

HUISARTS EN ZORGVERNIEUWING

Een onderzoek naar de rol van de huisarts in zorgvernieuwings-
projecten en transmurale zorg



Dirk Doeglas

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 2319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK DEN HAAG

Doeglas, D.

Huisarts en zorgvernieuwing. Een onderzoek naar de rol van de huisarts in zorgvernieuwingsprojecten en transmurale zorg/D. Doeglas - Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), 1997

ISBN 90-6905-324-1

Trefw.: huisarts, zorgvernieuwing, transmurale zorg

Typewerk:

Dirk Doeglas

Layout:

Ria Karamat Ali

Omslag:

Mieke Cornelius

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD

1	INLEIDING	5
1.1	Achtergrond	5
1.2	Transmurale werkspraken	6
1.3	Doel van het onderzoek	6
2	ONDERZOEKSMETHODE EN DATAVERZAMELING	7
2.1	Inleiding	7
2.2	Inventarisatie van projecten	7
2.3	Projectbeschrijvingen aan de hand van interviews	8
3	RESULTATEN	10
3.1	Inleiding	10
3.2	Initiatiefnemers, doel en achtergrond van de projecten	10
3.2.1	Resultaten van de inventarisatie	10
3.2.2	Resultaten van de projectbeschrijvingen	13
3.3	Organisatie van de projecten	14
3.3.1	Resultaten van de inventarisatie	14
3.3.2	Resultaten van de projectbeschrijvingen	16
3.4	Financiering van de projecten	20
3.4.1	Resultaten van de inventarisatie	20
3.4.2	Resultaten van de projectbeschrijvingen	21
3.5	Zorginhoudelijke knel- en pluspunten	23
3.5.1	Resultaten van de inventarisatie	23
3.5.2	Resultaten van de projectbeschrijvingen	25
3.6	Evaluatie en vervolg van de projecten	27
3.6.1	Resultaten van de inventarisatie	27
3.6.2	Resultaten van de projectbeschrijvingen	27
4	CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN	30
	LITERATUUR	33
BIJLAGE 1	Vragenlijst gebruikt voor de inventarisatie	34
BIJLAGE 2	Overzicht van de 30 projecten uit de inventarisatie	42
BIJLAGE 3	Vragenlijst gebruikt voor de mondelinge interviews	43
BIJLAGE 4	De acht projectbeschrijvingen aan de hand van interviews	50

VOORWOORD

De gezondheidszorg en de organisatie van deze zorg is in beweging. Dit kenmerkt zich onder andere door het ontstaan van *transmurale* werkafspraken tussen eerste lijn en tweede lijn. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft het NIVEL verzocht om een inventarisatie op te stellen van de transmurale werkafspraken en zorgvernieuwingprojecten die er in Nederland plaatsvinden op de medische as (huisarts-specialist), en om te onderzoeken hoe die projecten lopen op het zorg-inhoudelijke, organisatorische en financiële vlak. Het doel van dit tweeledige onderzoek is om enerzijds een beeld te krijgen van het soort van projecten (transmurale werkafspraken) dat er op dit moment loopt, en anderzijds om de bij de vereniging aangesloten huisartsen te kunnen voorlichten en adviseren in het maken van werkafspraken met specialisten en andere (eerste lijns) zorgverleners.

Als eerste stap heeft het NIVEL daartoe de directeurs van de DHV's gevraagd om een overzicht te geven van de projecten die al minimaal een jaar in hun regio's lopen, of recentelijk zijn afgerond en wie de contactpersonen van deze projecten waren. De contactpersonen is een vragenlijst toegestuurd met betrekking tot de inhoud van het project. De vragen gingen over de achtergrond van het project, wie het initiatief voor het project had genomen, wie de betrokkenen waren bij het project, waaruit de organisatorische en zorginhoudelijke afspraken bestonden, en welke knelpunten het project gekend had.

Vervolgens zijn op grond van de teruggestuurde vragenlijsten een achttal projecten geselecteerd, om aan de hand van die projecten dieper te analyseren hoe de besluitvorming tussen huisartsen en specialisten tot stand is gekomen. Dit is gebeurd door middel van 21 interviews met bij de projecten betrokken personen; meestal een huisarts, een specialist en een projectleider. In de interviews is nagegaan welke afspraken er gemaakt zijn tussen de verschillende partijen. Wat ging er goed in de samenwerking en wat ging minder goed? Hoe zouden bepaalde dingen te verbeteren zijn? Aan de hand van de interviews zijn acht *projectbeschrijvingen* gemaakt.

Het voorliggende verslag is enerzijds gebaseerd op de informatie uit de 30 teruggestuurde vragenlijsten, en anderzijds op de beschrijvingen van de acht nader onderzochte projecten.

Dirk Doeglas
Utrecht, februari 1997

1 INLEIDING

1.1 Achtergrond

Transmurale zorg en samenwerking tussen generalisten en specialisten over de muren van het ziekenhuis heen heeft een belangrijke stimulans gekregen met het verschijnen van de voorstellen van de commissie Biesheuvel. In deze voorstellen staat het idee van een zorgcontinuüm centraal, naast de poortwachtersfunctie van de huisarts en het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf.

Transmurale zorg werd door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in zijn advies Transmurale somatische zorg als volgt gedefinieerd:

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, p. 9]

Centraal in deze definitie staat het uitgangspunt van gedeelde verantwoordelijkheid en het verlenen van zorg op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie. In veel transmurale werkafspraken en 'aanverwante' projecten vindt samenwerking plaats over de verpleegkundige as, waarbij zorg niet langer in het ziekenhuis maar thuis, door (wijk)verpleging en gezinsverzorging wordt geboden. Huisartsen kunnen hierbij betrokken zijn als de meest aangewezen beroepsbeoefenaar voor het verlenen van de noodzakelijke medische zorg thuis. Een inventarisatie van deze projecten op basis van bestaande gegevensbronnen, inclusief (voor zover relevant) de rol van huisartsen daarin, heeft reeds plaatsgevonden in het kader van ander NIVEL-onderzoek, waarbij onderscheid is gemaakt in vier sectoren: de algemene gezondheidszorg, de geestelijke gezondheidszorg, de ouderensector en de gehandicaptensector (Persoon, 1996). Hoewel deze betrokkenheid van huisartsen extra werk met zich mee zal brengen, is deze taakverzwaring waarschijnlijk te verwaarlozen vergeleken met de extra belasting die transmurale zorg op de as huisarts-specialist met zich mee zal brengen.

In tegenstelling tot bovengenoemde transmurale projecten, waar de samenwerking meer op de verpleegkundige as plaats vindt, staan in het onderhavige onderzoek de transmurale werkafspraken tussen huisarts en specialist centraal. De nadruk ligt daarbij op de rol en de positie van de huisarts in het tot stand komen van de werkafspraken. Bij de projecten waar het hier om gaat, is het doel vaak het overhevelen van behandeling en monitoring van relatief grote categorieën patiënten, veelal chronische patiënten als bijvoorbeeld diabetici, CARA-patiënten, reumapatiënten [Spreeuwenberg, 1994, Delnoij, 1995]. Overigens kan dit tegelijkertijd ook leiden tot een verzwaring van het werk van specialisten, doordat de bij de specialist overblijvende patiënten gemiddeld ernstigere klachten kunnen hebben [verg. De Kluiver e.a., 1994].

Naar verwachting zal transmurale zorg op het grensvlak van huisartsgeneeskundige en specialistische zorg een extra impuls krijgen door de veranderingen die momenteel in de honorering van specialisten plaatsvinden. Ook als binnenkort de zogeheten 3%-

regeling zal worden ingevoerd, op basis waarvan zorgverzekeraars -op papier- flexibeler worden in het overhevelen van gelden van de ene verstrekking naar de andere (bijvoorbeeld van ziekenhuis naar thuiszorg), kunnen transmurale werkafspraken een stimulans ondervinden.

1.2 Diversiteit aan transmurale werkafspraken

Transmurale activiteiten (al dan niet in projectvorm) van huisartsen, specialisten en eventueel ook ziekenhuizen en thuiszorg kunnen zeer divers zijn qua inhoud en omvang [verg. Vogel, 1994]. Op het meest kleinschalige niveau is samenwerking denkbaar met betrekking tot één patiëntencategorie of één afzonderlijke ingreep, tussen een maatschap van specialisten en enkele huisartsen (bijvoorbeeld een huisartsengroep of een grote groepspraktijk). Op het meso-niveau bevinden zich transmurale werkafspraken van een iets grotere omvang waarbij bijvoorbeeld alle huisartsen in één district meedoen. Op landelijk niveau bepleit het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) zogeheten Transmurale Afspraken, waarbij allereerst op wetenschappelijke gronden overeenstemming wordt bereikt over medisch noodzakelijke zorg en vervolgens een medisch-inhoudelijke taakverdeling tussen de betrokken disciplines wordt opgesteld [NHG, 1996]. Deze twee stappen zouden volgens het NHG op landelijk niveau moeten worden genomen door het NHG en de medisch-wetenschappelijke verenigingen. Op regionaal en lokaal niveau kunnen, op basis van de landelijke Transmurale Afspraak, werkafspraken tussen specialisten en huisartsen worden gemaakt. Het NHG wil met deze aanpak voorkomen dat huisartsen in hun samenwerking met specialisten ertoe worden verleid delen van het huisartsgeneeskundig gedachtengoed (samen te vatten als 'de patiënt is gezond totdat het tegendeel bewezen is') prijs te geven in ruil voor consensus [NHG, 1996, p. 10]. In navolging het NHG wordt in dit stuk de term "transmurale werkafspraken" aangehouden, als er tussen de eerste en tweede lijn, of tussen verschillende zorgverlenende instanties in de eerste lijn wordt samengewerkt.

1.3 Doel van het onderzoek

In dit onderzoek wordt nagegaan wat de rol is van de huisarts in de totstandkoming van transmurale werkafspraken, de uitvoering ervan en de mogelijke afwikkeling van als tijdelijk experiment opgezette projecten. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de LHV en zal worden gebruikt voor haar beleidsontwikkeling op dit terrein.

De vraagstelling van het onderzoek luidt:

1. Op welke wijze zijn huisartsen als beroepsgroep betrokken bij de ontwikkeling, de uitvoering en de eventuele afwikkeling van transmurale activiteiten of transmurale werkafspraken op het grensvlak van huisartsgeneeskundige en medisch-specialistische zorg?
2. Hoe beoordelen de deelnemende huisartsen en/of hun vertegenwoordigers de transmurale activiteiten in financieel, organisatorisch en zorginhoudelijk opzicht?
3. Welke fasen in en aspecten van de totstandkoming van transmurale werkafspraken zijn door de vertegenwoordigers van de beroepsgroep achteraf als cruciaal ervaren; wat zou men achteraf gezien anders hebben aangepakt en over welke uitkomsten is men tevreden?

2 ONDERZOEKSMETHODE EN DATAVERZAMELING

2.1 Inleiding

Het onderzoek is in twee delen opgezet. In eerste instantie is een inventarisatie uitgevoerd van transmurale activiteiten waarbij huisartsen betrokken zijn. Daartoe zijn via de DHV-directeuren projecten of activiteiten achterhaald die er in hun district de afgelopen tijd gelopen hebben. Vervolgens hebben de contactpersonen van deze projecten een korte schriftelijke enquête hebben ontvangen. Aan de hand van de teruggestuurde enquêtes worden de eerste en tweede vraag van het onderzoek beantwoord (op welke wijze zijn huisartsen betrokken bij transmurale zorg en hoe beoordelen zij de projecten of activiteiten).

In tweede instantie zijn, op basis van de door de DHV-directeuren aangemelde projecten en de informatie van de contactpersonen van dit projecten, acht projecten geselecteerd die meer diepgaand zijn beschreven en geanalyseerd. Van deze acht projecten is, door middel van interviews met de huisarts, de specialist en eventuele andere voor het project belangrijke personen, meer informatie verzameld over hoe met name de projecten tot stand gekomen zijn, en welke organisatorische en zorginhoudelijke afspraken er zijn gemaakt. Aan de hand van deze interviews zal de derde vraag van het onderzoek worden beantwoord: welke fasen in de totstandkoming van afspraken heeft men achteraf als cruciaal ervaren, wat zou men achteraf anders hebben aangepakt, en waarover is men tevreden?

2.2 Inventarisatie van projecten

De eerste stap van dit onderzoek is dus een inventarisatie van transmurale zorg (werkafspraken) waarbij huisartsen betrokken zijn. Het ging daarbij om projecten waarbij samenwerking plaatsvindt op de medische as huisarts-specialist; soms kunnen daarbij ook verpleegkundigen betrokken zijn. Belangrijk is dat het **niet** alleen ging om transmurale activiteiten waarbij sprake is van een projectmatige aanpak. Onder een projectmatige aanpak wordt verstaan dat er tenminste een (globaal) tijdpad is uitgezet voor de implementatie en eventueel ook de evaluatie van afspraken. Ook activiteiten zonder projectmatig karakter maakten deel uit van het onderzoek, zoals het opstellen en implementeren van een protocol. Een belangrijk criterium was wèl dat de projecten of activiteiten reeds waren afgerond (daaronder verstaan we ook eventueel mislukte projecten) of al minimaal een jaar in de uitvoeringsfase verkeerden. Het is immers moeilijk een project te beoordelen dat nog niet of maar net begonnen is.

Voor de inventarisatie is gebruik gemaakt van de informatie waarover DHV-directeuren beschikken. Aan DHV-directeuren is per brief en op het periodieke "directeuren-overleg" gevraagd bij welke transmurale werkafspraken de huisartsen in hun district betrokken zijn, met welke specialismen in welke ziekenhuizen daarbij wordt samengewerkt, of **alle** huisartsen in het adherentiegebied van het ziekenhuis deelnemen en - omgekeerd- of alle ziekenhuizen binnen het 'verwijsgebied' van huisartsen deelnemen, en om welke patiëntencategorie(ën) of ingrepen het gaat. Zeventien van de 23

directeuren zijn op ons verzoek ingegaan en hebben met elkaar 45 projecten genoemd¹.

Aan de 45 contactpersonen van de activiteit of project is een korte schriftelijke enquête gezonden waarin wat dieper op de inhoud van een project is ingegaan. Gevraagd is, onder meer, naar de initiatiefnemer van het project, het type afspraken dat eventueel is gemaakt, het aantal patiënten dat volgens deze afspraken wordt behandeld, de geschatte tijdsbesteding van huisartsen aan het project, de regiefunctie en de financiering. In bijlage 1 is de vragenlijst opgenomen die voor de inventarisatie is gebruikt. Uiteindelijk zijn 30 enquêtes door de contactpersonen teruggestuurd. In bijlage 2 wordt een overzicht gegeven van deze 30 projecten gegeven.

2.3 Projectbeschrijvingen aan de hand van interviews

Het tweede gedeelte van dit onderzoek betreft het (bij een aantal projecten) dieper ingaan op hoe de transmurale afspraken tot stand gekomen zijn. Op basis van de lijsten die door DHV-directeuren werden aangeleverd en de door de contactpersonen teruggestuurde lijsten, zijn acht projecten geselecteerd. Gestreefd is naar een goede spreiding over kenmerken die mogelijk samenhangen met de betrokkenheid en de rol van huisartsen in het project. Deze kenmerken kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de mate waarin huisartsen en ziekenhuizen op elkaar zijn aangewezen, deels samenhangend met de mate van verstedelijking van een regio (in grote steden is het aanbod diverser dan op het platteland). Een ander kenmerk is de omvang van het project in termen van het aantal deelnemers en het aantal deelnemende disciplines. Ook kunnen de patiëntencategorieën of ingrepen en daarmee samenhangend de betrokken specialismen van invloed zijn op de rol en positie van huisartsen in projecten. Op basis van deze aspecten kan een matrix worden opgesteld, zoals hieronder te zien is.

Projecten worden in deze matrix ingedeeld volgens een drietal criteria. Het is van belang om rekening te houden met de mate waarin alle ziekenhuizen in een regio en/of alle huisartsen in een regio deelnemen aan het project. Waar bijvoorbeeld niet alle huisartsen in het adherentiegebied van een ziekenhuis deelnemen (situatie 2, 4, 6 en 8), hebben huisartsen mogelijk minder invloed op de inhoud van een project. Zij vertegenwoordigen immers niet de gehele beroepsgroep. Wanneer niet alle ziekenhuizen deelnemen en wel alle huisartsen (situatie 3 en 7), hebben ziekenhuizen en specialisten mogelijk minder invloed: huisartsen kunnen hun patiënten (theoretisch) immers naar een ander ziekenhuis verwijzen als zij daar betere afspraken weten te bedingen. Verder wordt bij het selecteren van de projecten rekening gehouden met de inhoud. Betreft het afspraken over slechts één patiëntencategorie of één specifieke behandeling (situatie 1 t/m 4), dan is het project overzichtelijker en 'kleiner', waardoor er minder kans op problemen bestaat. Worden afspraken gemaakt over een pluriforme groep patiënten (situatie 5 t/m 8), bijvoorbeeld alle uit het ziekenhuis ontslagen patiënten, dan is het project groter en heterogener, zijn vaak meerdere disciplines betrokken en ontstaat alleen al daardoor meer kans op problemen.

¹ Later heeft één DHV nog een tiental projecten doorgegeven. Het onderzoek verkeerde op dat moment al in de uitvoerende fase, zodat deze projecten verder buiten beschouwing zijn gelaten.

	deelnemend(e) ziekenhuis(-zen) heeft/hebben monopolie (≈ platteland/kleine stad of regio-breed project)		deelnemend(e) ziekenhuis(-zen) heeft/hebben geen monopolie (≈ grote stad)	
	alle huisartsen in adherentiegebied nemen deel	deel vd huisartsen in adherentiegebied neemt deel	alle huisartsen in adherentiegebied nemen deel	deel vd huisartsen in adherentiegebied nemen deel
project betreft één patiëntencategorie/ behandeling	1	2	3	4
project betreft pluriforme groep patiënten/ behandelingen	5	6	7	8

(De genummerde cellen komen overeen met de nummers van de projecten op pagina 13 en bijlage 2 en 4)

Op basis van de informatie van de DHV-directeuren zijn eerst alle projecten verdeeld over de acht cellen, waarna uit iedere cel één project getrokken is voor het tweede deel van het onderzoek. Er moest daarbij met een aantal dingen rekening worden gehouden. Op de eerste plaats bevatte niet alle cellen evenveel projecten, en sommige cellen slechts een paar. (De verdeling van de 45 projecten over cel 1 t/m 8 was: 7, 3, 5, 8, 7, 2, 6, en 7 projecten respectievelijk.) Daarnaast is ook met de aard van het te selecteren project rekening gehouden, zodat er bijvoorbeeld niet twee diabetesprojecten geselecteerd zouden worden.

Voor de acht geselecteerde projecten is aan de hand van documentanalyse (voor zover 'documenten' beschikbaar zijn) en interviews met sleutelfiguren nader worden gespecificeerd om welk type project het gaat (welke specialismen, welke patiënten, welke ingrepen?) en wat de betrokkenheid van de huisartsen is geweest bij de totstandkoming van het project en tijdens de uitvoeringsfase. De te interviewen sleutelfiguren waren in de eerste plaats uiteraard de huisartsen. Daarnaast is ernaar gestreefd om per project ook één of meer vertegenwoordigers van de andere betrokken disciplines te interviewen. Overigens is de bovenstaande matrix uitsluitend gebruikt om bij de selectie van projecten te zorgen voor een goede spreiding over mogelijk relevante factoren, en zijn de dimensies waarop de verschillende projecten verschillen geen onderwerp van analyse geweest. Bij de analyse van de kwalitatieve gegevens zoals die in de interviews zijn verzameld, is het ook niet goed mogelijk een verband te leggen tussen de drie dimensies van de matrix en het welslagen van het project. Dit is des te moeilijker omdat per "cel" slechts één project is geselecteerd, waardoor generaliseren moeilijk wordt. In totaal zijn er 21 interviews gedaan waarbij de vragen zijn gesteld die in bijlage 3 zijn opgenomen.

3 RESULTATEN

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden in een gecombineerde vorm de resultaten gepresenteerd van zowel de inventarisatie van projecten als de projectbeschrijvingen aan de hand van de interviews. De onderwerpen worden besproken door eerst de resultaten van de inventarisatie te presenteren, die vervolgens in de volgende paragraaf worden gecombineerd aan de hand van de resultaten van de interviews die voor de projectbeschrijvingen zijn gehouden. De volgende onderwerpen komen daarbij achtereenvolgens aan de orde: doel en achtergrond van projecten, organisatie, financiering, knel- en pluspunten, en evaluatie en vervolg van de projecten.

3.2 Initiatiefnemers, doel en achtergrond van de projecten

3.2.1 Resultaten van de inventarisatie

In tabel 1 worden de initiatiefnemers van de projecten in kaart gebracht. De huisartsen (al dan niet via de DHV/RHV) behoren bij de helft van alle genoemde projecten tot de initiatiefnemers. In zeven gevallen zijn de projecten als gezamenlijk initiatief van huisartsen met ziekenhuis, specialisten of thuiszorg opgestart. Transmurale zorg is dus niet altijd een fenomeen dat huisartsen "overkomt", ze zijn vaak actief betrokken bij het opzetten van een project. Deels wordt het grote aandeel van projecten op initiatief van de huisartsen echter verklaard door het feit dat de projecten die hier beschreven worden via huisartsen (DHV) zijn aangemeld.

Tabel 1 Initiatiefnemer van het project

1	Huisarts (HAGRO/RHV/DHV)	18
2	Thuiszorg/verpleeghuis	10
3	Ziekenhuis	9
4	Specialisten	6
5	Overig	8

(Meerdere antwoordcategorieën zijn mogelijk)

In tabel 2 en 3 wordt een overzicht gegeven van het doel van de projecten en het type afspraken dat in het kader van het project is gemaakt. De resultaten van tabel 2 zijn op een open vraagstelling gebaseerd, terwijl tabel 3 de antwoorden op een gesloten vraagstelling betreft.

Het soort afspraken dat binnen de verschillende projecten is gemaakt is zeer divers, variërend van vrij concrete afspraken zoals feedback op laboratorium-diagnostiek of het instellen van een diabetesspreekuur tot minder concrete afspraken zoals het verbeteren van de kwaliteit van zorg (zie tabel 2). Ondanks het feit dat elk project natuurlijk op zich uniek is, zijn er ook een aantal duidelijke overeenkomsten tussen de projecten.

Het meest genoemd (15 maal) is het maken van protocollaire afspraken met betrekking tot het verzorgen en/of behandelen van patiënten, gevolgd door het behandelen van patiënten in de thuissituatie (overbrengen van zorg naar de eerste lijn) bij 12 projecten, en het verbeteren van de kwaliteit van zorg bij 11 projecten. Opmerkelijk is dat "periodiek overleg" en het "bevorderen van communicatie tussen de deelnemers" bij 5 projecten als doel op zich genoemd worden.

