatie of continuïteit van zorg.* Hierbij kan men denken aan reorganisatie van de hulpverlening op operationeel, functioneel en bestuurlijk niveau in de vorm van zogenaamde multifunctionele eenheden (MFT's) of door middel van regionale zorgcircuits.
Een tweede type is zorgvernieuwing met als doel het verbeteren van de procedures bij *indicatiestelling, plaatsing of verwijzing.* Veelal gaat het hierbij om regionale plaatsings- of indicatiecommissies.
Een derde type betreft projecten met als doel de *diagnostiek, behandeling of begeleiding* af te stemmen op een specifieke groep cliënten. Gedacht kan worden aan centra voor jongeren met een criminele achtergrond of voor getraumatiseerde vluchtelingen.
Onder het vierde onderscheiden type vallen projecten gericht op *integratie, rehabilitatie of resocialisatie* van (ex-)cliënten. Hiertoe kunnen bijvoorbeeld worden gerekend: centra die zich bezighouden met arbeidsrehabilitatie, dagactiviteiten, trainings- of opleidingsprogramma's voor (ex-)cliënten. Ook projecten om cliënten te leren (weer) zelfstandig te wonen, behoren tot dit type.
Het vijfde type betreft *opnamevervangende zorg* voor chronici, zoals vormen van intensieve thuiszorg of flexibele crisisopvang voor mensen met chronische psychiatrische problematiek.
Het zesde en laatste type betreft *opnamevoorkomende zorg.* Het kenmerkende verschil met het vorige type betreft de doelgroep: men richt zich niet op chronici, maar op cliënten die nog niet eerder in contact kwamen met de psychiatrie. Voorbeelden zijn: intensieve thuiszorgprojecten, crisisdiensten en vormen van deeltijdbehandeling voor niet-chronische cliënten.
Bij elk van de zes typen van zorgvernieuwing worden concrete projecten in detail beschreven. Tevens wordt vermeld waar in het land dergelijke zorgvernieuwingen gaande zijn.
Dit rapport bezit dan ook een schat aan informatie voor beleidsmakers en hulpverleners die zorgvernieuwingsprojecten gaan opzetten, wat kan voorkomen dat zij opnieuw het innovatieve wiel gaan uitvinden. Wellicht is dit rapport ook van waarde voor cliëntenorganisaties; zij krijgen een overzicht van de bestaande projecten en daarmee een beeld van eventuele hiaten in de zorgvernieuwing (landelijk of per regio).

Het rapport is overigens niet alleen interessant omdat het geordende informatie over zorgvernieuwingsprojecten geeft, maar ook vanwege de conclusies.
Een belangrijke conclusie is, dat een groot deel van de zorgvernieuwingsprojecten in de GGZ zich weliswaar richt op chronici, maar dat er voor de groep die er het slechtst aan toe is nog weinig vernieuwends gebeurt. Het gevaar bestaat dat binnen de grote groep chronische cliënten een soort afroming gaat plaatsvinden; alleen de 'besten van de slechtsten' komen in aanmerking voor zorgvernieuwing.
De tijd is aangebroken om zorgvernieuwing naar de 'zwaarste' groep chronische cliënten te vertalen en uit te breiden, aldus de onderzoekers. Tegelijkertijd is uitbreiding van opnamevoorkomende projecten voor niet-chronische cliënten noodzakelijk. In dit licht gezien is het hoopgevend dat er steeds meer mogelijkheden komen voor intensieve thuiszorg, crisisopvang en deeltijdbehandeling, die (ook) voor niet-chronici van groot belang zijn. •

dr. Anneke Francke,
Nivel, Utrecht