Tabel 2 Doel van het project / type afspraken dat gemaakt is

1	Opstellen van (werken met) protocollen	15
2	Overbrengen van zorg naar de eerste lijn / Thuis behandelen van patiënten	12
3	Verbeteren van (de kwaliteit van) zorg	11
4	Bevorderen van communicatie	5
5	Vervroegd ontslag	5
6	Periodiek overleg tussen deelnemers van het project	5
7	Liaisonverpleegkundige/zorgcoördinerende functie/loketfunctie binnen zh voor uitwisseling info eerste - tweede lijn	4
8	Consultatie/feedback op aanvragen voor lab.diagnostiek	4
9	Instellen diabetesspreekuur door thuiszorg	2
10	Overige	5

(Meerdere antwoordcategorieën zijn mogelijk)

Tabel 3 is gebaseerd op een vraag uit de enquête met vaste antwoordcategorieën. Volgens de NRV-definitie gaat het bij transmurale zorg erom dat er door de verschillende zorgaanbieders wordt samengewerkt en er gezamenlijk verantwoordelijkheid wordt gedragen. Uit de praktijk blijkt dat deze definitie nogal "zwaar" is, binnen de meeste projecten wordt weliswaar samengewerkt tussen de lijnen, terwijl er in geen enkel project echt sprake is van *gezamenlijke* verantwoordelijkheid. Dat neemt niet weg dat er min of meer een aantal "basisvormen" van transmurale zorg te onderscheiden zijn (zie tabel 3). De vraag was in welke van de onderstaande categorieën het project onder te brengen was, waarbij een project in meerdere categorieën ingedeeld kon worden.

Ook uit tabel 3 blijkt dat de projecten zeer divers zijn. Voor 22 projecten geldt dat ze iets doen aan het verbeteren van de afstemming tussen ziekenhuis en eerste lijn, bijvoorbeeld door protocol-ontwikkeling. In tabel 2 is protocolontwikkeling slechts 15 maal genoemd, maar er zijn blijkbaar projecten die andere manieren gebruiken om de onderlinge afstemming te verbeteren. Een mogelijke andere verklaring voor deze discrepantie tussen tabel 2 en tabel 3 is dat de betrokkenen bij de invulling van de open vraag zich meer beperkt hebben tot "hoofdzaken", terwijl bij de gesloten vragen ook andere "relevante" kenmerken zijn aangekruist.

Tabel 3 Het project is gericht op ...

1	Het verbeteren van afstemming tussen ziekenhuis en eerste lijn, onder andere door protocolontwikkeling	22
2	Het thuis verzorgen van patiënten, die in het ziekenhuis specialistisch behandeld zijn (bv. in dagbehandeling) (ziekenhuisverplaatste zorg)	10
3	Het thuis verzorgen van patiënten waarbij de specialistische zorg door de eerste lijn wordt verleend, met ondersteuning door het ziekenhuis (bv. door consultatie van de specialisten)	10
4	Het thuis verzorgen door de eerste lijn van patiënten die vervroegd ontslagen zijn	10
5	Organiseren van de overgang of aansluiting van zorg voor patiënten die worden ontslagen uit het ziekenhuis, en opgevangen dienen te worden in de eerste lijn; bijvoorbeeld door het instellen van een transferverpleegkundige	8
6	Het thuis verzorgen van patiënten door zowel (gemeenschappelijke taken) het ziekenhuis als de eerste lijn	7
7	Patiënten die uitbehandeld zijn in het ziekenhuis, en tijdelijk aanvullende zorg nodig hebben in of vanuit een revalidatiecentrum, verpleeg- of verzorgingshuis, of een zotel	3
8	Andere aspecten	6

(Meerdere antwoordcategorieën zijn mogelijk)

Als we de informatie van tabel 2 en 3 combineren met de informatie uit tabel 1, dan blijkt er geen verband te bestaan met de initiatiefnemer van het project en de verschillende categorieën die er in tabel 2 en 3 onderscheiden worden. In tabel 3 is één categorie waarin huisartsen nooit initiatiefnemer zijn, namelijk de gemeenschappelijke patiëntenzorg thuis door zowel ziekenhuis als eerste lijn (categorie 6). Het initiatief wordt over het algemeen hier door of het ziekenhuis, of door de thuiszorg genomen.

In de categorie "overige" zijn projecten genoemd als het verbeteren van huisartskundige zorg, het overbrengen van zorg voor diabetes mellitus type II naar de eerste lijn, diagnostiek in de eerste lijn, verpleegkundige ondersteuning van de huisarts, en het verbeteren van de samenwerking tussen huisartsen onderling, en tussen huisarts en specialist.

Uit het feit dat de respondenten relatief vaak meerdere categorieën hebben gebruikt om hun project te classificeren, zou afgeleid kunnen worden dat transmurale werkafspraken moeilijk onder één noemer te vangen zijn. Zo is één project in 6 categorieën ondergebracht, 3 projecten in 5 categorieën, 4 projecten in 4 categorieën, ook 4 projecten in 3 categorieën, en 9 projecten in 2 categorieën. Tot slot zijn er 9 zogenaamde "zuivere" projecten, die in slechts één categorie zijn ondergebracht. Opvallend bij deze laatste groep is dat 7 projecten gericht zijn op protocolontwikkeling, en dat 6 van die projecten (mede) geïnitieerd zijn door huisartsen. Daarbij moet opgemerkt worden dat ook de omvang van de projecten nog al verschilt. Sommige projecten hebben betrekking op een paar honderd patiënten, terwijl bij andere projecten aan de hand van enkele patiënten diagnostiek besproken wordt.

Tabel 4 Patiëntengroepen waar de projecten betrekking op hebben

1	Niet direct op patiënten gericht/niet patiënt-gebonden	5
2	Diabetes Mellitus type II	5
3	Meervoudige patiëntencategorieën	4
4	Ziekenhuispatiënten	3
5	Oncologische patiënten	3
6	CVA patiënten	2
7	Diep veneuze thrombose patiënten	2
8	Overige patiëntengroepen	8

(Meerdere antwoordcategorieën zijn mogelijk)

De diversiteit aan projecten blijkt ook uit tabel 4, waar de patiëntengroepen opgesomd worden waar de projecten betrekking hebben. Vijf projecten zijn niet (direct) op patiënten gericht. Daarnaast is diabetes Mellitus type II de patiëntengroep die het meest (5 keer) genoemd wordt binnen de transmurale werkafspraken en zorgvernieuwingprojecten, gevolgd door oncologische patiënten (3 maal), CVA patiënten (2 maal) en diep veneuze thrombose patiënten (ook 2 keer). Daarnaast zijn er vier projecten die op wat bredere patiëntengroepen gericht zijn, zoals bijvoorbeeld ziekenhuispatiënten in het algemeen, of meerdere patiëntencategorieën naast elkaar. De overige patiëntengroepen (categorie 8) bestaan uit "enkelvoudige" patiëntengroepen, zoals heupoperatiepatiënten, osteoporosepatiënten, patiënten met hartklachten, en verpleeghuisgeïndiceerden.

3.2.2 Resultaten van de projectbeschrijvingen

In deze paragraaf worden in een paar regels de projecten beschreven, waarbij gekeken is naar de werkwijze binnen het project en hoe het project tot stand gekomen is. Tussen haakjes wordt de naam van het project gegeven waarnaar in de tekst regelmatig verwezen zal worden. In bijlage 4 worden de volledige projectbeschrijvingen gegeven die zijn opgesteld aan de hand van de interviews met de betrokken huisartsen, specialisten en eventuele andere voor het project belangrijke personen.

Project 1 (Het diabetesproject)

Het transmuraal diabetesproject Woerden

Binnen dit project worden diabetespatiënten buiten het ziekenhuis door de huisarts verzorgd. Dit zijn zowel patiënten die orale medicijnen gebruiken als patiënten die stabiel zijn ingesteld op insuline (door de specialist). De huisarts is daarbij verantwoordelijk en wordt daarbij geassisteerd door een diabetesverpleegkundige en een diëtist van de thuiszorg.

Project 2 (Het CVA-project)

De samenwerking tussen huisarts - specialist bij de behandeling van CVA-patiënten

Binnen het project zijn werkafspraken gemaakt tussen huisarts en neuroloog met betrekking tot de behandeling van CVA-patiënten. Diagnostiek van deze patiëntengroep vindt in dagopname plaats, waarna de patiënt weer zo snel mogelijk terugkeert naar huis.

Project 3 (Het Thrombose-project)

Het Rotterdam - Capelle thrombose project

Met behulp van laag-moleculaire heparine is het mogelijk om patiënten met een thrombose-been thuis te behandelen. Hierdoor hoeven ze niet meer in het ziekenhuis opgenomen te worden. Ze leren zelf te spuiten en worden gecontroleerd door de verpleegkundige van de thrombosedienst, onder verantwoordelijkheid van de huisarts.

Project 4 (Het COPD-project)

Het COPD-project Utrecht

De opzet van het project is om tot transmurale werkafspraken met betrekking tot de behandeling van COPD-patiënten te komen, aan de hand van discussies tussen huisartsen en een longarts. Daarnaast wordt overleg georganiseerd, waarbij bijscholing wordt gegeven door de longarts en bepaalde casuïstiek wordt behandeld.

Project 5 (Het werkafsprakenproject Holland Noord)

Het werkafspraken project (WAP) huisartsen - specialisten Holland Noord

Door de onderlinge communicatie te optimaliseren en door het maken van werkafspraken wordt doelmatiger en efficiënter werken bevorderd waardoor de kwaliteit van zorg zal verbeteren. De communicatie over, en het vastleggen van, onderlinge werkafspraken wordt als het middel gezien om dit doel te verwezenlijken.

Project 6 (Het bureau zorgcoördinatie)

Bureau zorgcoördinatie eerste - tweede lijn Enschede

De verpleegkundige overdracht van ziekenhuis naar huis verloopt sinds de jaren '70 goed, maar de medische overdracht aan de huisartsen en de aansluiting naar de toen nog separaat werkende instellingen voor gezinsverzorging werd als onvoldoende beoordeeld. Met het doel om dat te verbeteren is toen het bureau Zorgcoördinatie eerste - tweede lijn Enschede van start gegaan.

Project 7 (De werkafspraken tussen huisartsen en KNO-artsen)

Werkafspraken huisartsen en KNO-artsen Midden Holland: Het beleid bij otitis media acuta en otitis media met effusie (OMA/OME). De werkafspraken bevatten richtlijnen over wat er bij OMA en bij OME verwacht wordt van zowel de huisarts als de specialist en wat er van hun onderlinge communicatie verwacht wordt.

Project 8 (Het intercollegiaal overleg huisarts-kinderarts)

Intercollegiaal overleg tussen huisarts en kinderarts

Het project bestaat uit 3 fasen: 1) Verbeteren van communicatie tussen huisarts en specialist, 2) afstemmen diagnostiek en behandelplan bij de individuele patiënt, en 3) afstemmen behandelwijzen eerste en tweede lijn ten aanzien van categorale patiëntengroepen.

3.3 Organisatie van de projecten

3.3.1 Resultaten van de inventarisatie

Tabel 5 geeft een overzicht van de beroepsgroepen en instellingen die bij de projecten betrokken zijn geweest. In alle projecten (op één na) zijn zowel huisartsen, als ziekenhuizen en specialisten betrokken geweest. Dat wil overigens niet zeggen dat er ook in alle gevallen (organisatorische of zorginhoudelijke) afspraken tussen deze drie groepen zijn gemaakt. Het ziekenhuis is vaak wel als faciliterende instelling betrokken,

terwijl de transmurale werkafspraken met name gemaakt werden tussen huisartsen en specialisten. Opvallend is het grote aandeel (9 keer) dat de internisten hebben binnen de groep van specialisten waarmee samengewerkt wordt binnen de zorgvernieuwingsprojecten en transmurale werkafspraken, gevolgd door chirurgen (5 maal), neurologen en orthopaeden (4 en 3 maal).

Tabel 5 Instellingen en beroepsgroepen die bij het project betrokken zijn geweest

1	Huisartsen	30
2	Ziekenhuizen	30
3	Specialisten:	29
	alle specialisten (van een ziekenhuis)	5
	internisten	9
	chirurgen	5
	neurologen	4
	orthopaeden	3
	kno-artsen	2
	cardiologen	2
	gynaecologen	2
	overige	8
4	Thuiszorg	19
5	Zorgverzekeraars	23
6	Andere instellingen / beroepsgroepen	27
	fysiotherapeuten	4
	RIAGG	2
	verpleeghuizen/verpleeghuisartsen	4
	verzorgingshuizen	3
	STAR (Stichting Thrombosedienst en Artsenlab Rotterdam)	2
	overige	12

(Meerdere antwoordcategorieën zijn mogelijk)

In een groot aantal gevallen zijn ook de zorgverzekeraars betrokken geweest in de door ons geïnventariseerde projecten. In al die gevallen had de verzekeraar de rol van (mede) financier van het project. Daarnaast wordt nog 27 keer een andere instelling of beroepsbeoefenaar genoemd bij het tot stand komen van de projecten.

De regiefunctie met betrekking tot de te leveren zorg is samengevat in tabel 6. Er moet onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds de regiefunctie en anderzijds de daadwerkelijke coördinatie van zorg. De regiefunctie heeft betrekking op het in algemene zin verantwoordelijk zijn voor het zorgproces en het bepalen van welke taken door wie moeten worden uitgevoerd. Bij coördinatie gaat het om het praktisch regelen van de zorg rond één specifieke patiënt. Zo kan een huisarts de regie hebben in een transmuraal project, maar tegelijkertijd de coördinatie bij de wijkverpleegkundige leggen. In de enquête werd gevraagd naar wie de regiefunctie had. Mogelijk hebben sommige respondenten daarbij echter toch aangegeven welke professional belast is met de coördinatie van zorg.

Bij 8 projecten wordt de huisarts als verantwoordelijke genoemd voor de regie. Daarnaast wordt ook 8 keer een zorgcoördinator/liasonverpleegkundige genoemd, die al dan niet in dienst van het ziekenhuis is. Bij 6 projecten wordt expliciet vermeld dat de regiefunctie met betrekking tot de zorg (nog) niet van toepassing is. Bij 3 projecten

wordt de regiefunctie door de verschillende deelnemers gezamenlijk uitgevoerd. Als tabel 6 wordt gecombineerd met de informatie omtrent de initiatiefnemer van het project, dan blijkt dat als de huisarts de regie heeft van de zorg, hij/zij ook de initiatiefnemer is geweest van dat project.

Tabel 6 De regiefunctie met betrekking tot de zorg

1	Huisarts	8
2	Zorgcoördinator eerste - tweede lijn	8
3	Thuiszorg	4
4	Overige	7
5	Niet van toepassing	6

(Meerdere antwoordcategorieën zijn mogelijk)

Andersom is er (slechts) één project waarin wel het initiatief is genomen, maar waar niet de regiefunctie bij de huisarts is ondergebracht. Hieruit zouden we kunnen afleiden dat de beste manier om de regiefunctie met betrekking tot de te leveren zorg in handen te krijgen is om zelf initiatieven voor zorgvernieuwingsprojecten te ontplooiën.

3.3.2 Resultaten van de projectbeschrijvingen

Organisatie

Zo vaak als projecten verschillen qua inhoud, zo vaak is ook de manier waarop de organisatie geregeld is of de manier waarop wordt samengewerkt verschillend. Bij project 1 (het diabetesproject) hebben huisarts, internist en thuiszorg gezamenlijk een protocol opgesteld, en de taken voor de verschillende partijen bepaald. Bij project 2 (het CVA-project) en 7 (de werkafspraken tussen huisartsen en KNO-artsen) zijn alleen huisartsen en specialist betrokken geweest bij het project, terwijl bij project 3 (het thromboseproject) de huisarts in eerste instantie helemaal niet betrokken is geweest bij het maken van de werkafspraken. Bij project 6 (het bureau zorgcoördinatie) is een voorname rol voor het ziekenhuis weggelegd, en in project 5 (het werkafsprakenproject Holland Noord) zijn zelfs 5 ziekenhuizen betrokken.

Ook al is de diversiteit aan projecten groot, een belangrijke algemene voorwaarde voor het slagen van een project wordt geformuleerd in project 7 (de werkafspraken tussen huisartsen en KNO-artsen), namelijk dat specialisten en huisartsen onderling (binnen de "eigen" groep) enigszins soepel moeten zijn en op één moeten lijn zitten, omdat het anders moeilijk is om afspraken *tussen* de verschillende groepen te maken. Een andere belangrijke organisatorische voorwaarde is dat er binnen elke groep een persoon is die het proces gaande houdt en er zonedig voor zorgt dat een aantal dingen uitgewerkt worden.

De regiefunctie/verantwoordelijkheden

Een voorbeeld uit de projectbeschrijvingen van de regiefunctie van de huisarts vinden we bij project 1 (het diabetesproject). In dat project is het doel om patiënten die net zo goed door de huisarts behandeld zouden kunnen worden buiten het ziekenhuis te verzorgen. Dit zijn zowel patiënten die orale medicijnen gebruiken als patiënten die stabiel zijn ingesteld op insuline. De huisarts is ervoor verantwoordelijk dat de patiënten zonedig (en zo mogelijk) behandeld worden in de eerste lijn en stuurt patiënten voor zorg door naar de diabetesverpleegkundige en de diëtist van de thuiszorg.

Soms is de regiefunctie van huisartsen beperkt tot bepaalde patiënten. Bij project 2 (het CVA-project) is zo afgesproken dat de huisarts de centrale behandelaar is, tenzij de patiënt zo invalide is dat er een langdurige opname met revalidatie nodig is. In dat geval komt de patiënt binnen het ziekenhuis onder behandeling van de neuroloog en revalidatie-arts. Bij project 3 (het thrombose-project) constateert of vermoedt de huisarts een thrombose-been, en verwijst de patiënt naar de STAR. De STAR doet de diagnostiek (eventueel thuis) en neemt vervolgens de coördinatie over van de huisarts met betrekking tot de behandeling van de patiënt. De huisarts blijft daarbij medisch verantwoordelijk. Tijdens en na de behandeling (door de STAR) wordt de patiënt door de huisarts gecontroleerd.

De regiefunctie heeft dus te maken met de verantwoordelijkheid voor de patiëntenzorg. Binnen de definitie van transmurale zorg van de NRV is er sprake van gedeelde verantwoordelijkheden. In de 8 projectbeschrijvingen zijn we echter nergens deze gedeelde verantwoordelijkheden tegengekomen. De internist van project 1: (het diabetesproject) vraagt zich af in hoeverre er eigenlijk sprake is van een *transmuraal* project. Patiënten die eerst binnen het ziekenhuis behandeld werden, worden nu, zonder tussenkomst van de internist, in de eerste lijn behandeld. Er is zo eigenlijk zelfs op geen enkele manier sprake van samenwerking.

In zeven van de acht projecten was het zo dat als er zorg binnen het ziekenhuis geleverd werd, dit volledig onder de verantwoordelijkheid van de specialist gebeurde, terwijl de zorg die buiten het ziekenhuis geleverd is voor de verantwoordelijkheid kwam van de huisarts. Dit wordt ook door de verschillende partijen min of meer vanzelfsprekend gevonden. Bij project 6 (het bureau zorgcoördinatie) wordt gemeld dat het de afspraak is dat de huisarts de eindverantwoordelijke is voor de zorg rond de patiënten buiten het ziekenhuis, en dat daarover ook niet meer gediscussieerd wordt. Daarnaast is er doorgaans vanuit de thuiszorg een coördinator van zorg beschikbaar voor de patiënt.

Bij project 7 (de werkafspraken tussen huisartsen en KNO-artsen) noemt de huisarts inderdaad dat het project gericht is op gezamenlijke afspraken tussen huisartsen en specialisten, waarbij gezamenlijk de verantwoordelijkheid wordt genomen voor OMA/OME-patiënten. Hiermee wordt echter meer bedoeld dat beide partijen gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de afspraken die gemaakt zijn, dan dat de huisarts een bepaalde verantwoordelijkheid binnen het ziekenhuis heeft.

Aan de andere kant bestaan er bij de partijen onderling ook verschillen in opvatting. Zo meldt de internist van project 1 (het diabetesproject) over de verantwoordelijkheid voor de zorg van de patiënt, dat deze voor 100% bij de huisarts ligt. De coördinator van de thuiszorg meldt aan de andere kant dat er afspraken zijn gemaakt over wie wat zou moeten doen, en dat patiënten binnen het ziekenhuis (inderdaad) onder de verantwoordelijkheid van de specialist vallen, en patiënten in de eerste lijn onder de huisarts.

Informatie-overdracht

Een andere belangrijke factor binnen de organisatie van projecten is de overdracht van informatie. Als de deelnemers over en weer niet van bepaalde organisatorische en/of zorginhoudelijke zaken op de hoogte zijn kan een project niet goed lopen. Bij project 5 (het werkafsprakenproject Holland Noord) meldt een cardioloog dat hij aanvankelijk (en nu nog steeds) geen idee had wat precies de bedoeling was van het project, maar dat hij op zich wel bereid was om aan dit soort zaken mee te werken. De informatievoor-

ziening naar de specialisten en huisartsen (bleek uit onderling overleg) is volgens hem minimaal geweest. Om dit soort problemen te voorkomen was aanvankelijk bij de opzet van project 5 een systeem uitgedacht waarbij de uitkomsten van de werkafspraken worden teruggekoppeld naar de RHV, waar de afspraken met de achterban besproken worden. De RHV's zijn vervolgens weer vertegenwoordigd in de DHV. Uiteindelijk komen alle werkafspraken in een map die aan de huisartsen en de betrokken specialisten worden uitgedeeld. Op deze manier is de terugkoppeling naar de huisartsen misschien goed geregeld, maar het feit dat de cardioloog de indruk wekt de achtergrond van het project niet of nauwelijks te kennen, geeft aan dat naar de specialisten toe de informatieverstrekking nog te verbeteren is.

Ook bij project 7 (de werkafspraken tussen huisartsen en KNO-artsen) zijn een aantal duidelijke afspraken gemaakt over de informatievoorziening met betrekking tot zorginhoudelijke aspecten. De huisarts verwijst schriftelijk met: 1) duidelijk geformuleerde vraagstelling en/of verwachtingspatroon naar de KNO-arts, 2) informatie over het klachtenbeloop, 3) informatie over het medicijngebruik, eventuele medicijnovergevoeligheden en eventuele contra-indicaties voor narcose. De KNO-arts bericht binnen 2 weken na het eerste polikliniek bezoek over: 1) bevindingen, diagnostiek en behandelvoorstel, 2) de datum van een eventuele ingreep. Daarnaast is afgesproken dat bij onduidelijkheden er geen drempel dient te bestaan voor telefonisch overleg. Op zich lijkt zo'n afspraak nogal vanzelfsprekend, maar als telefonisch overleg in de praktijk niet (zo snel) plaatsvindt, is het goed om nog eens te bekrachtigen dat men daarvoor open staat.

Bij project 3 (het thrombose-project) zijn huisartsen in eerste instantie niet betrokken geweest bij het opstellen van het protocol. Later hebben ze wel de gelegenheid gehad om hun mening te geven tijdens een speciale informatie-avond. Op zich hadden de huisartsen met deze gang van zaken niet zo veel moeite, waarschijnlijk omdat de behandeling van thrombose-patiënten altijd al buiten hen om (via de STAR) plaatsvond.

Pluspunten met betrekking tot de organisatie

Over het geheel genomen waren alle projectdeelnemers die aan een van de 8 projecten meewerkten redelijk positief over zowel de inhoud van de projecten als over de samenwerking tussen huisartsen en specialisten. De huisarts en neuroloog van project 2 (het CVA-project) zeggen onafhankelijk van elkaar dat de samenwerking tussen huisarts en specialist uitstekend is. Ook zijn de specialisten tevreden over het werken met het behandelplan dat gezamenlijk opgesteld is en zijn ze van mening dat de diagnostiek in dagbehandeling goed verloopt. Bij project 5 (het werkafsprakenproject Holland Noord) is het merendeel van de huisartsen en specialisten erg positief over het project. Onderling leert men veel van elkaar en men is daarom ook benieuwd naar wat er in de andere groepen (binnen het WAP) is afgesproken. Er is veel dat men niet weet van elkaar. Zonder het WAP had men veel informatie over en weer moeten ontberen.

De huisartsen en kinderartsen van project 8 (het intercollegiaal overleg huisarts-kinderarts) voegen aan deze positieve kanten toe dat de samenwerking tussen de kinderartsen en de huisartsen altijd erg goed is geweest. Het wel of niet slagen van een project hangt mogelijk deels af van hoe men in het verleden met elkaar samenwerkte. De WA-groep cardiologie (binnen project 5: het werkafsprakenproject Holland Noord) heeft ook weinig problemen ontmoet. De samenwerking met de cardiologen liep altijd al goed, dus wat dat betreft waren er weinig redenen om nu afspraken te gaan maken. Voor de werkafsprakengroep cardiologie bestond het meedoen aan het project

vooral uit het opschrijven van de bestaande afspraken, met kleine aanvullingen en bijstellingen.

In tegenstelling hiermee meldt de huisarts van project 4 (het COPD-project) dat de samenwerking tussen de longartsen en huisartsen in de regio Utrecht oorspronkelijk slecht was. Na een aantal "personele veranderingen" is de mogelijkheid aangegrepen om de relatie en samenwerking met de longartsen te verbeteren. Al loopt het COPD-project zelf op dit moment niet helemaal vloeiend, de samenwerking tussen longartsen en huisartsen is verbeterd volgens de geïnterviewden.

Een ander positief punt wordt bij project 4 (het COPD-project) genoemd, namelijk dat door het verschijnen van de NHG-standaard (CARA) CARA-, Astma- en COPD-patiënten meer in de belangstelling zijn komen te staan. Huisartsen voelen zich met de standaard in de hand bovendien wat sterker in hun schoenen staan waar het gaat om het maken van afspraken met specialisten.

Knelpunten met betrekking tot de organisatie

Een bij veel projecten genoemd negatief punt is dat als gevolg van de transmurale werkafspraken en andere veranderingen in de opzet van zorg, de huisartsen het steeds drukker krijgen. Patiënten worden onder verantwoordelijkheid van de huisarts in plaats van in het ziekenhuis in de eerste lijn verzorgd, al dan niet met ondersteuning vanuit de thuiszorg. Een aantal projectleiders en huisartsen zijn van mening dat de huisarts hier meer ondersteuning voor zou moeten hebben enerzijds in de vorm van gespecialiseerde verpleegkundigen, zoals bijvoorbeeld diabetesverpleegkundigen (project 1), CVA-verpleegkundigen (project 2), thromboseverpleegkundigen (project 3), CARA-verpleegkundigen (project 4), anderzijds in de vorm van goed opgeleide "algemene" verpleegkundigen die inzetbaar zijn op het gehele terrein van zorg, zoals bij project 5 (het werkafsprakenproject Holland Noord) en project 6 (het bureau zorgcoördinatie). Daarnaast is ook een enkele maal het idee geopperd om meer met praktijkverpleegkundigen te gaan werken, die in de praktijk van de huisarts bepaalde algemene taken zou kunnen overnemen.

Doordat veel huisartsen en specialisten het al erg druk hebben bleek het ook moeilijk om beide groepen bij elkaar te krijgen binnen de verschillende projecten. Bij project 4 (het COPD-project) wordt gemeld dat het project te traag loopt, omdat er te weinig tijd en ondersteuning beschikbaar is. Hierdoor loopt het eigenlijk niet zoals men zou willen; bij project 5 (het werkafsprakenproject Holland Noord) gaven geïnterviewden aan dat, ook al was het nuttig en leuk om te doen, het maken van de werkafspraken veel tijd heeft gekost; en bij project 8 dat het vaak lastig was, om iedereen bij elkaar te krijgen voor de evaluatiemiddagen, vanwege de onderbezetting van de kinderartsen en de werkdruk van de huisartsen.

Bij een aantal projecten bestond de indruk bij de huisartsen dat de specialisten de boot (aanvankelijk) wat afhielden. Geïnterviewden vermoedden dat dat te maken had met het feit dat de specialisten door transmuraal samen te werken minder patiënten op hun spreekuur zouden krijgen en dus met een inkomstenderving te maken zouden krijgen. Deze gedachte bestond bij project 1 (het diabetesproject) en bij project 8 (het intercollegiaal overleg huisarts-kinderarts). Een andere verklaring is dat de specialisten enigszins bezorgd waren of de huisarts de specialistische zorg voor patiënten wel in voldoende mate kon overnemen. Vooral omdat het bij kleinschalige projecten slechts

om een paar patiënten per huisarts gaat en de huisarts daardoor nooit een bepaalde routine krijgt (het COPD-project).

Voor de specialist speelt juist het probleem aan de andere kant. Hij krijgt behalve de patiënten behorende bij een project, daarnaast ook nog eens andere patiënten van andere huisartsen die niet in het project meedoen. Hierdoor is het voor een specialist vaak lastig om een andere manier van (transmuraal) werken daadwerkelijk aan te nemen. Een grotere opzet (bijvoorbeeld een hele regio) zou in sommige gevallen uitkomst kunnen bieden (project 2: het CVA-project).

Een punt dat bij project 1 (het diabetesproject) als ongunstig werd betiteld is dat er binnen het project niet echt sprake was van een projectcoördinator, die de partijen aan de gemaakte afspraken kon houden, en die informeerde (onderzocht) waarom bepaalde zaken wel/niet liepen. Nadat het project volledig opgezet was kwamen er uiteindelijk toch nauwelijks patiënten (van zowel huisarts als internist) naar het diabetes-spreekuur bij de thuiszorg. Door de aanstelling van een coördinator had er waarschijnlijk meer terugkoppeling plaats kunnen vinden, met als gevolg dat het project beter verlopen zou zijn. Bij project 2 (het CVA-project) was aanvankelijk niet helemaal duidelijk welke patiënten wel en welke niet in aanmerking kwamen voor thuisbehandeling. Ook nam de neuroloog soms eenzijdig de beslissing om een patiënt te ontslaan. Naar verloop van tijd leerde huisartsen en neurologen de thuissituatie beter in te schatten en werden beslissingen meer in overleg genomen.

De kinderarts van project 7 (de werkafspraken tussen huisartsen en KNO-artsen) merkt tot slot op dat nascholing en het bespreken van casuïstiek op zich een prima initiatief is, maar dat de huisartsen die tijd vrij maken om deel te nemen, juist de gemotiveerde huisartsen zijn, die hun werk serieus nemen en goed doen. De groep voor wie de nascholing nuttig zou zijn - de minder gemotiveerde huisartsen - bereik je niet op deze manier.

3.4 Financiering van de projecten

3.4.1 Resultaten van de inventarisatie

In tabel 7 wordt een overzicht gegeven van de manieren waarop de verschillende projecten gefinancierd zijn. Bij negen projecten is helemaal geen financiering geregeld, of leveren huisartsen en specialisten meer zorg, zonder dat er een extra financiële vergoeding tegenover staat. Voor het merendeel van de projecten is financiering gevonden bij de zorgverzekeraar (in 14 gevallen). Daarnaast hebben ook ziekenhuizen (6 keer) en thuiszorginstellingen (4 keer) een groot aantal projecten (mede) gefinancierd.

Tabel 7 De financiering van het project

1	zorgverzekeraar	14
2	geen financiering; extra inspanning huisarts en specialist niet extra vergoed	9
3	ziekenhuis	6
4	thuiszorg	4
5	er is overleg met industrie/verzekeraar	3
6	"intensieve thuiszorg"-regeling	2
7	overige	6

(Meerdere antwoordcategorieën zijn mogelijk)

Wat opvalt is dat binnen de projecten over het algemeen wel financiering is geregeld voor het opzetten van het project, maar niet voor de veranderingen als gevolg van het project. Zo wordt er bijvoorbeeld wel geld vrij gemaakt voor het aanstellen van een liaisonverpleegkundige, die vervroegd ontslag voor verschillende patiënten kan regelen, maar gaat de verschuiving in tijd die de verschillende zorgverleners besteden (over het algemeen is dat een verschuiving van ziekenhuis naar de thuiszorg) niet gepaard met een verschuiving in financiering van deze zorg. In projecten gericht op vervroegd ontslag moet de thuiszorg bijvoorbeeld met het zelfde budget meer patiënten verzorgen. Bij drie projecten zijn deze "aanvullende" afspraken wel gemaakt. Eén project meldt dat er extra productie-afspraken zijn gemaakt met overheveling van budget. Een ander project meldt dat huisartsen de extra besteedde tijd kunnen declareren (bij het ziekenhuis), maar dat daar nauwelijks gebruik van wordt gemaakt. Bij het derde project kan de huisarts naast het abonnement f125,- per transmuraal behandelde patiënt per kwartaal declareren voor de extra geleverde inspanningen.

3.4.2 Resultaten van de projectbeschrijvingen

Uit de projectbeschrijvingen blijkt opmerkelijk genoeg dat de betrokkenen bij de projecten, enerzijds, vaak niet eens precies weten hoe het met de financiering van een project gesteld is. Zo meldt de internist van project 1 (het diabetesproject) dat hij de achtergrond van het project niet precies kent, maar vermoedt dat de thuiszorginstelling er financieel voordeel bij heeft, om (een deel van de) diabetespatiënten in de eerste lijn te behandelen. Anderzijds wordt het onderwerp bij het opstarten van een project vermeden vanwege de gevoeligheid en complexiteit van de financiering van de zorg. De coördinator thuiszorg (van project 1) zegt hier het volgende over: "Over financiën is niet echt gesproken, vanwege de complexiteit. De thuiszorg was bereid om financiële middelen voor het project aan te wenden. Verder moest het maar met gesloten beurzen gebeuren; iedereen levert een aandeel". Tot slot dacht de huisarts (van project 1) dat zowel het ziekenhuis als de thuiszorg subsidie hadden gekregen om aan (transmurale werkafspraken-) projecten te besteden, en dat bijvoorbeeld de opleiding en het salaris van de diabetesverpleegkundige daaruit gefinancierd werden. Gezien het belang van een goede regeling van financiële zaken verdient het aanbeveling om hierover al in de beginfase van een project overleg te voeren en afspraken te maken.

De problemen omtrent de financiering van transmurale werkafspraken kunnen in twee delen gesplitst worden. Enerzijds zijn er financiële problemen met betrekking tot het opzetten en organiseren van projecten, anderzijds wordt binnen een transmuraal werkafsprakenproject een verandering in een bepaalde patiëntenstroom teweeg gebracht (bijvoorbeeld van het ziekenhuis naar de thuiszorg), terwijl er geen analoge verandering in de financiering is geregeld.

Over het algemeen betekent dit dat huisartsen en specialisten het maken van transmurale (werk)afspraken in hun eigen tijd doen, en dat, met betrekking tot de zorg, huisartsen steeds meer patiënten krijgen, die ze in dezelfde hoeveelheid tijd moeten behandelen, zonder dat daar extra financiën tegenover staan. De huisartsen en longartsen van project 4 (het COPD-project) hebben allemaal op vrijwillige basis en in hun eigen tijd meegewerkt, ook al kost het project hen veel tijd, waar geen vergoeding tegenover staat. Bij een aantal projecten is er wel geld beschikbaar voor het opzetten van projecten, of om een projectleider aan te stellen. Bij project 5 (het werkafsprakenproject Holland Noord), bijvoorbeeld, heeft de ziektekostenverzekeraar voor 2 jaar subsidie gegeven voor het aanstellen van een coördinator en voor het nodige materiaal. Daarnaast hebben alle ziekenhuizen die aan het WAP meedoen een bijdrage van f10.- per bed gegeven. Dit geld wordt enkel gebruikt voor de organisatie. Het maken van de afspraken tussen huisartsen en specialisten gebeurt in eigen (vrije) tijd, dus voor eigen rekening.

Het bureau zorgcoördinatie (project 6) wordt uit gezamenlijke gelden gefinancierd: ziekenhuis, thuiszorg en zorgverzekeraar nemen ieder voor een derde de financiering van het bureau en de medisch coördinator op zich. Hierbij wordt als knelpunt aangevoerd dat de huisartsen geen budget daarvoor hebben, terwijl zij wel een groot deel van de werkzaamheden verrichten die uit de nieuwe manier van werken voortkomt. Door het niet hebben van een eigen budget voor de financiering ontstaat daarnaast het gevoel van scheve verhoudingen, omdat de huisartsen als niet meebetallende partij toch hun belangen proberen te behartigen. Volgens de coördinator zouden huisartsen landelijk een budget moeten hebben/krijgen om mee te draaien binnen transmurale werkafspraken, coördinatiewerkzaamheden enz. Huisartsen willen heel graag meewerken aan deze projecten, maar dat kost veel tijd (geld) waar op geen enkele manier ruimte voor wordt gecreëerd. De landelijke politiek zou de DHV's van een bedrag moeten voorzien, aldus de coördinator.

Ook met betrekking tot de financiële problemen voortkomend uit de verschuivingen van zorg zijn een aantal voorbeelden in de projectbeschrijvingen te vinden. De projectleider van project 2 (het CVA-project) zegt hierover dat de substitutie van zorg eigenlijk gepaard zou moeten gaan met een verschuiving in de financiering van die zorg, of in ieder geval met een discussie over hoe blijvende substitutie gefinancierd moet gaan worden. Bij project 3 (het thrombose-project) is ondertussen over dit probleem contact opgenomen met de zorgverzekeraar: er is een verschuiving van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn, maar er zijn op dit moment nog geen financiële afspraken gemaakt met de zorgverzekeraar om deze verschuiving te bekostigen. In dit kader zouden ook afspraken moeten worden gemaakt over wat het project extra voor de huisarts betekent. In project 4 (het COPD-project) gaat men nog wat verder: "Het is jammer dat de zorgverzekeraar geen financiële middelen ter beschikking heeft gesteld. Dat zou het project meer kansen hebben gegeven". Bij project 5 (het werkafsprakenproject Holland Noord) is nog niet nagedacht over hoe de financiering straks geregeld moet worden, als de afspraken geïmplementeerd gaan worden, maar door de afspraken zullen zeker verschuivingen in patiëntenstromen ontstaan, waarbij met name de huisarts het steeds drukker zal krijgen. Als er geen financiële aanpassing komt, zal dit in de toekomst tot problemen leiden. Behalve dat de met de verschuiving van zorg gepaard gaande verschuiving van financiering erg moeilijke materie is, wordt binnen project 6 (het bureau zorgcoördinatie) nog opgemerkt dat er per 1 januari 1997 weer het nodige zal veranderen ten gevolge van de compartimentering. Huisartsen kunnen dan geen beroep meer doen op gelden van de "intensieve thuiszorg". Bij project 3 (het

thrombose-project) vraagt men zich af hoe het financieel geregeld moet worden als het project permanent wordt. "De diagnostiek door de STAR wordt zoals normaal vergoed; de verpleegkundige van thuiszorg zit in het pakket van de zorgverzekeraar, wordt dus ook normaal vergoed. De taak van de huisarts valt eigenlijk gewoon binnen het abonnement. De vraag is of er een extra vergoeding moet komen voor de ziekenhuis-verplaatste zorg die nu voor rekening van de huisarts komt. Wat op dit moment niet wordt vergoed is de organisatie van het hele project."

In sommige gevallen is er echter meer op het financiële vlak geregeld. In project 2 (het CVA-project) is de nascholingsmiddag voor de thuiszorg gefinancierd uit een speciaal, lokaal fonds en kreeg de huisarts een waarneemvergoeding voor een halve dag per week van de DHV. Daarnaast was er bij de DHV een projectleider aangesteld ter ondersteuning van (onder andere) dit project. Dit geld was grotendeels afkomstig van een zorgverzekeraar. De neurologen in dit project hebben vacatiegelden gekregen van de zorgverzekeraar. De bedragen waren misschien niet helemaal kostendekkend, maar in ieder geval beter dan niets.

Over het algemeen worden veel van de projecten (mede) gefinancierd door de zorgverzekeraars. In één geval wordt de zorgverzekeraar expliciet aangesproken op het feit dat zij (de zorgverzekeraars) daar ook een financieel belang bij hebben. De coördinator van project 6 (het bureau zorgcoördinatie) is van mening dat de zorgverzekeraars de huisartsen meer financieel tegemoet zouden moeten komen. Het transmuuraal werken levert grote besparingen op voor de zorgverzekeraars. Dat zou beloond moeten worden.

Het projectvoorstel voor het COPD-project (project 4) is door de vakgroep van de RUU drie maal voor financiering ingediend bij het Astma-fonds, maar is steeds afgewezen. Dit gaat in ieder geval ten koste van de motivatie: "Het project loopt op een laag pitje nog door, met de gedachte dat als ze op een gegeven moment wat verder zijn er hopelijk meer interesse voor het project komt. Als dat dan niet komt zakt de interesse ook een beetje weg" (projectbegeleider van RUU).

Bij project 6 (het bureau zorgcoördinatie) hadden huisartsen de mogelijkheid om een beroep te doen op de gelden voor "intensieve thuiszorg". Onkosten die van te voren voorzien waren, konden daar gedeclareerd worden. Niet alle huisartsen maakten daar gebruik van. Sommige huisartsen vonden het niet nodig (zelfs verwerpelijk) om voor zaken als stervensbegeleiding extra onkosten te declareren.

Bij één project (project 8: het intercollegiaal overleg huisarts-kinderarts) is het opstarten van een project juist een manier geweest om enige financiële tegemoetkoming te regelen voor de investeringen in het zorginhoudelijk samenwerken door huisartsen en specialisten. De moeite die huisartsen en specialisten doen, wordt normaal op geen enkele manier beloond. Toen er een project van gemaakt werd, heeft het ziekenfonds zonder voorwaarden vooraf dit project voor twee jaar gefinancierd.

3.5 Algemene knel- en pluspunten

3.5.1 Resultaten van de inventarisatie

Een bevestiging voor de geschetste problemen met betrekking tot de "scheve" financiering van de transmurale werkafspraken en zorgvernieuwingsprojecten komt

duidelijk naar voren in de knelpunten genoemd in tabel 8. Het meest frequent genoemde knelpunt is de ongelijkwaardigheid van financieringsvormen voor de deelnemende beroepsgroepen en organisaties. Bij de helft van het totale aantal projecten wordt dit knelpunt genoemd. Daarnaast wordt het ontbreken van financiële prikkels voor de betrokkenen voor het leveren van transmurale zorg 11 keer genoemd.

Ook blijkt uit tabel 8 duidelijk dat de betrokkenen niet gewend zijn om interdisciplinair met elkaar samen te werken. Het te weinig gericht zijn op de mogelijkheden van echelon-overstijgende zorg, het onvoldoende bekend zijn met elkaars werkterrein, onvoldoende deskundigheid op het vlak van samenwerking en onvoldoende informatie-uitwisseling tussen betrokkenen zijn knelpunten die bovenin de lijst te vinden zijn.

Behalve de organisatorische problemen (die op de tweede plaats komen), worden er weinig "praktische" knelpunten genoemd, zoals onvoldoende beschikbare mantelzorg, onvoldoende bedden-capaciteit, te weinig hulpmiddelen, of te weinig financiën voor geneesmiddelen. Deze praktische knelpunten staan allemaal onderaan in de lijst. Opvallend is dat er door 7 projecten gemeld wordt dat er onvoldoende samengewerkt wordt binnen de eigen sector.

Tabel 8 De knelpunten binnen het project

1	Er bestaat ongelijkwaardigheid van financieringsvormen voor de deelnemende beroepsgroepen en organisaties	16
2	Er zijn organisatorische obstakels	15
3	Beroepsbeoefenaren zijn te weinig gericht op de mogelijkheden van echelon-overstijgende zorg	13
4	Het ontbreken van financiële prikkels voor de betrokkenen voor het leveren van transmurale zorg	11
5	Beroepsbeoefenaren zijn onvoldoende bekend met elkaars werkterrein en mogelijkheden en daardoor ontstaat er wederzijds verkeerde beeldvorming	11
6	Er is onvoldoende deskundigheid op het vlak van samenwerking	9
7	Er is in onvoldoende mate sprake informatie-uitwisseling tussen betrokkenen	9
8	Er is in onvoldoende mate sprake samenwerking binnen de eigen sector	7
9	Er is onvoldoende capaciteit met betrekking tot personeel	5
10	Er is in onvoldoende mate sprake van een gemeenschappelijk opgesteld zorgplan en geen duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden	4
11	Er is in onvoldoende mate sprake van een brede benadering van de hulpvraag van de patiënt	3
12	Er is in onvoldoende mate sprake overdracht van deskundigheid en vaardigheden	3
13	Er is onvoldoende mantelzorg beschikbaar om transmurale zorg in de thuissituatie mogelijk te maken	3
14	Er is in onvoldoende mate sprake van geïntegreerde indicatiestelling	2
15	Er is onvoldoende capaciteit met betrekking tot bedden	2
16	Er zijn te weinig hulpmiddelen die voorheen alleen binnen het ziekenhuis beschikbaar waren, zoals infuuspompen, speciale bedden, bewakingsapparatuur en voedingssystemen	0
17	Er zijn te weinig financiële middelen voor geneesmiddelen die voorheen alleen binnen het ziekenhuis verstrekt werden	0
18	Andere knelpunten, namelijk - Onkosten patiënten kunnen niet bij verzekeraar gedeclareerd worden	1

(Meerdere antwoordcategorieën zijn mogelijk)

Uit tabel 9 blijkt dat respondenten ruim 3 maal zo vaak aangeven dat een project tijd kost, dan dat het hen tijd oplevert. Wat met name genoemd wordt in verband met een extra tijdsinvestering (in totaal 14 keer) zijn de patiënt-gerelateerde zaken, zoals extra zorg, extra consulten en visites. Slechts één maal wordt expliciet gezegd dat een project geen extra tijd kost. Dertien keer wordt genoemd dat er meer tijd aan niet-patiëntgebonden activiteiten besteed wordt, zoals vergaderingen en overleg, en uitwerken en implementeren van afspraken.

Tabel 9 De geschatte tijdsbesteding voor de huisarts

Wat tijd kost:		
1	Extra zorg, consulten, visites en organisatie	14
2	Periodiek vergaderen/overleg/werkafsprakengroepen	7
3	Vorbereiden/uitwerken/implementatie van afspraken	5
4	Invullen vragenlijst/consensus interview	1
5	Project kost geen extra tijd	1
Wat tijd oplevert:		
1	Delegeren van taken naar verpleegkundige/thuiszorg/prakt.verpleegkundige	5
2	Niet eindeloos regelen van een opname	1
3	Goed voorbereid ontslag bespaart tijd	1
4	Efficiëntere praktijkvoering levert tijd op	1

(Meerdere antwoordcategorieën zijn mogelijk)

Wat vooral tijd oplevert (5 maal genoemd) is het delegeren van bepaalde taken naar een verpleegkundige of naar de thuiszorg. In vier van deze vijf projecten is sprake van een "diabetes-project". Andere tijdsbesparende zaken die genoemd worden zijn: het niet eindeloos hoeven regelen van een opname, het goed voorbereiden van ziekenhuisontslag, en een meer efficiënte praktijkvoering.

3.5.2 Resultaten van de projectbeschrijvingen

Uit de projectbeschrijving van project 1 valt op dat het project op zich eigenlijk goed loopt, maar dat er nog niet genoeg patiënten worden doorgestuurd. Er is binnen dat project bij de diabetesverpleegkundige en de diëtist nog tijd over. Het is de bedoeling dat het aantal patiënten snel toeneemt, onder andere door uitbreiding van het aantal hagro's dat binnen het project mee gaat doen.

Het maken van de afspraken zelf hoeft op zich niet veel tijd te kosten, maar hangt van een aantal factoren af. De begeleider van project 5 (het werkafsprakenproject Holland Noord) zegt hierover: "De werkafsprakengroep cardiologie van het MCA is zes keer bij elkaar geweest, wat een tijdsinvestering van 6 dagdelen is geweest". Binnen project 7 (de werkafspraken tussen huisartsen en KNO-artsen) is het maken van de afspraken tussen KNO-artsen en huisartsen goed verlopen, maar "... bij de andere disciplines verliep het maken van afspraken minder voorspoedig".

Pluspunten

Een voorbeeld van tijdwinst vinden we eveneens bij project 1, waar patiënten waar het goed mee gaat verder door de diabetesverpleegkundige begeleid worden. Er is daarbij afgesproken dat deze patiënten minimaal één maal per jaar bij de diabetesverpleegkundige en bij de diëtist langs moeten gaan voor controle. Doordat de thuiszorg de

zorg voor deze patiëntengroep op zich neemt, heeft de huisarts meer tijd beschikbaar voor zijn andere patiënten.

Mogelijk had dit te maken met de grotere complexiteit van de onderwerpen daar, of omdat het plan van aanpak onvoldoende was, of omdat de specialisten onderling onvoldoende met elkaar konden opschieten, of omdat de samenwerking huisarts/specialist niet wou vlotten", aldus de KNO-arts.

Een ander groot voordeel van het gezamenlijk betrokken zijn van huisartsen en specialisten in transmurale werkafspraken is dat men zijn netwerk op deze manier uitbreidt. Dit heeft als positief effect dat men makkelijker met elkaar in contact treedt op de momenten dat het nodig is. "Door met elkaar in contact te treden, leren de partijen veel van elkaars manier van werken en is de drempel laag om ook andere onderwerpen met elkaar te bespreken. Men treed nu makkelijker met elkaar in contact", aldus de coördinator thuiszorg van project 1. Daarnaast leert men ook elkaars manier van werken kennen, waardoor zorg van huisarts en specialist beter op elkaar afgestemd kan worden. De briefwisseling tussen cardioloog en huisarts (project 5: het werkafsprakenproject Holland Noord) verloopt goed. In spoedgevallen volgt altijd in een paar dagen bericht; bij een opname duurt het iets langer voor er bericht komt. Maar dat is vele malen sneller dan bij de meeste specialismen, waar soms helemaal geen bericht van opname wordt gegeven.

Knelpunten

Behalve de voordelen van transmurale werkafspraken, worden er ook bepaalde knelpunten genoemd. Binnen project 1 (het diabetesproject) wordt een aantal patiënten niet door de internisten terugverwezen naar de eerste lijn, omdat ze al jaren in de tweede lijn behandeld worden en niet begrijpen waarom ze nu ineens ergens anders behandeld zouden moeten worden. Bij de aanvang van het project is niet stil gestaan bij het feit dat de patiënten de "nieuwe" manier van werken misschien moeilijk te begrijpen zouden kunnen vinden.

De internist van het diabetesproject (project 1) heeft niet het gevoel dat het project hem tijd oplevert, doordat er minder patiënten bij hem op het spreekuur komen, en meer bij de huisarts/thuiszorg. In tegendeel, het kost juist tijd om de patiënten uit te leggen wat de bedoeling is. Daarnaast zijn er bij het project kleine aantallen patiënten uit zijn praktijk betrokken, zodat de uiteindelijke winst ook nauwelijks merkbaar zal zijn.

Uit de projectbeschrijvingen blijkt verder dat er over en weer gebrek aan vertrouwen is met betrekking tot de te leveren zorg. Zo vertelt de internist (project 1: het diabetesproject) dat hij bezorgd is dat de huisarts zijn taak met betrekking tot zorg van diabetici te licht op zal vatten. Niet dat er in de tweede lijn geen fouten worden gemaakt, maar diabeteszorg in de eerste lijn is ook niet alles. Diabetespatiënten moeten (volgens de internist) met zorg begeleid worden. Bij de huisarts zou dat er wel eens bij in kunnen schieten, en dan zijn we dus in plaats van beter juist slechter af. Hier is helemaal geen controle op. Ook project 3 (het thrombose-project) noemt dit een punt van zorg: "... thrombose is een ernstige ziekte en de huisarts moet de patiënt goed nakijken en proberen te achterhalen waardoor de thrombose veroorzaakt is, bijvoorbeeld door inwendig onderzoek". De internisten hebben deze zorg expliciet bij de huisartsen gemeld, maar er is geen goed zicht op in hoeverre de huisarts die extra aandacht daadwerkelijk aan de patiënt besteed. De evaluatie zal dit moeten uitwijzen. Wat de

huisarts hierin zou kunnen helpen is een A4-tje met daarop de punten waar extra aandacht aan besteed moet worden.

Een andere reden waarom specialisten huiverig zijn om een behandeladvies mee te geven bij het terugsturen van aangevraagde diagnostiek is dat de longartsen (project 4: het COPD-project) de huisartsen niet het gevoel willen geven "de les gelezen te worden".

De cardioloog van project 5 (het werkafsprakenproject Holland Noord) merkt tot slot op dat de NHG-standaarden als uitgangspunt worden gebruikt binnen het project. De specialisten zijn echter nooit betrokken geweest bij het opstellen van de NHG-standaarden, en nu wordt binnen het werkafsprakenproject gevraagd om aanvullingen op de NHG-standaard te formuleren. Dit is een verkeerde gang van zaken; de specialisten hadden vanaf het begin af aan bij het opstellen van de NHG-standaarden betrokken moeten worden.

3.6 Evaluatie en vervolg van de projecten

3.6.1 Resultaten van de inventarisatie

Tot slot wordt in tabel 10 een overzicht gegeven van wat er met de resultaten van de projecten wordt gedaan. Ruim de helft (17) van de door ons beschreven projecten zijn zo goed bevallen dat er besloten is om het project permanent te maken, dan wel een aantal verbeteringen in de reguliere zorg door te voeren op basis van wat het project geleerd heeft. Dertien keer wordt aangegeven dat de situatie weer terug is bij het oude. In vijf gevallen wordt het project wel als geslaagd beschouwd, maar is het vanwege de financiën niet mogelijk om het project (of delen daarvan) permanent te maken. Vier maal moet de oorzaak voor het niet permanent maken van een project op een ander vlak gezocht worden.

Tabel 10 Wordt er iets met de resultaten van het project gedaan?

1	Ja, het project is goed bevallen, een aantal verbeteringen wordt naar aanleiding van het project doorgevoerd	12
2	Ja, het project is zo goed bevallen, dat besloten is om het project permanent te maken	5
3	Het project is goed bevallen, maar vanwege problemen rond de financiering is het niet mogelijk geweest om het project structureel te implementeren	5
4	Het project is goed bevallen, maar vanwege andere problemen is het niet mogelijk geweest om het project structureel te implementeren	4
5	Nee, het project is voorbij, en de situatie is weer zo als die was voor aanvang van het project	4

(Meerdere antwoordcategorieën zijn mogelijk)

3.6.2 Resultaten van de projectbeschrijvingen

Eén van de vragen die in de interviews is gesteld, is of er een formele evaluatie van het project plaatsvindt. Dit is in het algemeen niet het geval. Voor project 1 (het diabetesproject) bijvoorbeeld zijn voorafgaand aan het project geen duidelijke (meetbare) uitgangspunten en doelen geformuleerd. Hierdoor is het ook niet mogelijk om te monitoren in hoeverre uitgangspunten en doelen bereikt worden, en in hoeverre een

zekere mate van kwaliteit gehandhaafd wordt. Bij project 2 (het CVA-project) heeft een interne evaluatie plaatsgevonden. Het project is gepresenteerd op een symposium van de DHV Groot Gelre in november 1994. Tijdens de presentatie zijn de resultaten van de experimentele huisartsengroep vergeleken met een controle-huisartsengroep. Volgens de neuroloog heeft de huisarts samen met hem het project mondeling geëvalueerd. De evaluatie is dus niet door een extern en onafhankelijk bureau gedaan.

In het WA-project tenslotte (project 5) was het wel degelijk de bedoeling een evaluatie uit te voeren. Met dat doel is een subsidie-aanvraag ingediend bij het Praeventiefonds. Het probleem is echter dat het Praeventiefonds het (vervolg van het) project waarschijnlijk niet wil financieren, omdat de evaluatie pas gepland was na de implementatie van de afspraken (volgens de beleidsmedewerkster DHV). Een ander moeilijk punt met betrekking tot een evaluatie is dat ten behoeve van een onderzoek er bepaalde zaken geregistreerd zouden moeten worden en daar hebben huisartsen geen tijd voor. Bovendien is het de vraag welke criteria gehanteerd zouden moeten worden in een evaluatie.

Zoals ook al uit de inventarisatie van projecten bleek, is de voortgang van een activiteit na afloop van een project vaak onzeker. Zo geeft de geïnterviewde huisarts van project 4 (het COPD-project) aan dat de afspraken die er gemaakt zijn hebben flinke consequenties hebben voor huisartsen. Door de afspraken hebben ze veel meer tijd voor een patiënt nodig. Het in de praktijk brengen (implementeren) van de protocollaire (transmurale) afspraken is een fase die waarschijnlijk veel te weinig aandacht heeft gehad. Het instellen van een COPD-verpleegkundige, net zo als een CARA-, of Diabetes-verpleegkundige, in de eerste lijn zou mogelijkheden scheppen om de zorg voor deze patiëntengroepen te vervolmaken. Maar op dit moment zijn daar bij de huisartsen en de thuiszorginstellingen geen financiële middelen voor.

Ook de huisarts en cardioloog van project 5 (het werkafsprakenproject Holland Noord) vragen zich af of het straks zal lukken om op de afgesproken manier daadwerkelijk te gaan werken. Zowel de cardioloog als de huisarts zetten (onafhankelijk van elkaar) daar grote vraagtekens bij. De huisarts en de cardioloog weten niet precies hoe het vervolgtraject van het WAP er uit ziet en hebben hun twijfels over wat er van het WAP in de praktijk terecht zal komen. Op zich is het maken van de werkafspraken een heel goed initiatief, maar over het vervolg bestaan veel vraagtekens, aldus de huisarts en cardioloog. De beleidsmedewerkster van de DHV geeft aan dat de doelstelling van het WAP volledig gebaseerd was op het verbeteren van de onderlinge communicatie. Dit betekent dat het op schrift stellen van de werkafspraken wel tot de doelstelling van het project behoort, maar de implementatie van de werkafspraken niet.

Een project dat helemaal is 'doodgebloed' is het intercollegiaal overleg huisarts-kinderarts (project 8). Ondanks het feit dat er voor twee jaar subsidie was van de verzekeraar kwam men na driekwart jaar erachter dat het project zijn doel een beetje voorbij schoot, en raakte de fut er uit. De huisartsen die in het project hebben deelgenomen, waren gemotiveerd, besteedden ook al de nodige zorg aan de verwijsbrief en aan het contact met de kinderarts. De winst die in deze groep maximaal te behalen was, was eigenlijk niet zo groot (omdat het al goed liep). Algemeen bestaat de indruk dat de fut eruit is. Fase 1 leverde goede afspraken op over de samenstelling en de eisen te stellen aan de verwijs- en ontslagbrief. Na afsluiten van fase 1 is het "domweg" scoren van de fase 2-formulieren niet erg positief beoordeeld. Inhoudelijk werd overigens over fase 2 niet gediscussieerd. Dit is als onprettig ervaren. De verwachtingen

gen van de kinderartsen enerzijds en de huisartsen anderzijds over de bedoeling van het project lijken achteraf onvoldoende uitgesproken te zijn. Vastgesteld wordt dat de samenwerking tussen deze kinderartsen en huisartsen bij voorbaat al goed te noemen was.

4 CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

De vragen die in dit onderzoek centraal stonden, waren: op welke wijze zijn huisartsen betrokken bij transmurale projecten en activiteiten, hoe beoordelen zij die projecten en activiteiten en welke fasen in de totstandkoming van afspraken zijn achteraf gezien cruciaal geweest. Deze vragen kunnen als volgt kort worden beantwoord. Huisartsen zijn op uiteenlopende manieren bij transmurale zorg betrokken. Vaak worden zij dan door andere beroepsgroepen of instellingen benaderd om deel te nemen, niet zelden nemen zij echter ook zelf het initiatief. Met name in dat laatste geval hebben zij vaak de regiefunctie.

De beoordeling van de projecten is gemengd. Transmurale zorg is veelal een "mixed blessing". Samenwerken blijkt goed voor de onderlinge contacten, maar bij sommige projecten blijft er aan de zijde van specialisten wat twijfel bestaan over de vraag of huisartsen hun nieuwe taken wel aankunnen. In enkele gevallen levert transmuraal werken de huisarts tijd op doordat hij taken kan delegeren naar een verpleegkundige. Vaker echter kost de transmurale zorg tijd, waar in de meeste gevallen geen extra geld tegenover stond. Het aangeven van cruciale fasen in een project bleek in de interviews vaak moeilijk. Er is echter één specifiek moment waarop activiteiten in projectvorm kwetsbaar zijn en dat is aan het einde van het project. Bij iets minder dan de helft van de projecten betekent het einde van het project ook het einde van transmuraal werken. Bij de beëindigde projecten vormde op zijn beurt gebrek aan financiering in iets minder dan de helft van de gevallen daarvan de oorzaak.

De drie dimensies waarop onderscheid werd gemaakt om een zo gevarieerd mogelijk achttal projecten te selecteren (zie de figuur op bladzijde 9) waren zelf geen onderwerp van onderzoek. Wat ondanks dat toch opviel was dat naarmate de projecten qua opzet groter waren (er meerdere patiëntengroepen betrokken waren, en er meer huisartsen, ziekenhuizen, en specialisten bij betrokken waren) de organisatie van het project een grotere bron voor problemen werd. Op zich is dit ook wel voorstelbaar, maar het is goed om dat te beseffen. Indien men een groot project wil opzetten is het van belang dat men de problemen van zo'n organisatie niet onderschat en men voor voldoende projectleiding zorgt.

De inventarisatie en diepgaande beschrijving van de transmurale werkafspraken en zorgvernieuwings-projecten heeft een aantal opmerkelijke feiten aan het licht gebracht waarop hier nog moet worden ingegaan. Zo viel op dat er relatief veel activiteiten rond diabetes mellitus type II plaatsvonden, waarbij zorgtaken van de huisarts naar bijvoorbeeld de diabetesverpleegkundige gedelegeerd worden. Parallel hieraan zien we dat de internist het meest genoemd wordt als specialisme waarmee transmurale werkafspraken gemaakt worden.

Voor huisartsen impliceert het meewerken aan transmurale werkafspraken en zorgvernieuwings-projecten over het algemeen een grotere werkdruk. Een bij veel projecten genoemd negatief punt is dat als gevolg van de transmurale werkafspraken en andere veranderingen in de opzet van zorg, de huisartsen het steeds drukker krijgen. Met name extra visites, controles, regelmatig overleg en het uitwerken van afspraken kosten extra tijd. Patiënten worden onder verantwoordelijkheid van de huisarts in plaats

van in het ziekenhuis in de eerste lijn verzorgd, al dan niet met ondersteuning vanuit de thuiszorg. De huisarts zou hier meer ondersteuning voor moeten hebben enerzijds in de vorm van gespecialiseerde diabetes-, CVA-, thrombose-, en CARA-verpleegkundigen, en anderzijds in de vorm van goed opgeleide "algemene" verpleegkundigen die inzetbaar zijn op het gehele terrein van zorg. Daarnaast is een mogelijke oplossing om meer met praktijkverpleegkundigen te gaan werken, die bepaalde algemene taken van de huisarts zou kunnen overnemen.

Het lijkt er op dat het initiëren van projecten door de huisarts vaak tot gevolg heeft dat dan ook de regiefunctie met betrekking tot de zorg bij hem/haar terecht komt. Binnen de definitie van transmurale zorg van de NRV is er sprake van gedeelde verantwoordelijkheden. In de praktijk vinden we hier niets van terug. Bij alle acht projecten viel de zorg binnen het ziekenhuis volledig onder de verantwoordelijkheid van de specialist, terwijl de zorg buiten het ziekenhuis onder de verantwoordelijkheid van de huisarts viel. Wat overigens door de verschillende partijen als vanzelfsprekend werd gevonden, ook al zou er volgens de definitie van de NRV sprake moeten zijn van gedeelde verantwoordelijkheid. Eén specialist was van mening dat zowel huisartsen en specialisten altijd al voor hun eigen medisch handelen verantwoordelijk zijn. En dat indien er in een gezamenlijk project wordt samengewerkt er dan automatisch sprake is van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de patiënt. Het is kortom niet duidelijk wat er precies onder de gedeelde verantwoordelijkheid verstaan moet worden, en het verdient daarom aanbeveling dat de definitie van de NRV aangepast wordt op dit punt.

Protocolontwikkeling en het verbeteren van (zorg)afstemming tussen ziekenhuis en eerste lijn werd het meest genoemd als doel van de projecten die we bestudeerd hebben. Daarnaast kan gesteld worden dat bijna alle projecten onder te brengen zijn in één van de drie basisvormen van transmurale zorg, zoals Francke (1996) die heeft gedefinieerd: 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 opname in/ontslag uit een specialistische instelling, geleverd door generalistische zorgverleners.

Het verbeteren van de onderlinge contacten tussen de huisartsen en specialisten is een van de voordelen van het maken van transmurale werkafspraken. Het merendeel van de deelnemers aan de projecten is hierover erg positief. Onderling leert men veel van elkaar. Soms zijn (het slagen van) de transmurale afspraken echter een logisch vervolg op een reeds bestaande goede relatie.

Uit de knelpunten komt duidelijk de financiële problematiek omtrent de door ons bestudeerde projecten naar voren. Zorgvernieuwingsprojecten en transmurale werkafspraken lijken pas een kans van slagen te hebben indien ook de financiering structureel omgebogen wordt, analoog aan de verschuiving in zorgverleners (bijvoorbeeld van ziekenhuis naar de thuiszorg) die met de uitvoering van de patiëntenzorg belast zijn.

Ook bij de organisatie van transmurale werkafspraken zijn knelpunten, zoals het feit dat huisartsen geen eigen budget hebben, terwijl zij wel een groot deel van de werkzaamheden verrichten die uit de nieuwe manier van werken voortkomt. Door het niet hebben van een eigen budget voor de financiering ontstaan daarnaast het gevoel van scheve verhoudingen, omdat de huisartsen als niet meebetallende partij toch hun belangen proberen te behartigen. Bij één project is het idee geopperd dat huisartsen

landelijk een budget moeten krijgen om mee te draaien binnen transmurale werkafspraken, coördinatie-werkzaamheden enz.

Een belangrijke factor voor het slagen van projecten is de overdracht van informatie. Als de partijen over en weer niet van bepaalde organisatorische en/of zorginhoudelijke zaken op de hoogte zijn kan een project niet slagen. Bij één project is daarom afgesproken dat als bepaalde zaken niet duidelijk zijn er geen drempel dient te bestaan voor telefonisch overleg.

Een laatste punt dat uit dit overzicht naar voren komt is dat een groot aantal van de projecten (uiteindelijk) zo goed bevalt, dat besloten wordt om de afspraken permanent te maken of om een aantal verbeteringen naar aanleiding van het project door te voeren. Maar helaas komt het zoals reeds gezegd ook voor dat iedereen aanvankelijk enthousiast is en de resultaten positief zijn, maar dat op het moment dat het geld op is het project voorbij is en alles weer in het oude vervalt. Wiefferink (1996) vond in zijn onderzoek naar het institutionaliseren van zorgvernieuwingsprojecten dat het slechts bij de helft van de projecten lukte om de gemaakte afspraken na afloop van het project in stand te houden. Bij een kwart was dit gedeeltelijk gelukt. Het wegvallen van geld en ondersteuning was bij 60% van de projecten de oorzaak waardoor het niet lukte om een project permanent te maken. Het verdient daarom aanbeveling dat wanneer het transmuraal werken goed bevalt, en het de bedoeling is om een project permanent te maken, men op tijd zoekt, bijvoorbeeld samen met de zorgverzekeraar, naar middelen voor structurele financiering. Op deze manier kan misschien voorkomen worden dat deze projecten onbedoeld in de oude patronen terug vallen.

LITERATUUR

Delnoij DMJ. Transmurale somatische zorg in Nederland, *Gezondheidszorg & Management* 3 (1995), nummer 6, p. 21-24

Francke, AL. Transmurale zorg: begrippen, beleidsontwikkeling en basisvormen. In: *Jaarboek verpleegkunde '97*. Dwingeloo: Uitgeverij Kavanah, 1996 (in druk).

Kluiver EP de, PAJ Remkes, GR Visser, ASPM Breed, Samenwerkingsproject huisarts-cardioloog, *Medisch Contact* 49 (1994), nummer 26, p. 873-876

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

NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap). Transmurale afspraken (NHG-beleidsnota), Utrecht: NHG, maart 1996

Persoon A, A Francke, D Temmink, A Kerkstra. Transmurale zorg in Nederland: een inventarisatie op basis van bestaande gegevensbestanden. Utrecht: NIVEL, 1996.

Spreeuwenberg C. (Net)werken voor chronisch zieken, *Medisch Contact* 49 (1994), nummer 50, p. 1985

STG (Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg). Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg, Deel 1 Scenarioreport, Bohn Stafleu van Loghum: Houten/Zaventem, 1992

Swemle ME, HJA Hazenberg, A Voorhoeve, JMH Vissers. Protocollaire samenwerking huisarts-internist bij diabetespatiënten. In: *Medische Contact* 48 (1993), nummer 27/28, p. 848-850

Vissers JMH, A Voorhoeve. Functionele samenwerking huisarts-specialist, *Medisch Contact* 48 (1993), nummer 27/28, p. 843-847

Vogel J. LHV-district Groot Gelre experimenteert met vijf projecten transmurale zorg, *De Huisarts* 1994, nummer 9, p. 29-33

Wiefferink CH, DM Dukkers van Emden. Institutionaliseren van zorgvernieuwingsprojecten. Hoe vergaat het zorgvernieuwing op de lange termijn? *Medisch Contact*, 51 (1996), 19, p. 644-646

**INVENTARISATIE PROJECTINFORMATIE
TRANSMURALE- EN ZORGVERNIEUWINGS-
PROJECTEN**

I Algemene informatie

1. Titel van het project.
.....
2. In welke DHV-regio is het project uitgevoerd?
.....
3. Contactpersoon van het project:
4. Beroep/functie van de contactpersoon
.....
5. Naam van degene die deze inventarisatie heeft ingevuld?
6. Beroep/functie van de invuller?
.....
7. Wanneer is het project van start gegaan? 19
8. Wanneer is het project geëindigd? 19
10. Wie (welke beroepsgroep of instelling) heeft het initiatief genomen om het project te starten?
.....
11. Wie had de regiefunctie binnen het project met betrekking tot de te leveren zorg. Het gaat daarbij om wie uiteindelijk vaststelde of er zorg nodig was en wie die zorg moest geven; wie coördineerde de verschillende hulpverleners?
.....
.....
.....

II Inhoud van het project

12. Kunt u met een paar woorden aangeven waaruit de **zorginhoudelijke** kant van het project bestaat, bijvoorbeeld het bevorderen van transmurale zorg, het verbeteren kwaliteit van zorg voor diabetespatiënten, of een procedure opstellen/aanpassen om patiënten met hartklachten sneller te kunnen helpen. Wat was de aanleiding om het project op te starten?

.....

.....

.....

.....

13. Bij transmurale zorg gaat het erom dat er door de verschillende zorgleveraars wordt samengewerkt en gezamenlijk verantwoordelijkheid wordt gedragen. Er zijn een aantal basisvormen van transmurale zorg te onderscheiden. In welke van de onderstaande categorieën is het project onder te brengen? (meerdere categorieën zijn mogelijk).

Het project is gericht op ...

- ... het thuis verzorgen van patiënten, die in het ziekenhuis specialistische behandeld zijn (ziekenhuisverplaatste zorg).
- ... het thuis verzorgen van patiënten door zowel (gemeenschappelijke taken) het ziekenhuis als de eerste lijn.
- ... het thuis verzorgen van patiënten waarbij de specialistische zorg door de eerste lijn wordt verleend, met ondersteuning door het ziekenhuis (bv. door consultatie van de specialisten).
- ... het thuis verzorgen van uit het ziekenhuis ontslagen patiënten door de eerste lijn, zodat patiënten niet langer afhankelijk zijn van specialistische zorg.
- ... patiënten die uitbehandeld zijn in het ziekenhuis, en tijdelijk aanvullende zorg nodig hebben in of vanuit een revalidatiecentrum, verpleeg- of verzorgingshuis, of een zotel.
- ... het verbeteren van afstemming tussen ziekenhuis en eerste lijn, bijvoorbeeld door protocolontwikkeling.
- ... organiseren van de overgang of aansluiting van zorg voor patiënten die worden ontslagen uit het ziekenhuis, en opgevangen dienen te worden in de eerste lijn; bijvoorbeeld door het instellen van een transferverpleegkundige.

15. Op welke patiëntengroep(en) en hoeveel patiënten per groep heeft het project betrekking, bijvoorbeeld 50 reumapatiënten en 50 CARA-patiënten, of alle hartpatiënten uit de regio?

dit project is niet op specifieke patiëntengroepen gericht

aantal patiëntengroep

1.

2.

3.

16. Op welke andere groepen heeft het project betrekking, bijvoorbeeld alle patiënten van een revalidatiecentrum, 100 patiënten uit de thuiszorg of de bewoners van 2 verzorgingshuizen?

dit project is niet op andere groepen gericht

aantal groep

1.

2.

3.

IV Knelpunten binnen het project

Behalve de positieve kanten van transmurale en zorgvernieuwingsprojecten op het zorginhoudelijke vlak, kan het voorkomen dat er knelpunten zijn op het terrein van de samenwerking, de capaciteit of de financiering. Ook is het mogelijk dat er knelpunten zijn op het gebied van de deskundigheden. Over deze knelpunten zouden we graag wat informatie van u willen hebben.

17. Heeft u met betrekking tot dit project (een van) de volgende knelpunten ondervonden:

Beroepsbeoefenaren zijn onvoldoende bekend met elkaars werkerterrein en mogelijkheden en daardoor ontstaat er wederzijds verkeerde beeldvorming.

Beroepsbeoefenaren zijn te weinig gericht op de mogelijkheden van echelonoverstijgende zorg.

Er is onvoldoende deskundigheid op het vlak van samenwerking.

Er zijn organisatorische obstakels.

- Er is in onvoldoende mate sprake van een brede benadering van de hulpvraag van de patiënt.
- Er is in onvoldoende mate sprake van geïntegreerde indicatiestelling.
- Er is in onvoldoende mate sprake van een gemeenschappelijk opgesteld zorgplan en geen duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden.
- Er is in onvoldoende mate sprake samenwerking binnen de eigen sector.
- Er is in onvoldoende mate sprake overdracht van deskundigheid en vaardigheden.
- Er is in onvoldoende mate sprake informatie-uitwisseling tussen betrokkenen.
- Er is onvoldoende capaciteit met betrekking tot bedden.
- Er is onvoldoende capaciteit met betrekking tot personeel.
- Er is onvoldoende mantelzorg beschikbaar om transmurale zorg in de thuissituatie mogelijk te maken.
- Het ontbreken van financiële prikkels voor de betrokkenen voor het leveren van transmurale zorg.
- Er bestaat ongelijkwaardigheid van financieringsvormen voor de deelnemende beroepsgroepen en organisaties.
- Er zijn te weinig hulpmiddelen die voorheen alleen binnen het ziekenhuis beschikbaar waren, zoals infuuspompen, speciale bedden, bewakingsapparatuur en voedingssystemen.
- Er zijn te weinig financiële middelen voor geneesmiddelen die voorheen alleen binnen het ziekenhuis verstrekt werden.

V Organisatie van het project

18. Welke organisatorische afspraken zijn er gemaakt tussen de huisartsen en de andere betrokken partijen.

.....

.....

.....

19. Welke **zorginhoudelijke** afspraken zijn er gemaakt tussen de huisartsen en de andere betrokken partijen.

.....
.....
.....

20. Hoeveel tijd kost het de huisarts om bij dit transmurale project betrokken te zijn? Of levert het project tijd op, bijvoorbeeld doordat bepaalde zorg nu door een andere instantie wordt geleverd?

Graag ook aangeven waaruit de (extra) tijdsbesteding of tijdwinst bestaat.

.....
.....
.....

21. Hoe is de financiering van het project geregeld? Wie draait er voor de extra kosten op die het transmurale project met zich meebrengt, bijvoorbeeld de extra tijd die men vanwege het project bezig is, of het extra aantal patiënten dat gezien moet worden.

.....
.....
.....

22. Hoe beoordelen de bij het project betrokken huisartsen het transmurale project in **financieel** opzicht? Wat loopt in financieel opzicht goed, en wat niet?

.....
.....
.....

23. Hoe beoordelen de bij het project betrokken huisartsen het transmurale project in **organisatorisch** opzicht? Welke dingen lopen organisatorisch gezien goed, en welke niet?

.....
.....

24. Hoe beoordelen de bij het project betrokken huisartsen het transmurale project in **zorginhoudelijk** opzicht? Welke zorginhoudelijke aspecten lopen goed binnen het project, en wat niet?
-
-
-

VI Evaluatie van het project

25. Heeft er een evaluatie van het project plaatsgevonden?
- ja, een tussentijdse evaluatie
 - ja, een eindevaluatie
 - nee, er zal geen evaluatie plaatsvinden
 - nee, de evaluatie moet nog plaatsvinden
26. Door wie is de evaluatie uitgevoerd?
-
27. Kunt u in het kort (in enkele woorden) de belangrijkste resultaten van het project samenvatten.
-
-
-
28. Wordt er iets met de resultaten van het project gedaan?
- Nee, het project is voorbij, en de situatie is weer zo als die was voor aanvang van het project.
 - Het project is goed bevallen, maar vanwege problemen rond de financiering is het niet mogelijk geweest om het project structureel te implementeren.
 - Het project is goed bevallen, maar vanwege andere problemen is het niet mogelijk geweest om het project structureel te implementeren.
 - Ja, het project is zo goed bevallen, dat besloten is om het project permanent te maken.
 - Ja, het project is goed bevallen, een aantal verbeteringen wordt naar aanleiding van het project doorgevoerd, namelijk
-

VII Project informatie

Tot slot zijn we geïnteresseerd in welke informatie er over het project beschikbaar is, zoals bijvoorbeeld een projectbeschrijving, een evaluatieverslag of een beschrijving van de resultaten. Hier gaan de laatste vragen over.

29. Is er een beschrijving van de opzet van het project beschikbaar?

1. ja
2. nee

30. Is er een verslag van de evaluatie beschikbaar?

1. ja
2. nee

31. Is er op dit moment ander materiaal over het project beschikbaar?

1. ja, namelijk
2. nee

32. Is het project opgenomen in de "databank zorgvernieuwing" van het Nivel, Nzi en NcGv?

1. ja
2. nee

Als het mogelijk is zouden wij graag een exemplaar ontvangen van alle beschikbare informatiebronnen met betrekking tot het project die u bij vraag 29 t/m 31 heeft opgegeven. Met behulp van dit materiaal is het mogelijk om een meer compleet beeld van het project te vormen.

We zijn nu bij het eind van de inventarisatie van projectinformatie aangeland. Hopelijk heeft het invullen ervan u niet meer tijd gekost dan u verwacht had. Uw informatie wordt gebruikt voor overzicht van de transmurale- en zorgvernieuwingsprojecten in Nederland dat in opdracht van de LHV wordt gemaakt.

Voor het terugsturen van de vragenlijst kunt u gebruik maken van de antwoordenvolpette.
(Postzegel niet nodig!)

Tot slot willen wij u hartelijk danken voor uw medewerking.

BIJLAGE 2 Overzicht van de 30 projecten uit de inventarisatie

- 1 Het transmuraal diabetesproject Woerden - DHV Utrecht
- 2 De samenwerking tussen huisarts - specialist bij de behandeling van CVA-patiënten - DHV Groot Gelre
- 3 Het Rotterdam - Capelle thrombose project - DHV Rotterdam e.o.
- 4 Het COPD-project Utrecht - DHV Utrecht
- 5 Het Werkafspraken project (WAP) huisartsen - specialisten Holland Noord - DHV Holland Noord
- 6 Bureau zorgcoördinatie eerste - tweede lijn Enschede - DHV Twente
- 7 Werkafspraken huisartsen en KNO-artsen Midden Holland: Het beleid bij OMA/OME - DHV Rijnland en Midden Holland
- 8 Intercollegiaal overleg tussen huisarts en kinderarts - DHV Westland, Schieland, Delfland
- 9 Liaisonverpleegkundige - DHV Westland, Schieland, Delfland
- 10 Samenwerking huisartsen - specialisten Lievensberg - DHV West Brabant
- 11 Grensverleggende dagverpleging - DHV Den Haag e.o.
- 12 Zorgvernieuwing (leidend tot ligduurverkorting) - DHV Zuid-Holland Zuid
- 13 Feedback op diagnostische aanvragen - DHV Groot Gelre
- 14 Diabetesverpleegkundige in de huisartspraktijk - DHV Groot Gelre
- 15 Elektronische verwijsbrieven / samenwerking huisarts - specialist - DHV Westland, Schieland, Delfland
- 16 Geïntegreerde diabeteszorg - DHV Kennemerland-Haarlemmermeer
- 17 Protocol heupoperatie - DHV Den Haag e.o.
- 18 Protocol controle oncologische patiënten door huisartsen - DHV Groot Gelre
- 19 Osteoporose - DHV Utrecht
- 20 ziekenhuisverplaatste zorg - DHV Groot Gelre
- 21 Verpleeghuiszorg thuis - DHV Rijnland en Midden Holland
- 22 Ziekenhuisverplaatste zorg - DHV Groot Gelre
- 23 Cardiovasculair project - DHV Rotterdam e.o.
- 24 Naar een verbetering van continuïteit van zorg voor kankerpatiënten - DHV Drenthe
- 25 Ziekenhuisverplaatste zorg bij Diep Veneuze Thrombose - DHV Gooi-Eemland - N.W. Veluwe
- 26 Transmuraal ontwikkelingsproject (TOP) - DHV Groningen
- 27 Transmuraal diabetesprotocol (Diabetes op één lijn) - DHV Westland, Schieland, Delfland
- 28 Transferfunctie - DHV Gooi-Eemland- N.W. Veluwe
- 29 CVA-protocol - DHV Gooi-Eemland- N.W. Veluwe
- 30 Praktijkverpleegkundige in een hagro - DHV Gooi-Eemland- N.W. Veluwe

BIJLAGE 3 Vragenlijst gebruikt voor de mondelinge interviews

MONDELING INTERVIEW

ten behoeve van project 'Huisarts en Zorgvernieuwing',
in opdracht van de LHV.

Gesprek met:

Functie:

Datum:

Plaats:

Project:

Cel:

I Korte projectschets

Voor het grootste gedeelte kan dit worden ingevuld aan de hand van de informatie die al beschikbaar is. Het dient als uitgangspunt voor het gesprek, en om het gesprek op gang te krijgen. Daarnaast is het goed om te checken of de gegevens kloppen.

1. Titel van het project?
2. Wat is in het kort het doel van het project?
3. Op welke patiëntengroep(en) heeft het transmurale project betrekking?
 - en om welke aantallen patiënten op jaarbasis gaat het?
4. Welke partijen zijn er bij het project betrokken (geweest)?
 - Tussen welke partijen zijn afspraken gemaakt?
 1.
 2.
 3.
 4.

II Hoe is het project tot stand gekomen.

5. Tegen welke achtergrond is het project ontstaan?
 - Hoe is het project of de activiteit tot stand gekomen?
 - Wie was/waren de initiatiefnemer(s)?
6. Wat was de aanleiding?
 - Bijvoorbeeld de introductie van een NHG-standaard, of ontevredenheid over de geleverde zorg?
7. Was er een economische of politieke ontwikkeling die heeft geleid tot, of heeft bijgedragen aan het tot stand komen van het project?
 - Voorbeeld: Het zou kunnen dat de recente beperking van de afspraken op fysiotherapie aanleiding vormt voor huisartsen en fysiotherapeuten om afspraken te maken rond "patiënten categorieën".

8. Wat zijn de uitgangspunten van het project, en wat is het doel?

(Is het project gericht op substitutie en/of verbeteren van de kwaliteit en/of het vergroten van de keuzemogelijkheden van patiënten met betrekking tot zorg of behandeling?)

9. Werd er voor de aanvang van het betreffende project al door de deelnemende partijen op één of andere manier onderling samengewerkt?

- Is het huidige project een uitbreiding van een bestaande samenwerking?
- Vinden er ook andere (niet-patiëntgebonden) activiteiten plaats, bijvoorbeeld op het gebied van onderlinge nascholing?

III Welke organisatorische afspraken zijn er binnen het project gemaakt.

10. Zijn er afspraken gemaakt over verantwoordelijkheden van de verschillende hulpverleners?

- Zo ja, welke?

(Welke afspraken zijn er gemaakt omtrent overdracht van verantwoordelijkheden, of juist over het delen van de verantwoordelijkheden? Hoe is, bij gedeelde verantwoordelijkheid, de aansprakelijkheid geregeld (verzekeringstechnisch)?)

11. Zijn er afspraken gemaakt over de manier van samenwerking?

- Zo ja, welke?

12. Zijn er afspraken gemaakt over wie de regie heeft met betrekking tot de te leveren zorg?

- Zo ja, welke?

- Vindt de regie in de eerste of in de tweede lijn plaats?

13. Zijn er afspraken gemaakt over de informatievoorziening? Wie informeert wie op welk moment? (Bij een transmuraal project in Apeldoorn hebben KNO-artsen zich verplicht om binnen 10 dagen na het eerste consult aan de huisarts terug te rapporteren.)

14. Is er een projectgroep, stuurgroep, overleg-team o.i.d. dat de uitvoering van het project bewaakt?

- Wie zitten daarin en namens wie?

- Hoe vaak wordt er vergaderd?
- Is er een projectleider?
- 15. Op welke manier zijn de bovengenoemde afspraken tussen de vastgelegd?
 1. in een projectbeschrijving (is er een projectbeschrijving beschikbaar?)
 2. schriftelijk
 3. de afspraken zijn mondeling besproken
 4. contractueel
 5. protocollen
 6. op een andere manier, namelijk ...
- 16. Hoe wordt de kwaliteit van het project bewaakt?
- 17. Zijn er organisatorische problemen geweest, bijvoorbeeld bij het tot stand komen van het project, of een tekort aan secretariële ondersteuning?
 - Hoe zijn deze problemen opgelost?
- 18. Hoe wordt de **organisatorische** kant van het project op dit moment door de betrokkene beoordeeld?
 - Wat loopt goed?
 - Wat loopt niet goed?
 - Wat zou (nog) verbeterd kunnen worden?

IV Welke zorginhoudelijke afspraken zijn er binnen het project gemaakt.

19. Welke **zorginhoudelijke afspraken** er zijn gemaakt met de andere instellingen en/of beroepsgroepen? (Welke diagnostiek, welke behandeling, en welke zorg?)
 - Welke **veranderingen** vloeien er uit deze afspraken voort?
 - Hoe was de betreffende situatie **voorafgaand** aan het project?
 - Wat verandert er voor de patiënten?
 - Wat verandert er voor de huisarts, de specialist, het ziekenhuis?

20. Wat is het "huisartsgeneeskundig" gehalte van de zorginhoudelijke afspraken?
In hoeverre komen belangrijke aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen in de afspraken tot uitdrukking? (bijv. afwachtend/terughoudend beleid, "patiënt is gezond totdat het tegendeel is bewezen", spaarzaam en selectief gebruik van aanvullende diagnostiek).
- Wordt uitgegaan van NHG-standaarden of van specialistische protocollen?
21. Hebben de zorginhoudelijke afspraken die er gemaakt zijn ook consequenties met betrekking tot de hoeveel tijd die er aan patiënten wordt besteed?
- Moeten er bijvoorbeeld meer/minder visites gedaan worden?
 - Levert het project tijd op, of kost het tijd? Hoeveel?
22. Zijn er binnen het project problemen geweest op het zorginhoudelijk vlak?
- Hoe zijn deze problemen opgelost?
23. Hoe wordt de kwaliteit met betrekking tot de te leveren zorg bewaakt?
- Wordt er met protocollen gewerkt?
24. Hoe wordt de **zorginhoudelijke** kant van het project op dit moment door de betrokkene beoordeeld?
- Wat loopt goed?
 - Wat loopt niet goed?
 - Wat zou (nog) verbeterd kunnen worden?

V Welke financiële afspraken zijn er binnen het project gemaakt?

Met betrekking tot de financiering van het project kan onderscheid worden gemaakt tussen 1) kosten met betrekking tot het **opzetten** van het project, en 2) kosten als **gevolg** van het project, bijvoorbeeld door substitutie van zorg.

- Zijn er financiële afspraken gemaakt met betrekking tot het opzetten van het project?

- 25. Hoe is het **opzetten** van het project gefinancierd?
 - 0 Het opzetten van het project is niet gefinancierd.
 - 1 De opzet van het project is uit eigen middelen gefinancierd.
 - 2 De opzet van het project is door de betrokken DHV's gefinancierd.
 - 3 Alle deelnemende partijen aan het project hebben een bijdrage geleverd in de financiering van het project.
 - 4 De opzet van het project is door externe instanties gefinancierd, namelijk door
 - 5 Het project is op een andere manier gefinancierd, namelijk

- Zijn er financiële afspraken gemaakt met betrekking tot de gevolgen (de zorginhoudelijke en organisatorische afspraken) van het project?

- 26. Welke verschuiving zijn er als gevolg van het project in de **kosten** van de zorg? Door wie worden de (veranderingen in) kosten als **gevolg** van het project gefinancierd; bijvoorbeeld de kosten van zorg die eerst niet geleverd werd, de extra tijd die men vanwege het project bezig is, of kosten van gesubstitueerde zorg die nu voor rekening komt voor een andere instelling?
 - 1 Er zijn geen kosten verbonden aan het project, er vinden geen verschuivingen in de kosten plaats.
 - 2 De extra kosten voortkomend uit het project worden uit eigen middelen gefinancierd.
 - 3 De extra kosten voortkomend uit het project worden door de betrokken DHV's gefinancierd.
 - 4 De verschuivingen in de kosten (voortkomend uit het project) worden door berekend naar de verschillende beroepsgroepen en instellingen.
 - 5 De kosten voortkomend uit het project worden door externe instanties gefinancierd, namelijk ...
 - 6 De kosten voortkomend uit het project worden op een andere manier gefinancierd, namelijk ...

24. Zijn er binnen het project problemen geweest op het financiële vlak?
- Hoe zijn deze problemen opgelost?
25. Hoe wordt de **financiële** kant van het project op dit moment door de betrokkene beoordeeld?
- Wat loopt goed?
 - Wat loopt niet goed?
 - Wat zou (nog) verbeterd kunnen worden?

VI Evaluatie

26. Is het project geëvalueerd?
- Door wie?
 - Wat zijn de resultaten? Zijn de resultaten van deze evaluatie beschikbaar?
 - Bent u het eens met de resultaten van de evaluatie? Zo nee, wat vindt u?
 - Wat gebeurt er met de resultaten van de evaluatie?
 - Worden de succesvolle onderdelen van het project blijvend?

VII Wat gebeurt er na het project?

27. Is/was het project voor bepaalde of onbepaalde tijd opgezet?
- Wat gebeurt/gebeurde er na afloop van het project (met name met de financiering)?
 - Worden de succesvolle onderdelen van het project blijvend? Zo nee, waarom niet.
 - Zijn hierover afspraken gemaakt?

BIJLAGE 4 De acht projectbeschrijvingen aan de hand van interviews

Project 1

Het transmuraal diabetesproject Woerden

Achtergrond en doelstelling

De thuiszorg had financiële middelen beschikbaar en zijn op zoek gegaan naar mogelijkheden om die op het transmuraal terrein in te zetten. Bij de thuiszorg bestond de behoefte om op een of andere manier meer met het ziekenhuis te gaan samenwerken. Het "hoofd kliniek" van het Hofpoort ziekenhuis, die ervaring had in de thuiszorg, is benaderd met de vraag hoe daar invulling aan gegeven zou kunnen worden. Men constateerde dat er binnen het ziekenhuis teveel Diabetes Mellitus type II (DM II) patiënten bleven hangen, terwijl er bij de thuiszorg een diabetesverpleegkundige was, waar totaal geen gebruik van gemaakt werd. Daarnaast bestond er bij de internisten het idee dat huisartsen DM II patiënten doorverwezen die zij best zelf zouden kunnen behandelen. Zo ontstond het idee om een diabetespreekuur in de eerste lijn te organiseren, met een diabetesverpleegkundige en een diëtist. (Bron: interview coördinator thuiszorg)

Aan de hand van de (op een aantal punten aangepaste) NHG-standaard worden DM II patiënten van huisartsen binnen het verzorgingsgebied "De Vierstroom" verzorgd in de eerste lijn. Het betreft patiënten die (nog) geen insuline gebruiken, dus patiënten die zich met tabletten en met behulp van een dieet nog kunnen redden, en geen bijkomende problemen hebben. Patiënten die insuline gebruiken worden eerst nog in de tweede lijn behandeld. Deze groep kan mogelijk later in een wat groter project ook over naar de eerste lijn. In de eerste lijn zijn een diabetesverpleegkundige en een diëtist geplaatst bij de thuiszorginstelling (De Vierstroom). Zij geven de patiënten instructies, adviezen en educatie. Het betreft ziekenhuisverplaatste zorg. Er zijn twee patiëntenstromen. In de eerste plaats patiënten die nu onder behandeling van de internist staan en die dus mogelijk terugverwezen kunnen worden. In de tweede plaats nieuwe diabetespatiënten die bij de huisarts komen. Indien mogelijk wordt de behandeling van deze laatste groep door de huisarts op zich genomen. (Bron: interview coördinator thuiszorg en interview huisarts)

Doelstelling van het project

Het doel van het project is om patiënten die net zo goed door de huisarts behandeld zouden kunnen worden buiten het ziekenhuis te verzorgen. Dit zijn zowel patiënten die orale medicijnen gebruiken als patiënten die stabiel zijn ingesteld op insuline. De huisarts is daarbij verantwoordelijk en wordt daarbij geassisteerd door een diabetesverpleegkundige en een diëtist in de thuiszorginstelling.

Organisatie, opzet en financiering van het project

Aanvang project:	November 1994
Einde project:	Het project loopt nog.
Initiatiefnemer:	De thuiszorginstelling.
Deelnemers:	De huisartsen in de regio van De Vierstroom, de internisten van het Hofpoort ziekenhuis, de diabetesverpleegkundige en diëtist uit de thuiszorg, de diabetesverpleegkundige en de diëtist van het ziekenhuis, een projectleider van de thuiszorg (wijkverpleegkundige met ervaring binnen diabetesprojecten), en het hoofd van de ambulante zorg (polikliniek).
Stuurgroep:	De deelnemers van het project hebben regelmatig overleg.

Opzet:

Het ziekenhuis (niet de maatschap) heeft belang bij een verschuiving van deze patiëntengroep naar de eerste lijn, omdat deze groep veel zorg consumeert (via de diabetesverpleegkundige en diëtist van het ziekenhuis) en dus veel kost. Voor de maatschap interne is deze groep patiënten niet erg interessant maar wel tijdsintensief. Deze tijd kan beter gebruikt worden. (Bron: interview internist)

- Het diabetesprekeuur past in het project Midden Holland waarin vier ziekenhuizen verenigd worden. De ziekenhuizen krijgen subsidie om aan dit project deel te nemen. Er wordt op dit moment gewerkt aan één protocol dat als een advies aan de overheid naar buiten wordt gebracht. Men is op dit moment bezig met het creëren van een nieuw beroep: de diabetesverpleegkundige als zelfstandige functie (dus niet als wijkverpleegkundige) voor de helft binnen de ziekenhuizen werkend onder de hoede van de specialist en voor de andere helft werkend onder de hoede van de wijkverpleging. Het voordeel daarvan is dat de patiënt op een vaste persoon kan terug vallen. (Bron: interview huisarts)
- Op dit moment worden circa 40 patiënten in de eerste lijn behandeld. Het is de bedoeling dat dit aantal snel toeneemt, onder andere door uitbreiding van het aantal huisartspraktijken dat mee gaat doen binnen het project. (Bron: interview huisarts)

Financiering:

- De thuiszorginstelling heeft geld beschikbaar gesteld om een diabetesverpleegkundige en een diëtist aan te stellen en te huisvesten. (Bron: interview internist)
- De internist kent de achtergrond van het project niet precies, maar vermoedt dat de thuiszorginstelling er financieel voordeel bij zal hebben om (een deel van de) diabetespatiënten in de eerste lijn te behandelen. (Bron: interview internist)
- Over financiën is niet echt gesproken, vanwege de complexiteit van het onderwerp. De thuiszorg was bereid om de middelen die zij beschikbaar hadden voor het project aan te wenden. Verder moest het met gesloten beurzen gebeuren; iedereen levert een aandeel. (Bron: interview coördinator thuiszorg)
- Ziekenhuizen krijgen subsidie om aan vergelijkbare projecten mee te doen. (Bron: interview huisarts)
- Thuiszorg heeft subsidie van de overheid gekregen om aan transmurale projecten te besteden. De logboekjes zijn met dit geld gemaakt, net zo als de opleiding en betaling van de diabetesverpleegkundige. (Bron: interview huisarts)

Afspraken over de organisatie van de zorg

Regie/verantwoordelijkheden:

- De verantwoordelijkheid ligt voor 100% bij de huisarts. (Bron: interview internist)
- Er zijn afspraken gemaakt over wie wat zou moeten doen. Patiënten binnen het ziekenhuis vallen onder de verantwoordelijkheid van de specialist. Patiënten in de eerste lijn vallen onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. (Bron: interview coördinator thuiszorg)

Proces/logistiek:

- Er zijn eigenlijk geen afspraken gemaakt over de samenwerking van internist en huisarts. Alleen afspraken over wie wordt terugverwezen van de tweede naar de eerste lijn. (Bron: interview internist)
- Het project is gestart met de diabetes-patiënten van drie huisartspraktijken in Woerden, met de bedoeling om het binnenkort met een aantal huisartspraktijken uit te breiden. (Bron: interview internist)
- De thuiszorg heeft samen met de farmaceutische industrie logboekjes ontwikkeld met daarin informatie voor de patiënt: voor alle disciplines een gedeelte om aantekeningen in te maken en bloedwaarden enz. in bij te houden. De thuiszorg geeft de DM II patiënt dit boekje mee na verwijzing door de huisarts. (Bron: interview coördinator thuiszorg en interview huisarts)
- De huisarts, internist en thuiszorg hebben gezamenlijk een protocol samengesteld, en taken voor de verschillende partijen doorgelopen. Indien huisarts en internist zich aan deze taakverdeling zouden houden, zou hen dat tijd opleveren. (Bron: interview coördinator thuiszorg) De NHG-standaard wordt herzien en aangepast aan de situatie binnen het nieuwe project, waarin ook een plaats voor de diabetesverpleegkundige ingeruimd is. (Bron: interview huisarts)
- Er is afgesproken dat de patiënten minimaal één maal per jaar bij de diabetesverpleegkundige en bij de diëtist langs moeten gaan voor controle, en één maal per drie maanden bij de huisarts. (Bron: interview huisarts)

Informatie-overdracht:

- De afspraken met de patiënt worden in een logboekje bijgehouden. Het logboekje bevat alle informatie die voor huisarts en specialist nodig is (zoals een standaard verwijsbrief), en daarnaast een heleboel informatie voor de patiënt zelf. De patiënt kreeg dat eerst van de huisarts, later werd het door de diabetesverpleegkundige uitgereikt. (Bron: interview internist)
- Aanvankelijk werd er een keer per maand overleg gevoerd tussen de deelnemers van het project. Nu is dat minder; ongeveer een keer per 3 maanden. (Bron: interview coördinator thuiszorg)
- Er is afgesproken dat als de huisarts naar de diëtist verwijst, de diëtist naar de huisarts terug rapporteert. (Bron: interview coördinator thuiszorg)
- Als de internist een patiënt terugstuurt naar de eerste lijn, dan is de afspraak dat de diabetesverpleegkundige van het ziekenhuis een verwijsbrief schrijft aan de diabetesverpleegkundige van de thuiszorg. (Bron: interview huisarts)
- Circa eens per twee maanden zou er een middag moeten komen waar er informatie tussen huisartsen en specialisten wordt uitgewisseld met betrekking tot voorbeeld- en probleem patiënten. Nu is het zo dat consultatie van de internist door de huisarts alleen maar mogelijk is met een verwijzing naar de tweede lijn (in verband met het vergoedingssysteem). (Bron: interview huisarts)

Plus- en knelpunten organisatorisch:

Positief:

- Door bepaalde patiënten in de eerste lijn te verzorgen, kunnen andere patiënten binnen het ziekenhuis sneller en beter behandeld/ingesteld worden. Dit is prettiger voor de patiënt en goedkoper doordat de uiteindelijke medicijnen van een goed ingestelde patiënt goedkoper zijn. (Bron: interview coördinator thuiszorg)
- Aanvankelijk was men binnen het ziekenhuis niet op de hoogte van de deskundigheid binnen de thuiszorg. (Bron: interview coördinator thuiszorg)
- Door met elkaar in contact te treden, leren de partijen veel van elkaars manier van werken en is de drempel laag om ook andere onderwerpen met elkaar te bespreken. Men treedt nu makkelijker met elkaar in contact. (Bron: interview coördinator thuiszorg)

Negatief:

- Een aantal patiënten wordt door de internisten niet terugverwezen naar de eerste lijn, omdat ze al jaren in de tweede lijn behandeld worden en de patiënten niet begrijpen waarom ze nu ineens ergens anders behandeld zouden moeten worden. (Bron: interview internist)
- Er wordt door de internisten niet volgens een protocol gewerkt. De huisartsen werken volgens de NHG-standaard. De internisten niet; er zijn voor hen dus geen afspraken in een protocol vastgelegd. (Bron: interview internist)
- De internist heeft niet het gevoel dat het project er toe leidt dat er nu minder patiënten bij hem op het spreekuur komen, en meer bij de huisarts/thuiszorg. (Bron: interview internist)
- Het project levert de internist (nog) geen tijd op. In tegendeel, het kost tijd om de patiënten uit te leggen wat de bedoeling is. Bovendien betreft het project nog maar zulke kleine patiëntenaantallen dat dat nog niet echt merkbaar zou kunnen zijn. (Bron: interview internist)
- Zoals het project nu geregeld is, wordt er niets extra's aan zorg geleverd; maar wordt de zorg enkel verplaatst. Dit is in het voordeel van de patiënt. (Bron: interview internist)
- De diabetesverpleegkundige van het ziekenhuis is terughoudend in het doorsturen van patiënten naar de diabetesverpleegkundige van de thuiszorg, omdat hij/zij twijfelde aan de kwaliteiten van hem/haar. (De internist was overigens wel heel enthousiast). (Bron: interview coördinator thuiszorg)
- Huisartsen zijn ook terughoudend in het doorverwijzen van patiënten naar de thuiszorg. Het is niet helemaal duidelijk waar dit mee te maken heeft. Mogelijk vinden zij het moeilijk om patiënten los te laten, of moeilijk om bepaalde routines te veranderen, ook al zouden zij daar winst bij hebben. (Bron: interview coördinator thuiszorg)
- Huisartsen waren aanvankelijk heel positief over het initiatief, maar het kwam nog al eens voor dat ze de gemaakte afspraken niet nakwamen of de stukken niet doorgelezen werden. (Bron: interview coördinator thuiszorg en interview huisarts)
- Bij overleg waren alle partijen enthousiast en het met elkaar eens; bij de uitwerking bleek vaak dat men zich niet aan de afspraken hield. De thuiszorg heeft wel eens het gevoel gehad dat ze niet helemaal serieus genomen werden en men zich er een beetje vanaf maakte, omdat het "maar" een project vanuit de thuiszorg was. De thuiszorg werd dan niet als een gelijkwaardige partner gezien. Wat daarin zou kunnen meespelen is een verkeerde beeldvorming over en weer. (Bron: interview coördinator thuiszorg)

- Het heeft het project ontbroken aan een coördinator die de partijen aan de gemaakte afspraken kon houden, die informeerde hoe de zaken er voor stonden, en onderzocht waarom bepaalde zaken wel/niet liepen. Er zou eigenlijk meer terugkoppeling moeten hebben plaatsgevonden. (Bron: interview coördinator thuiszorg)
- Er is een cursus gegeven van 3 bijeenkomsten voor diabetespatiënten door de diabetesverpleegkundige, de diëtist en de huisarts. Daar zijn 5 patiënten op af gekomen van één huisarts. De andere huisartsen hebben hun patiënten hier blijkbaar niet op geattendeerd. Je doet een heleboel moeite, maar een project valt of staat met de manier waarop anderen (van wie je afhankelijk bent) meewerken. (Bron: interview coördinator thuiszorg)
- Het grootste probleem is dat het project volledig opgezet is en met alle partijen helemaal doorgesproken is, maar dat er uiteindelijk toch nauwelijks patiënten van zowel huisarts als internist naar het diabetes-spreekuur komen. (Bron: interview coördinator thuiszorg)
- Internisten weten soms niet precies welke huisartsen wel en welke niet bij het project betrokken zijn. Ze verwijzen soms patiënten terug naar huisartsen die van niets weten. (Bron: interview huisarts)

Knelpunten financieel:

- Huisartsen vonden dat het hen toch veel tijd kostte zonder dat daar financieel iets tegen over stond. (Bron: interview coördinator thuiszorg)

Afspraken over de inhoud van de zorg

Diagnostiek/behandeling:

- De internist vraagt zich af in hoeverre (transmurale) projecten nut hebben, als je kijkt naar de kwaliteit van zorg. Je moet er dan vanuit gaan dat patiënten beter af zijn als ze in de eerste lijn door de huisarts behandeld zouden worden. Het is de vraag of dat zo is. De kennis van een specialist (mbt DM II) gaat vaak toch wat dieper in vergelijking met de kennis van een huisarts. Aan de andere kant is de doorstroming van het Hofpoort ziekenhuis goed. Als het nodig is kunnen patiënten ook hier gemakkelijk even binnen lopen. (Bron: interview internist)
- De internist vindt dat er eerder sprake is van een eerste lijns project, dan van een **transmuraal** project. Patiënten die eerst binnen het ziekenhuis behandeld werden, worden nu, in de eerste lijn behandeld, zonder tussenkomst van de internist. Er is op zo'n manier geen sprake van samenwerking, alleen van verplaatste zorg. (Bron: interview internist)
- Er wordt volgens een protocol gewerkt. In het protocol staat dat de patiënt een keer in de zoveel tijd door de internist gecontroleerd dient te worden. (Bron: interview coördinator thuiszorg)

Plus- en knelpunten:

Positief:

- Huisartsen krijgen binnen het project de zorg voor op insuline ingestelde DM II patiënten. Hierdoor krijgen ze waarschijnlijk ook snel ervaring met het instellen op insuline van nieuwe patiënten, zodat het in de toekomst voor de hand ligt dat huisartsen dit gaan doen. (Bron: interview huisarts)

Negatief:

- Er is geen controle van de internisten op de patiënten die buiten het ziekenhuis behandeld worden. Dit zijn zowel diabetes-patiënten die nog nooit door de internist zijn gezien, als de patiënten die terugverwezen zijn. De internist maakt zich daar enigszins zorgen over. (Bron: interview internist)
- De meeste huisartsen werken meer volgens hun eigen standaarden, dan volgens de NHG-standaarden. (Bron: interview coördinator thuiszorg)
- Tot nog toe zijn alleen maar oraal ingestelde patiënten door de internist terugverwezen naar de huisarts, en nog niet de op insuline ingestelde patiënten. (Bron: interview huisarts)
- Patiënt mag pas op insuline overstappen als hij/zij in staat is om zelfcontrole uit te voeren. Vervolgens vergoedt de zorgverzekeraar alleen de middelen voor zelfcontrole als de patiënt insuline gebruikt. Op dit moment heeft de internist hier contact over met de zorgverzekeraar. Dit lijkt een kleinigheidje, maar patiënten kunnen hier heel boos over worden en gedemotiveerd van raken. (Ondertussen is dit gewijzigd: patiënten op orale medicatie krijgen nu ook zelf-controle materiaal vergoed.) (Bron: interview huisarts)

Kwaliteitsbewaking

- Er zijn geen duidelijke (meetbare) uitgangspunten en doelen gesteld binnen het project. Hierdoor is het ook niet mogelijk om in de gaten te houden in hoeverre uitgangspunten en doelen bereikt worden, en in hoeverre een zekere mate van kwaliteit nagestreefd wordt. (Bron: interview internist)
- De internist had er anders op zijn minst voor gepleit om de bloed-glucoseregulatie periodiek te bewaken (HbA1C bepaling), en deze op te nemen in bv. het logboekje. Eigenlijk zou dit geprotocolleerd moeten gebeuren. (Internist laat weten dat dit nu ook gebeurt.) (Bron: interview internist)

Evaluatie

Er worden nu tussentijdse evaluaties gehouden, waarbij aan de hand van de huidige patiëntenstromen de stand van zaken besproken wordt. (Bron: interview internist)
Het project wordt na een jaar geëvalueerd. (Bron: interview coördinator thuiszorg)

Vervolg na afloop project

- Afhankelijk van de evaluatie zal over het vervolg van het project of eventueel implementatie van bepaalde onderdelen van het project nagedacht worden. (Bron: interview internist en interview coördinator thuiszorg)

Samenwerking tussen huisarts en specialist bij de behandeling van CVA-patiënten.

Inhoud

Binnen het project zijn werkafspraken gemaakt tussen huisarts en neuroloog met betrekking tot de behandeling van CVA-patiënten. Twee huisartsengroepen (hagro's) hebben in het project geparticipeerd, waarbij één hagro in Lunteren de experimentele groep was, en één hagro in Bennekom als controlegroep heeft gefunctioneerd. In beide hagro's werken 5 huisartsen. De specialisten waarmee de afspraken over de behandeling van CVA-patiënten zijn gemaakt, zijn de specialisten van de maatschap neurologie van het ziekenhuis De Gelderse Vallei te Bennekom.

Een CVA (Cerebrovasculair Accident) ook wel bekend als een herseninfarct of beroerte, is een aandoening waarbij een bloedvat in de hersenen wordt afgesloten door een bloedstolsel. Vaak gaat een CVA gepaard met (halfzijdige) verlamingsverschijnselen en (gedeeltelijke) functie-uitval van het gehele lichaam. Afhankelijk van de grootte van het afgesloten vat spreekt men van een lichte of zware beroerte. Daarnaast bestaat er de "bijna-beroerte" of te wel een TIA (Transient Ischaemic Accident), waarbij de afsluiting van het vat van tijdelijke duur is, en de stolling en klachten naar verloop van tijd weer volledig verdwijnen. TIA-patiënten hebben een verhoogde kans op het krijgen van een CVA (Bron: symposiumverslag/interview huisarts).

Achtergrond en doelstelling

Het ontbreken van eenduidige richtlijnen voor de behandeling van CVA-patiënten leidde ertoe dat er op zeer uiteenlopende wijze met deze patiënten werd omgegaan. De een werd langdurig in het ziekenhuis opgenomen, terwijl de ander door een huisarts thuis werd geobserveerd en al dan niet met medicijnen werd behandeld. CVA-patiënten werden vaak langdurig opgenomen in het ziekenhuis zonder duidelijke redenen, waardoor onnodig bedden bezet gehouden werden. Ook is gebleken dat patiënten thuis in hun vertrouwde omgeving minder snel in de war raken en daardoor goed revalideren. Om tot een optimaal behandeladvies te komen is het nodig dat CVA-patiënten in voldoende mate gediagnostiseerd worden.

Doelstelling van het project

Tegen bovenstaande achtergrond zijn een aantal doelstellingen geformuleerd. Op de eerste plaats zou er door middel van een geprotocolleerde behandeling een eenduidig beleid moeten komen voor CVA-patiënten. Ten tweede zou de ernst van de uitval de doorslag dienen te geven of een patiënt wel of niet opgenomen zou worden. Ten derde is het nodig dat er door betere werkafspraken een meer adequate diagnostiek beschikbaar komt, voor iedereen bereikbaar, waarop vervolgens de zorg op afgestemd kan worden. Het laatste punt is dat de huisarts de centrale behandelaar is, tenzij de patiënt zo invalide is dat er een langdurige opname met revalidatie onontkoombaar is. In dat geval komt de patiënt binnen het ziekenhuis onder behandeling van de neuroloog en revalidatie-arts (Bron: symposiumverslag).

Organisatie, opzet en financiering van het project

Aanvang project:	April 1993
Einde project:	Oktober 1994
Initiatiefnemer:	Een huisarts uit Lunteren.
Deelnemers:	Twee hagro's en één neurologenmaatschap. Daarnaast samenwerking met thuiszorg en (bij sommige patiënten) ergotherapeuten.
Stuurgroep:	Bestaande uit hagro's, neuroloog, revalidatie-arts, projectleider van DHV (voor één dag in de week, waarop - naast het CVA-project - ook 4 andere projecten begeleid werden). Volgens de neuroloog was er geen stuurgroep (Bron: interview neuroloog).

Financiering:

- Nascholingsmiddag voor thuiszorg gefinancierd uit speciaal lokaal fonds. Ondersteuning deels gefinancierd door DHV: huisarts kreeg waarneemvergoeding voor halve dag per week. Daarnaast was er bij de DHV een projectleider aangesteld ter ondersteuning van onder andere dit project. Dit geld was grotendeels afkomstig van een zorgverzekeraar. De neurologen hebben vacatiegelden gekregen van de zorgverzekeraar (Bron: interview projectleider DHV).
- Substitutie van zorg zou eigenlijk gepaard moeten gaan met een verschuiving in financiering van die zorg, of in ieder geval met een discussie over hoe blijvende substitutie gefinancierd moet gaan worden (Bron: interview projectleider DHV).

Afspraken over de organisatie van de zorg

Regie/verantwoordelijkheden:

- Huisarts is de centrale behandelaar, tenzij de problematiek zo ernstig is dat intramurale revalidatie nodig is. Winst valt vooral te behalen bij TIA en minor stroke, door preventie van recidieven. Coördinatie van CVA-diagnostiek en therapie voor zover mogelijk in eerste lijn (Bron: interview huisarts/projectleider/neuroloog).
- De neuroloog is van mening dat het niet nodig is om afspraken over verantwoordelijkheden te maken, omdat die vanzelfsprekend zijn (Bron: interview neuroloog).

Proces/logistiek:

- Diagnostiek in dagbehandeling. Met andere woorden: alle diagnostiek op één dag. (Bron: interview huisarts en neuroloog).
- Patiënt daarna naar huis. Met andere woorden: overdracht aan huisarts. (Bron: interview huisarts en neuroloog).

Informatie-overdracht:

- Vindt plaats via een speciaal ontwikkeld 'drieluik', met een checklist voor de actuele situatie, een tweede blad voor de resultaten van het onderzoek door de neuroloog; en een derde blad met een checklist voor de huisarts voor de nazorg. Daarop kan men tijdens de begeleiding van de patiënt zien en bijhouden wat er voor de patiënt nog gedaan moet worden. De patiënt neemt het drieluik mee, zodat de huisarts de diagnose, medicatie en het behandelingsadvies van de neuroloog heeft op het moment dat hij de patiënt bezoekt (Bron: projectbeschrijving, interview huisarts). Over de opgenomen patiënten wordt binnen één week terug gerapporteerd naar de

huisarts (Bron: interview neuroloog).

Plus- en knelpunten organisatorisch:

Positief:

- Samenwerking huisarts-specialist uitstekend (Bron: interview huisarts en neuroloog).
- Patiëntvriendelijker door diagnostiek op één dag (Bron: interview huisarts en neuroloog).
- Specialisten vonden werken met behandelplan prettig en zijn van mening dat de diagnostiek in dagbehandeling ook goed verloopt (Bron: interview neuroloog).
- Voor sommige patiënten is thuis ergotherapie opgestart (Bron: interview huisarts).
- De Thuiszorg was aanvankelijk bang voor een toename van de werkdruk. Dit bleek uiteindelijk erg mee te vallen. (Bron: interview huisarts).

Negatief:

- Aanvankelijk was niet helemaal duidelijk welke patiënten wel/niet in aanmerking kwamen voor thuisbehandeling. Soms nam de neuroloog bovendien eenzijdig de beslissing tot ontslag. Later leerden huisartsen de thuissituatie beter inschatten en werd meer in overleg met neuroloog een beslissing genomen (Bron: interview huisarts).
- Invullen vervolgplan was moeilijk, ondanks checklist met betrekking tot nazorg in het drieluik (Bron: interview huisarts).
- Het idee voor intensieve dagverpleging in het verpleeghuis kwam niet van de grond (Bron: interview huisarts).
- Het ziekenhuis was aanvankelijk bang voor budgettaire problemen door een sterke toename van poliklinische zorg en een afname van de bedbezetting (Bron: interview huisarts).
- De huisarts krijgt het steeds drukker. Taken zouden moeten worden overgenomen door een goed opgeleide CVA-verpleegkundige (Bron: interview huisarts).
- De huisarts wacht in sommige gevallen te lang met het doorsturen van patiënten. Dit zou nog verbeterd kunnen worden (Bron: interview neuroloog).
- Zowel van de hagro als de neurologenmaatschap was niet iedereen 100% gemotiveerd (Bron: interview projectleider DHV).
- Bij kleinschalige projecten gaat slechts om een paar patiënten per huisarts. De specialist krijgt daarnaast ook andere patiënten van andere huisartsen die niet in het project meedoen. Hierdoor is het voor een specialist vaak lastig om een andere manier van werken daadwerkelijk aan te leren. Een grotere opzet zou in sommige gevallen uitkomst kunnen bieden (Bron: interview projectleider DHV).
- De projectleider DHV noemt het een tekortkoming dat zij niet vanaf het allereerste begin bij het project betrokken is geweest. Zij had dan meer kunnen sturen (Bron: interview projectleider DHV).
- Vanwege de drukke agenda's was het moeilijk om alle betrokkenen bij de besprekingen aanwezig te krijgen (Bron: interview neuroloog).

Knelpunten financieel:

- Het project had geen financiële ondersteuning van de zorgverzekeraar (Bron: interview huisarts).
- De Waarneemvergoeding van de DHV was niet kostendekkend (Bron: interview huisarts).
- Er was helemaal geen vergoeding voor intensivering van de verleende zorg door huisartsen. Eigenlijk zou dit bovenop het abonnement moeten kunnen worden

gedeclareerd (Bron: interview huisarts).

Afspraken over de inhoud van de zorg

Diagnostiek/behandeling:

- Een deel van de diagnostiek en nabehandeling komt bij de huisarts terecht. Gezamenlijk is een drieluik ontwikkeld. Checklist op de eerste pagina van het drieluik wordt gebruikt en ingevuld door zowel huisarts als neuroloog om onderbehandeling op preventief terrein te voorkomen (Bron: interview huisarts/projectleider DHV).
- T.a.v. huisartsgeneeskundige 'terughoudendheid': Afgesproken om geen holter en echo van hart te doen. Er moet nog overleg komen over het nut van een CT en een EEG (Bron: interview huisarts).

Plus- en knelpunten:

Positief:

- Neuroloog ziet meer minor stroke patiënten voor diagnostiek, maar neemt er minder op (Bron: interview huisarts).
- Huisartsen krijgen meer zicht op de verschillende mogelijkheden voor nazorg die er zijn voor CVA-patiënten (Bron: interview huisarts).
- Met name voor oudere patiënten is het van belang dat ze nu in de thuissituatie kunnen behandeld worden. Voor dementerende patiënten levert dit een groot voordeel op (Bron: interview projectleider DHV).

Negatief:

- Aanvankelijk bestond er een begripsverwarring omtrent CVA. Later werd onderscheid gemaakt in TIA, minor stroke, major stroke (Bron: symposiumverslag/interview huisarts).
- Teveel patiënten worden nog steeds niet verwezen naar de neuroloog (Bron: interview neuroloog).
- Bij eventuele zorginhoudelijke problemen zou (nog) eerder overlegd kunnen worden tussen huisarts en neuroloog (Bron: interview neuroloog).

Kwaliteitsbewaking

Nascholing (Neuro Development Treatment) voor huisartsen, thuiszorg (en de gehele eerste lijn) (Bron: interview huisarts).

Evaluatie

Het project is gepresenteerd op het symposium dat georganiseerd is door de DHV Groot Gelre in november 1994. Tijdens de presentatie zijn de resultaten van de experimentele hagro vergeleken met een controle-hagro. Daarnaast hebben de huisarts en neuroloog het project samen mondeling geëvalueerd (Bron: interview neuroloog). Er is geen evaluatie door een extern en onafhankelijk bureau gedaan (Bron: interview projectleider DHV).

Vervolg na afloop project

- Men is grotendeels weer terug bij af. Uitzondering: diagnostiek wordt nog steeds in dagbehandeling gedaan. Binnen de Gelderse Vallei wordt hiervoor meer reclame gemaakt bij de huisartsen (Bron: interview huisarts en interview neuroloog).
- Het probleem is eigenlijk dat er een vervolgproject zou moeten komen op verschillende plaatsen in Nederland, om het protocol op wetenschappelijke wijze te toetsen. Daarna moet e.e.a. langzaam worden ingevoerd in de behandeling van CVA-patiënten (Bron: interview huisarts).
- De neuroloog wijst er op dat naar zijn idee door het project de aandacht voor de TIA-patiënten teruggelopen is. In ieder geval geldt dat voor de aandacht van de neurologen. Dit vermoeden is een reden om het project niet blijvend te maken (Bron: interview neuroloog). In het verlengde van het project wordt momenteel nagegaan of er nog een tussenoplossing mogelijk is tussen veelvuldig polikliniek bezoek en dagopname (Bron: interview neuroloog).
- Eigenlijk is dit project een klassiek voorbeeld van hoe het niet moet; geld op, project voorbij en alles vervalt weer in het oude, terwijl iedereen aanvankelijk enthousiast was, en de resultaten positief (Bron: interview projectleider DHV).
- In de toekomst is het verstandig om bij dit soort projecten van tevoren na te gaan op welke wijze huisartsen na afsluiting van het project gemotiveerd kunnen blijven. Publicatie van de onderzoeksresultaten zou hierbij een grote stimulans kunnen zijn. Wegens ziekte is hier echter niets van gekomen (Bron: interview neuroloog).

Project 3

Het Rotterdam-Capelle Thrombose Project (ROCAT).**Inhoud**

In het project gaat het om substitutie van zorg. Het doel van dit project is te onderzoeken of de diagnostiek en thuisbehandeling van veneuze thrombose in het been met laag moleculaire heparine en vervolgens orale anti-stolling op een routinebasis (buiten het nauwgezette verband van een klinische studie) op grote schaal logistiek haalbaar, veilig en kostenbesparend is. Laag-moleculaire heparine wordt door middel van een injectie twee maal daags aan patiënten toegediend. Dit kan gebeuren door een injectie door iemand van thuiszorg te laten toedienen, of dit door de patiënt zelf te laten doen. In dat geval dient de patiënt dat eerst te leren door iemand van de thuiszorg. De thuiszorg is hier nog niet op ingesteld. Tot nu toe regelt de STAR (Stichting Thrombosedienst en huisartsenlab Rotterdam) het (leren) injecteren nog zelf. In de toekomst zou dit echter door de thuiszorg overgenomen moeten worden.

Achtergrond en doelstelling

De STAR is een organisatie die de biometrie voor huisartsen doet. Ook de diagnostiek voor thrombose wordt door de STAR in opdracht van de huisarts gedaan. Circa 10 jaar geleden werden patiënten al gediagnostiseerd door de STAR, en vervolgens met alleen orale anti-stolling (thuis) behandeld. Later werd aangetoond dat het gebruik van heparine tot betere resultaten leidt, en werden patiënten met een thrombose-been vaak in het ziekenhuis opgenomen voor behandeling met intra-veneuze heparine (en orale anti-stolling) en na een dag of tien weer ontslagen. Rotterdam had een eigen thrombosedienst, en patiënten werden al vaak thuis met orale anti-stolling behandeld door de huisarts. Door de ontwikkeling van een laag-moleculaire heparine - waardoor het mogelijk werd om heparine in een vaste dosering te geven, en controle met behulp van stollingstesten (voor het gebruik van laag moleculaire heparine) niet meer nodig is - werd het mogelijk om op grotere schaal patiënten thuis te behandelen.

Doelstelling van het project

Met behulp van laag-moleculaire heparine is het mogelijk om patiënten met een thrombose-been thuis te behandelen. Hierdoor hoeven ze niet meer in het ziekenhuis opgenomen te worden. Het ROCAT-project bestaat uit twee fasen. In de eerste fase van een half jaar worden alle patiënten in het ROCA-gebied (Rotterdam-Capelle a/d IJssel) met circa 160.000 inwoners thuis behandeld, met diagnostiek bij de STAR. In een jaar tijd (1995-96) zijn dit 99 patiënten geweest met een vermoedelijke diagnose van een diep-veneuze-thrombose. In de tweede fase wordt het gebied uitgebreid naar de regio groot Rotterdam, een gebied met één miljoen inwoners. Na fase twee moet de veiligheid van thuisbehandeling evident zijn, en alle logistieke problemen zijn opgelost. Daarnaast dient de kostenbesparing van het thuis behandelen van thrombose patiënten aan de zorgverzekeraars worden duidelijk gemaakt, zodat zij bereid zullen zijn om financiële middelen te verstrekken voor extra personeel om de hele operatie in de regio veilig en effectief te laten verlopen.

Organisatie, opzet en financiering van het project

Aanvang project:	November 1995
Einde project:	November 1997, dat wil zeggen dan moet de nieuwe manier van werken in de gehele regio geïmplementeerd zijn.
Initiatiefnemer:	De internisten (IJsselland ziekenhuis) samen met de STAR.
Deelnemers:	De internisten, de STAR, de huisartsen, en de farmaceutische industrie.
Stuurgroep:	Eens in de paar maanden is er overleg tussen de internist, de medisch leider van de STAR, de directeur van de STAR, en - in de begin fase - een internist-epidemioloog uit het AMC, die als geïnteresseerde betrokken is, en iemand van de farmaceutische industrie. Het resultaat wordt gerapporteerd aan de DHV.

Opzet:

De opzet van het project heeft plaatsgevonden in samenwerking met de STAR en de internisten van het IJsselland ziekenhuis. De huisartsen hebben daar geen directe invloed op gehad. In tweede instantie is het project tijdens een speciale avond besproken met de huisartsen uit de regio, en gevraagd of zij het project wilden fiatteren. (Bron: interview internist)

Financiering:

- De diagnostiek door de STAR wordt zoals normaal vergoed, net zo als de verpleegkundige van de thuiszorg. De taak van de huisarts valt eigenlijk gewoon binnen het abonnement. De vraag is of er een extra vergoeding moet komen voor de ziekenhuis-verplaatste zorg die nu voor rekening van de huisarts komt. Wat niet wordt vergoed is de organisatie van het hele project. (Bron: interview projectleider/medisch leider STAR)
- Op dit moment worden er contacten gelegd met de industrie, om te kijken of zij op een of andere manier ondersteuning kunnen geven. De diagnostiek en de consulten van de huisartsen worden op reguliere basis vergoed. (Bron: interview projectleider/medisch leider STAR)
- De directeur van de STAR heeft al gesprekken gehad met de zorgverzekeraar om voor elkaar te krijgen dat in de toekomst extra verpleegkundigen bij de thuiszorg worden aangesteld om het voorziene tekort tijdig op te vangen. (Bron: interview internist)

Afspraken over de organisatie van de zorg

Alle stappen van het hele project zijn in een protocol beschreven, en alle huisartsen hebben dat. (Bron: interview internist)

Regie/verantwoordelijkheden:

- De huisarts constateert of vermoedt een thrombose-been, en verwijst de patiënt naar de STAR. De STAR doet (eventueel thuis) de diagnostiek en heeft de regie met betrekking tot de behandeling van de patiënt. De huisarts blijft medisch verantwoordelijk. Tijdens en na de behandeling (door de STAR) controleert de huisarts de patiënt. Huisarts moet ook nadenken over *waarom* de patiënt een thrombose-been heeft gekregen. (Bron: interview projectleider/medisch leider STAR en interview

internist)

Proces/logistiek:

- De STAR doet de diagnostiek en logistiek. De uitslag wordt door de internist bekeken en hij geeft een behandeladvies. Indien de uitslag positief is wordt de patiënt door de STAR medisch gereguleerd. (Bron: interview projectleider/medisch leider STAR)
- Bij een thrombose wordt de patiënt thuis bezocht door een verpleegkundige van de STAR die de patiënt leert spuiten. Na één dag (en na 10 dagen) wordt patiënt weer door verpleegkundige gebeld. Problemen worden geïventariseerd en zo nodig opgelost. (Bron: interview internist)
- Tegelijkertijd wordt de patiënt door de STAR ingesteld op orale anti-stolling, waarvoor er bij de STAR een aantal bloed-testjes gedaan worden. Als de uitslag goed is wordt er met de heparine gestopt. (Bron: interview internist)
- De STAR breidt het project regio voor regio uit in de komende tijd. (Bron: interview projectleider/medisch leider STAR)

Informatie-overdracht:

- Huisartsen zijn niet betrokken geweest bij het opstellen van het protocol, maar hebben wel de gelegenheid gehad om een inbreng te hebben tijdens een speciale informatie-avond. (Bron: interview projectleider/medisch leider STAR)
- De huisarts krijgt de test-uitslagen en heeft van te voren al laten weten of hij akkoord gaat met een eventuele behandeling door de STAR. (Bron: interview projectleider/medisch leider STAR)

Plus- en knelpunten organisatorisch:

Positief:

- Huisartsen hoeven geen moeite meer te doen om patiënten opgenomen te krijgen. (Bron: interview projectleider/medisch leider STAR)
- Omdat een tekort aan verpleegkundigen (om te leren spuiten) voorzien werd in de overige regio's, is tijdig contact opgenomen met de thuiszorg, zodat zij hierop zouden kunnen inspelen. (Bron: interview projectleider/medisch leider STAR)
- Voor de ziekenhuizen betekent het dat de nu beschikbare bedden voor andere patiënten gebruikt kunnen worden. Het IJsselland ziekenhuis en specialisten zijn blij met deze ontwikkeling. (Bron: interview internist)
- Patiënten hoeven niet opgenomen te worden. Dat bespaart de zorgverzekeraar een aanzienlijk bedrag. Het zou mooi zijn als de zorgverzekeraar voor dat bedrag extra verpleegkundigen zou willen aanstellen. (Bron: interview internist)
- Voor de internisten maakt het niets uit. Alle bedden blijven bezet, hij ziet nu alleen andere patiënten. (Bron: interview internist)

Negatief:

- Er zijn op dit moment geen organisatorische knelpunten, maar het project zit nog in de uitbreidingsfase. Misschien gaat het anders lopen als in de hele regio Rotterdam op deze manier gewerkt zal worden. (Bron: interview projectleider/medisch leider STAR)
- Ondanks het project zijn er toch nog patiënten die in het ziekenhuis belanden, bijvoorbeeld doordat in het weekend de STAR dicht is, of doordat huisartsen de keuze hebben om ernstige patiënten in te sturen. (Bron: interview internist)
- Op de lange termijn zijn er meer verpleegkundigen nodig. Gezien het feit dat het project permanent is, is dit onvermijdelijk, maar op dit moment is het nog niet rond.

(Bron: interview internist)

Knelpunten financieel:

- Er is een verschuiving van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn. Er zijn op dit moment echter nog geen financiële afspraken gemaakt met de zorgverzekeraar om deze verschuiving te bekostigen. In dit kader zouden ook afspraken moeten worden gemaakt over wat het project extra voor de huisarts betekent. (Bron: interview projectleider/medisch leider STAR)
- De STAR doet nog veel diagnostiek met de "oude" techniek (IPG) en die is minder betrouwbaar dan een "echo". Dit probleem moet financieel opgelost worden. (Bron: interview internist)

Afspraken over de inhoud van de zorg

Diagnostiek/behandeling:

- De verpleegkundige van de STAR gaat naar de patiënt thuis en leert de patiënt om te spuiten. De verpleegkundige belt een dag later en na twee weken nog eens om te vragen of alles goed gaat/is gegaan. De tevredenheid van de patiënt en de eventuele klachten worden genoteerd. (Bron: interview projectleider/medisch leider STAR)
- Indien nodig adviseert de STAR omtrent een eventuele opname indien er een hele hoge thrombose (bijvoorbeeld in de lies) wordt geconstateerd. De STAR geeft een behandeladvies aan de huisarts. Als er problemen zijn met bijvoorbeeld een hoge stollingswaarde kan de huisarts contact opnemen met de STAR, of met de internist. (Bron: interview projectleider/medisch leider STAR)

Plus- en knelpunten:

Positief:

- Patiënten kunnen met behulp van de laag moleculaire heparine thuis behandeld worden. (Bron: interview projectleider/medisch leider STAR)

Negatief:

- Er zijn op dit moment geen zorginhoudelijke knelpunten. Incidenteel is er natuurlijk wel eens iets misgegaan in de opstartfase, maar daar hebben we van geleerd en die dingen komen niet meer voor. (Bron: interview projectleider/medisch leider STAR)
- Een mogelijk punt van zorg is het feit dat thrombose een ernstige ziekte is en dat de huisarts de patiënt goed moet nakijken en moet proberen te achterhalen waardoor de thrombose veroorzaakt is, bijvoorbeeld door inwendig onderzoek. De internisten hebben dit expliciet bij de huisartsen gemeld, maar er is geen goed zicht op in hoeverre de huisarts die extra aandacht daadwerkelijk aan de patiënt besteedt. De evaluatie zal dit moeten uitwijzen. Wat de huisarts daarin zou kunnen helpen is dat er een A4-tje wordt samengesteld waarop de punten vermeld staan waar extra op gelet dient te worden. (Bron: interview internist)

Kwaliteitsbewaking

- De methoden van diagnostiek die de STAR gebruikt liggen vast in bepaalde procedures en werkinstructies. In de laboratoria worden kwaliteitscontroles uitgevoerd op de testen. (Bron: interview projectleider/medisch leider STAR)
- Wat de STAR op dit moment vindt ontbreken is toetsing van wat de huisarts daadwerkelijk aan controles uitvoert bij de patiënten die door de STAR worden behandeld. Hier moet binnenkort een enquête over worden gehouden. (Bron: interview projectleider/medisch leider STAR)
- De behandeling is standaard, maar de verpleegkundigen inventariseren alle problemen die zich voordoen, die vervolgens met elkaar besproken worden. Ook wordt geëvalueerd of de huisartsen de patiënten zorgvuldig onderzoeken. (Bron: interview internist)

Evaluatie

De STAR zal samen met de internist een evaluatie uitvoeren. Eventueel worden daar de huisartsen bij betrokken. (Bron: interview projectleider/medisch leider STAR)

Vervolg na afloop project

- Project is blijvend en wordt binnenkort uitgebreid naar de hele regio Rotterdam. (Bron: interview projectleider/medisch leider STAR)

Het COPD-project Utrecht

Inhoud

Het project bestaat uit ontmoetingen tussen huisartsen en een longarts, waarbij bijscholing wordt gegeven door de longarts en bepaalde casuïstiek wordt behandeld. De bedoeling was om uit deze sessies afspraken te extraheren, die algemeen geldend zouden zijn voor de groep COPD-patiënten als geheel. Op het gebied van longfunctie-onderzoek zijn deze afspraken gemaakt. Longfunctie-onderzoek kan nu door de huisartsen zelf aangevraagd worden in het ziekenhuis, zonder dat de patiënt daarbij door de huisarts verwezen wordt naar de longarts.

Achtergrond en doelstelling

Het project maakt deel uit van een groter project, opgezet door het AZU in samenwerking met verschillende andere ziekenhuizen, een zorgverzekeraar, en verschillende thuiszorginstellingen - het WBT-project (Wachttijstreductie door Bedrijfstijdverlenging en Thuiszorgbevordering). Doordat bedden te lang en te vaak bezet zijn is er behoefte aan een doelmatiger en efficiëntere manier van werken. Het doel is daarom te komen tot verkorting van wachttijd en vervroegd ontslag. Hiervoor is het nodig dat er goede afspraken zijn tussen de eerste en tweede lijn. Geprobeerd wordt deze algemene doelstelling voor verschillende patiëntencategorieën te realiseren, bijvoorbeeld voor de COPD-patiënten. COPD-patiënten blijven vaak te lang opgenomen, omdat er te laat wordt begonnen met het regelen van het ontslag. Daarnaast wordt er geprobeerd om te voorkomen dat patiënten in een crisissituatie terecht komen, door preventief te werk te gaan en zoveel mogelijk zorg door de huisarts te laten doen. (Bron: interview projectbegeleider)

Doelstelling van het project

Het doel van het COPD-project is om te komen tot transmurale afspraken met betrekking tot de behandeling van COPD-patiënten. Hiervoor is het nodig dat huisartsen en longartsen over en weer bekend raken met elkaars manier van werken. Hagro's hebben daarvoor in der tijd een consulent (longarts) toegewezen gekregen, waarmee periodieke bijeenkomsten waren. De opzet van deze bijeenkomsten bestond uit: nascholing, het bespreken van casuïstiek en daarnaast het met elkaar richtlijnen opstellen voor regelmatig terugkomende vragen en problemen. Vervolgens worden deze richtlijnen in een protocol opgenomen. Een volgende stap is om vervolgens tot een meer geprotocolleerde samenwerking te komen, waarbij huisartsen meer COPD-patiënten zelf in de thuissituatie behandelen, in plaats van gelijk te verwijzen naar de longarts (substitutie van zorg). (Bron: interview huisarts en interview longarts)

Organisatie, opzet en financiering van het project

Aanvang project:	Sinds 1995
Einde project:	Het project loopt nog op een laag pitje door.
Initiatiefnemer:	Het AZU in samenwerking met andere ziekenhuizen, de zorgverzekeraar, en de thuiszorginstellingen.
Deelnemers:	De maatschap longartsen Utrecht, de longartsen academisch ziekenhuis, 3 hagro's, een projectbegeleider (onderzoeker) RUU.
Begeleidingsgroep:	Meerdere longartsen, meerdere huisartsen, de thuiszorg (volgens de longarts niet), de zorgverzekeraar, het huisartsenlab, en de DHV. (Ook nog iemand van WDH?) Stuurgroep (werkgroep): de longarts, een onderzoeker en een huisarts.

Financiering:

- Er is een projectvoorstel geschreven door de RUU en ingediend bij het Astma-fonds. Het Astma-fonds heeft echter geen subsidie toegekend. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat reeds een vergelijkbaar project gesubsidieerd was. (Bron: interview longarts en huisarts)
- De huisartsen en longartsen hebben allemaal op vrijwillige basis (in hun eigen tijd) meegewerkt. (Bron: interview longarts en huisarts)
- De financiering die voor het project was aangevraagd bij het Astma-fonds was waarschijnlijk vooral bedoeld voor de projectmedewerker van de RUU. (Bron: interview longarts)

Afspraken over de organisatie van de zorg

Regie/verantwoordelijkheden:

- Iedere persoon is verantwoordelijk voor wat hij/zij doet. Als het gaat om samenwerken of het maken van transmurale afspraken, dan moet niet als eerste de discussie gevoerd worden over wie nu waar verantwoordelijk voor is. Als je dat doet ben je bezig met het afbakenen van een gebied, en dat is juist niet de bedoeling van transmuraal werken! Bij transmurale afspraken moet je gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen, waarbij ieder verantwoordelijk is voor zijn of haar aandeel. (Bron: interview huisarts)
- Volgens de huisarts is het niet mogelijk om afspraken te maken over de regie met betrekking tot de te leveren zorg. Dit kan ook niet buiten de patiënt om. De patiënt heeft voorkeuren en kan bepalen tot welke hulpverlener hij/zij zich richt. (Bron: interview huisarts)

Proces/logistiek:

- Het belangrijkste aspect van het project is dat er een longarts en een (huisartsen) waarneemgroep bij elkaar zijn geweest. De longarts heeft bijscholing verzorgd en daarnaast casuïstiek met de huisartsen besproken. Vooral voor long- en huisartsen die al wat langer geleden begonnen zijn, is het goed om van de wederzijdse kennis en de invalshoeken van nu op de hoogte gesteld te worden. Dit is overigens niet specifiek voor de combinatie van long- en huisartsen. (Bron: interview projectbegeleider)

- De longarts is een keer of 5 in de huisartspraktijk komen praten over COPD en over longfunctie-onderzoek en de interpretatie van dat soort testen. (Bron: interview longarts)
- Er zijn procedurele afspraken gemaakt, over hoe in bepaalde omstandigheden te handelen. (Bron: interview huisarts)
- Er zijn afspraken gemaakt over aanvullende diagnostiek, en dan met name over de beoordeling van de spirometrie door de longarts, zodat de huisarts daar mee uit de voeten kan. (Bron: interview huisarts)
- De mogelijkheden tot consultatie van de longarts zijn nog eens besproken (deze mogelijkheid bestond op zich al). (Bron: interview huisarts)
- De begeleidingsgroep vergadert 2 keer per jaar, en de werkgroep vergadert 4 keer per jaar. (Bron: interview huisarts)
- Aansluitend op de NHG-standaard worden afspraken gemaakt over wie wanneer wat doet. (Bron: interview huisarts)
- Alle bijeenkomsten zijn genoteerd. Aan de hand van de notulen wordt een protocol gemaakt, waarover een artikel geschreven wordt. (Bron: interview huisarts)
- De longarts heeft van de oorspronkelijke betrokkenen van het project al enige tijd niets meer vernomen, maar is ondertussen benaderd door de WDH, die de resultaten van het project willen gebruiken in een "nieuw" project, met een iets andere opzet. Dit voorstel wordt door de longartsen besproken. Zo blijft een en ander in beweging. (Bron: interview longarts)
- Bij chronische aandoeningen is het zo dat de ernst van de kwaal lang niet altijd in overeenstemming is met de klachten van patiënt. Dit hangt van veel zaken af. Het is dus goed om te zoeken naar niet-medische criteria, zoals bijvoorbeeld een instrument dat de kwaliteit van leven van de patiënt meet. (Bron: interview longarts)

Informatie-overdracht:

- De laatste 3 jaar zijn er zowel door de longartsen als door de huisartsen initiatieven ondernomen om nascholing voor huisartsen op te zetten, waar vrij veel belangstelling voor was. (Bron: interview huisarts)
- Na het eerste polikliniek bezoek geven longartsen een handgeschreven rapportage mee voor de huisarts. Dit gebeurde ook al voorafgaand aan dit project. De patiënt brengt de brief naar de huisarts. Vervolgens vindt er nog een officiële terugrapportage plaats aan de hand van de verwijzing na afloop van het onderzoek. Dat is soms na twee weken, maar soms pas na enkele maanden. (Bron: interview huisarts)
- De huisarts en de projectbegeleider van de RUU zouden op basis van de bevindingen een rapport schrijven over geïnventariseerde problemen en hun ideeën over hoe nu verder. Dat zou 2 maanden geleden al klaar zijn. De longarts heeft sinds het laatste gezamenlijke overleg niets meer vernomen. (Bron: interview longarts)
- Het protocol voor het longfunctie-onderzoek wordt binnenkort geschreven, en zal naar alle huis- en longartsen in Utrecht worden gestuurd. (Bron: interview projectbegeleider)

Plus- en knelpunten organisatorisch:

Positief:

- Alle longartsen van de Utrechtse ziekenhuizen (met uitzondering van het AZU) zijn in één maatschap ondergebracht. Dit is een gunstige voorwaarde om met longartsen samen te werken, omdat ze allemaal op één lijn zitten. (Bron: interview huisarts)
- Een huisarts is met een NWO-subsidie verbonden geweest aan de polikliniek longziekte om zich te verdiepen in longaandoeningen en zijn klinische vaardigheden te vergroten. Hierdoor heeft de huisarts uit eigen ervaring ondervonden dat de

samenwerking met de longartsen aanzienlijk verbeterd kon worden. (Bron: interview huisarts)

- Als je zelf als huisarts in de tweede lijn werkt, krijg je meer begrip voor het feit dat specialisten in het algemeen er niet altijd alle vertrouwen in hebben dat huisartsen bepaalde taken aan kunnen. (Bron: interview huisarts)
- Door het verschijnen van de NHG-standaard (CARA) zijn CARA-, Astma- en COPD-patiënten meer in de belangstelling komen te staan. Huisartsen voelden zich daardoor ook wat sterker in hun schoenen staan waar het ging om onderling afspraken maken. Aan de andere kant is ook de wederzijdse bereidheid toegenomen om samen afspraken te maken. (Bron: interview huisarts)
- De bijscholing van huisartsen door specialisten zou van jaar tot jaar voor een andere patiëntengroep kunnen geschieden. Hierdoor zouden huisartsen steeds bijgeschoold worden op een bepaald terrein, en zou het contact huisarts-specialist verder aangehaald kunnen worden. (Bron: interview projectbegeleider)

Negatief:

- Oorspronkelijk was de samenwerking tussen de longartsen en huisartsen in de regio Utrecht slecht. Door een aantal personele veranderingen is de mogelijkheid aangegrepen om de relatie en samenwerking met de longartsen te verbeteren. (Bron: interview huisarts)
- Het project loopt traag. Er is weinig tijd en ondersteuning beschikbaar. Hierdoor loopt het eigenlijk niet zoals men zou willen. (Bron: interview huisarts)
- In 4 hagro's zou samen met een longarts een werkoverleg georganiseerd worden. Uiteindelijk bleek dat dat daadwerkelijk in slechts 2 hagro's was gebeurd. Het project loopt dus duidelijk niet zoals de bedoeling was. De longarts heeft zich daarover verbaast, maar kent de oorzaak daar niet van. Misschien heeft het te maken met het feit dat het Astma-fonds geen subsidie heeft toegekend, ook al is daarna besloten om toch door te gaan. Een andere mogelijkheid is dat er besloten is om het overleg in tot 2 hagro's te beperken, omdat dat wat minder "rommel" geeft en dat het van daaruit wat makkelijker is om een gestructureerd vervolg op te zetten. (Bron: interview longarts)
(Uit het interview met de projectbegeleider blijkt dat 2 hagro's eigenlijk niet zo gemotiveerd waren om mee te doen, omdat zij eigenlijk al een goed contact met de longarts hadden. Bron: interview projectbegeleider)
- Eén van de redenen dat het nu nog niet helemaal loopt zoals het zou moeten is dat het huisartsenlab zelf het longfunctie-onderzoek wilde doen, maar er vervolgens een longarts gezocht moest worden die de uitslagen van commentaar zou willen voorzien. (Bron: interview projectbegeleider)
- Een meespelende ontwikkeling is dat huisartsen steeds meer patiënten steeds vroeger terugverwezen krijgen. Het zou wel eens kunnen dat de huisartsen te licht denken over wat de consequenties daarvan zijn qua werklast. (Bron: interview projectbegeleider)

Knelpunten financieel:

- Het project kost de long- en huisartsen veel tijd, waar geen vergoeding tegenover staat. De projectmedewerker wordt door de vakgroep betaald. Het project wordt dus gewoon in de eigen tijd uitgevoerd. (Bron: interview huisarts)
- Het is jammer dat de zorgverzekeraar geen financiën ter beschikking heeft gesteld. Dat zou het project meer kansen hebben gegeven. Ze willen wel overal bij betrokken worden, maar niet betalen. (Bron: interview huisarts)
- Er is door de vakgroep 3 keer geld aangevraagd voor het project, maar dat is steeds

afgewezen. Het project loopt op een laag pitje nog door, met de gedachte dat als ze op een gegeven moment wat verder zijn er hopelijk meer interesse voor het project komt. (Bron: interview projectbegeleider)

Afspraken over de inhoud van de zorg

Diagnostiek/behandeling:

- Een nieuwe ontwikkeling is dat de huisarts tegenwoordig de diagnostische mogelijkheden van het ziekenhuis kan gebruiken, zoals spirometrie (longfunctie-meting). Dit heeft de mogelijkheden en de noodzaak om met longartsen samen te werken vergroot. (Bron: interview huisarts)
- Het project heeft nooit de fase bereikt waarin patiënten op een andere (transmurale) manier zijn behandeld. (Bron: interview longarts)
- Huisarts kan nu longfunctie aanvragen in het ziekenhuis. De longarts bekijkt de uitslag en geeft een behandeladvies mee als de uitslag van de test naar de huisarts gestuurd wordt. (Bron: interview projectbegeleider)

T.a.v. huisartsgeneeskundige 'terughoudendheid':

Volgens de specialisten zijn huisartsen geneigd tot onderbehandelen. De huisarts is van mening dat dit in zijn algemeenheid niet geldt en dat is alleen maar in de ogen van de specialist zo. Huisartsen vinden van specialisten het omgekeerde en daar tussen in zal wel ergens het optimum zitten. (Bron: interview huisarts)

Plus- en knelpunten:

- Huisarts kan zich goed voorstellen dat specialisten zich ongerust maken over het feit dat de zorg voor "hun" patiënten ineens wordt overgenomen door huisartsen en dat zij willen dat dat ook goed gebeurt. Dit is een belangrijk proces. Longartsen moeten de tijd krijgen om aan dat proces te wennen. (Bron: interview huisarts)
- De constatering dat longartsen de patiënten soms vasthouden en niet terug verwijzen is juist. Maar het is ook vaak terecht dat zij patiënten niet terugsturen, omdat huisartsen een aantal specialistische dingen gewoon minder goed weten. (Bron: interview huisarts)

Positief:

- Als gevolg van het project worden COPD-patiënten in de eerste plaats eerder herkend. In de tweede plaats worden zij in de beginfase beter behandeld door de huisarts. In de derde plaats wordt meer samengewerkt met de specialist, zonder dat daarbij verwezen wordt (consultatie), er wordt later en meer doelgericht verwezen, en tot slot wordt er sneller terug verwezen. Dit klinkt allemaal al mooi, maar het gebeurt nog niet zoveel als men zou willen. (Bron: interview huisarts)
- Het ziekenhuis hoopt dat men patiënten eerder terug kan verwijzen, zodat andere patiënten opgenomen kunnen worden. (Bron: interview projectbegeleider)

Negatief:

- Huisartsen hebben een hele brede patiëntengroep, waardoor ze bepaalde ernstige aandoeningen maar één keer in de zoveel tijd te zien krijgen. Voor bepaalde specialistische beoordeling van bijvoorbeeld diagnostiek is dat gewoon te weinig om daar een bepaalde routine in te krijgen. (Bron: interview projectbegeleider)
- Longartsen waren huiverig om een behandeladvies mee te geven bij het terugsturen van aangevraagde diagnostiek, omdat huisartsen zelf aan geven "niet de les gelezen" te willen krijgen. (Bron: interview projectbegeleider)

Kwaliteitsbewaking

- Daar wordt niet geprotocolleerd aan gedaan. Iedereen doet zijn best. Er wordt niet op een objectieve manier aan de hand van meetpunten geregistreerd. (Bron: interview huisarts)

Evaluatie

- Bij transmurale zorg gaat het er over het algemeen over om patiënten die eerst in het ziekenhuis behandeld werden nu in de thuissituatie te verzorgen, waarbij het criterium gehanteerd wordt dat medisch-zorginhoudelijk gezien minimaal hetzelfde niveau als in het ziekenhuis gehaald moet worden. Het is echter zo dat bij transmurale projecten er op veel andere terreinen winst te behalen valt, waar in bovenstaande stelling volledig aan voorbij gegaan wordt. (Bron: interview projectbegeleider)

Vervolg na afloop project

- De afspraken die er gemaakt zijn hebben flinke consequenties voor de huisarts. Door de afspraken hebben ze veel meer tijd voor een patiënt nodig. Het in de praktijk brengen (implementeren) van de protocollaire (transmurale) afspraken is een fase die waarschijnlijk veel te weinig aandacht heeft gehad. (Bron: interview huisarts)
- Het instellen van een COPD-verpleegkundige, net zo als een CARA-, of Diabetes-verpleegkundige in de eerste lijn, zou mogelijkheden scheppen om de zorg voor deze patiëntengroepen te vervolmaken. Maar op dit moment zijn daar bij de huisartsen en de thuiszorginstellingen geen financiële middelen voor. (Bron: interview huisarts)
- Het vervolg is niet helemaal duidelijk. De projectmedewerker van de vakgroep moet het "protocol" schrijven aan de hand van de verslagen van de bijeenkomsten die er zijn geweest. Wat er daarna gebeurt is niet helemaal duidelijk. (Bron: interview huisarts)
- Het project heeft een lang ontwikkelingstraject gehad, en nu wordt eigenlijk pas duidelijk wat er aan samenwerking tussen longartsen en huisartsen mogelijk is. Dat

- is de verdienste van het project tot nu toe. Het project heeft een hogere ambitie dan er tot nog toe uit gehaald is. (Bron: interview projectbegeleider)
- Waarschijnlijk zal in de nabije toekomst toch een situatie ontstaan waarin de specialist als een consulent van de huisarts gaat optreden. (Bron: interview projectbegeleider)

Project 5

Het werkafsprakenproject huisartsen - specialisten Holland Noord**Achtergrond en doelstelling**

Vanaf 1988 wordt systematisch gewerkt aan de verbetering van de samenwerking tussen huisartsen en specialisten van vijf ziekenhuizen in Holland Noord. De grote bereidheid tot samenwerking en het gevoel dat de tijd rijp was om uit te stijgen boven de doelstellingen als "communicatieverbetering" en "inventarisatie van problemen" vormden de aanleiding voor de DHV Holland Noord voor het uitwerken van een werkafsprakenproject (WAP). (Bron: Rapportage WAP)

Doelstelling van het project

De algemene doelstelling wordt geformuleerd als "Het verbeteren van de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg en tegelijkertijd het verhogen van de arbeidsvreugde door het hanteren van strikte werkafspraken (WA) op het raakvlak van huisartsgeneeskunde en specialistische geneeskunde". Door de onderlinge communicatie te optimaliseren en door het maken van werkafspraken wordt doelmatiger en efficiënter werken bevorderd waardoor de kwaliteit van zorg zal verbeteren. Tegelijkertijd zullen huisartsen en specialisten merken dat goede samenwerking het plezier in het werk vergroot. De doelstelling van het WAP is dus met name gebaseerd op het verbeteren van de onderlinge communicatie. Daarnaast worden er werkafspraken gemaakt over taakafstemming en taakafbakening (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV).

De communicatie over, en het daadwerkelijk vastleggen van, onderlinge werkafspraken wordt gezien als middel om de gestelde doelen te verwezenlijken. (Bron: Rapportage WAP). Dit betekent dat het op schrift stellen van de werkafspraken wel tot de doelstelling van het project behoort, maar dat de implementatie van de werkafspraken vooralsnog niet binnen het project vallen. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV).

In de regio Holland Noord zijn de volgende ziekenhuizen (werkgebieden) bij het project betrokken: het Gemini ziekenhuis te Den Helder, het Medisch Centrum Alkmaar (MCA), het Westfries Gasthuis, ziekenhuis De Heel te Zaandam, Waterlandziekenhuis te Purmerend.

Organisatie, opzet en financiering van het project

Aanvang project:	Februari 1995
Einde project:	September 1998; de werkafspraken moeten daarna nog geïmplementeerd worden.
Initiatiefnemer:	De huisartsen cq. de DHV Holland Noord.
Deelnemers:	Alle ziekenhuizen, specialisten, huisartsen en verzekeraars in de regio Holland Noord.
Werkgebieden:	Er zijn vijf werkgebieden, overeenkomstig met de adherentiegebieden van de vijf ziekenhuizen.
Wergroepen:	Ieder werkgebied heeft een eigen werkgroep, waarin regionale huisartsen, specialisten en een medewerker van de ziekenhuis-organisatie zijn vertegenwoordigd.
Stuurgroep:	Is samengesteld uit een afvaardiging van een huisarts en een specialist uit de vijf werkgroepen en de ziektekostenverzeke-

raars Univé en PWZ (de subsidiegevers).

Werkafsprakengroep: De omvang en invulling verschilt per ziekenhuis. In het algemeen is er sprake van één of twee specialisten per maatschap en twee huisartsen. De beleidsmedewerker van de DHV is betrokken bij de werkaafsprakengroep als voorzitter/notulist (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV).

De werkaafsprakengroep cardiologie van het MCA bestond uit twee huisartsen en één cardioloog (Bron: interview huisarts).

Opzet:

In ieder werkgebied wordt per discipline een werkaafsprakengroep gevormd. De samenstelling en de manier van werken van de werkaafsprakengroep is per regio verschillend. In de werkgebieden van het Gemini ziekenhuis, het MCA en het ziekenhuis De Heel is voor het adoptiemodel gekozen, waarbij huisartsen uit één hagro één specialisme uitkiest, waarvoor men werkaafspraken wil maken. In het werkgebied van het Westfries Gasthuis zijn de werkaafspraken gekoppeld aan het reeds bestaande overleg van de sinds 1994 gevoerde "disciplinegesprekken". Hierbij worden de afspraken gemaakt per discipline waarin een aantal specialisten en twee of meer huisartsen uit verschillende Hagro's zijn vertegenwoordigd. In het gebied van het Waterlandziekenhuis bestaat een groep van huisartsen (de groep "Specker") die samen alle werkaafspraken maken met de specialisten. In deze werkaafsprakengroep zijn alle regionale Hagro's vertegenwoordigd en wordt er gesproken met alle specialisten van de desbetreffende maatschap (Bron: Rapportage WAP)

De werkaafspraken worden gemaakt door de werkaafsprakengroepen. Zowel specialisten als huisartsen wordt eerst gevraagd om een inventarisatie te maken van de afspraken die er al zijn, en om een lijst te maken van de knelpunten. Aan de hand van deze gegevens kan vervolgens gediscussieerd worden. Daarnaast is er door de DHV een "checklist" opgesteld, met daarop onderwerpen die van belang zijn, namelijk 1) verwijfsbrief, 2) terugrapportage, 3) tussentijdse berichtgeving, 4) tussentijds overleg, 5) uitslagen, 6) regelen thuiszorg, 7) wachtlijsten. Door middel van onderling overleg moeten de werkaafsprakengroepen zelf zorgen dat er werkaafspraken op schrift gesteld worden. De projectleider (beleidsmedewerker van de DHV) is in principe alleen bij de eerste bijeenkomst van de werkaafsprakengroepen aanwezig. (Bron: Rapportage WAP)

De werkaafspraken hebben in twee gedeelten plaats gevonden: de eerste fase heeft betrekking op zaken als bereikbaarheid en communicatie. De tweede fase heeft betrekking op de medisch-inhoudelijke afspraken per patiëntengroep. In deel twee komen ook de NHG-standaarden ter sprake. (Bron: Rapportage WAP)

Financiering:

- De ziektekostenverzekeraar heeft voor 3 jaar subsidie gegeven voor het aanstellen van een coördinator en voor het nodige materiaal. Daarnaast hebben alle ziekenhuizen die aan het WAP meedoen een bijdrage van f10.- per bed gegeven. Dit geld wordt enkel gebruikt voor de organisatie. Het maken van de afspraken tussen huisartsen en specialisten gebeurt in eigen (vrije) tijd, dus in principe voor eigen rekening. Binnen een aantal RHV's is echter afgesproken dat huisartsen die deelnemen in de werkaafsprakengroepen vacatiegeld zullen ontvangen. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV)

Afspraken over de organisatie van de zorg

Proces/logistiek:

- Het doel van het project is om de WA op papier te krijgen. Hier is twee jaar voor uitgetrokken. Er is bewust voor gekozen om niet met alle specialismen tegelijk van start te gaan. Dit betekent dat voor een aantal specialismen de werkafspraken al zijn afgerond terwijl anderen nog moeten starten. Hierdoor kan men van elkaars ervaringen leren. Het startmoment van het implementatietraject is voor iedere werkafsprakengroepen dan ook verschillend (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV).
- Het centrale stappenplan, zoals ontwikkeld door de stuurgroep (DHV) loopt goed. De organisatiestructuur en de terugkoppeling naar de huisartsen is in grote lijnen voor alle gebieden gelijk. Daarnaast is er per regio (per ziekenhuis-gebied) een werkgroep die de vrijheid heeft om het plan naar eigen inzicht te vertalen naar de regionale situatie. Hierdoor kunnen de vijf ziekenhuisgebieden binnen bepaalde grenzen een eigen invulling geven aan het project. (Bron: Rapportage WAP)
- De huisartsen en specialisten in de werkafsprakengroep overleggen op basis van gelijkheid en zijn samen verantwoordelijk voor het tot stand komen van de werkafspraken (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV)
- De werkafsprakengroep cardiologie van het MCA is zes keer bij elkaar geweest, wat een tijdsinvestering van 6 dagdelen is geweest. (Bron: interview huisarts)
- Het vergaderen van de werkafsprakengroepen kost gemiddeld 1 tot 1½ uur per keer. De werkafsprakengroep cardiologen gaven er de voorkeur aan om in de avonden te overleggen waarbij er 1½ uur effectief werd vergaderd, en vervolgens de rest van de avond een informeel werd ingevuld. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV).
- De WA-groep cardiologie heeft weinig problemen ontmoet. De samenwerking met de cardiologen liep altijd al goed, dus wat dat betreft waren er op zich weinig redenen om nu ineens afspraken te gaan maken. Voor de werkafsprakengroep cardiologie bestond het meedoen aan het project vooral uit het opschrijven van de bestaande afspraken, met kleine aanvullingen en bijstellingen (Bron: interview huisarts).
- Er zijn duidelijke afspraken gemaakt over het versneld terugverwijzen van patiënten, en ook in andere werkafsprakengroepen is er een tendens om medisch inhoudelijke afspraken te maken over transmurale zorgtaken. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV).
- De concept WA wat er nu ligt is nog niet klaar en moet nog in detail aangepast worden door de cardiologenmaatschap. Huisartsen en cardiologen zijn het wel eens over het concept, maar de formulering is nog niet goed. Hierna zal de uiteindelijke tekst door zowel huisartsen als cardiologen geaccordeerd moeten worden. (Bron: interview cardioloog)
- De terugkoppeling is een fase die nog plaats moet vinden. Op papier staat al vast hoe dat moet gebeuren, maar in de praktijk weten we nog niet hoe dat uit zal pakken. Zonodig zal het beschreven terugkoppelingsproces worden bijgesteld. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV)

Informatie-overdracht:

- Per ziekenhuisgebied is een presentatie gegeven en is aan directie en medische staf gevraagd om mee te werken aan het WAP. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV)
- Na goedkeuring van de werkafspraken door de leden van de werkafsprakengroep wordt de achterban van huisartsen en specialisten de gelegenheid gegeven op de concept-werkafspraken te reageren, waarna zonodig bijstelling kan plaatsvinden. De definitieve werkafspraken worden ter bekrachtiging toegestuurd aan de betreffende

RHV-besturen. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV)

- Alle WA komen uiteindelijk in een werkmap die aan de huisartsen en de betrokken specialisten worden uitgedeeld. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV)
- Bij het optreden van problemen en knelpunten tijdens het implementeren van de werkafspraken zal dit via de RHV's in het ziekenhuis-huisartsen overleg worden ingebracht en teruggekoppeld naar de werkgroep. Daarnaast zijn de RHV's ook weer vertegenwoordigd in de DHV, waardoor er ook langs deze weg terugkoppeling mogelijk is. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV)

Plus- en knelpunten organisatorisch:

Positief:

- In grote lijnen loopt de organisatie van het project als gepland. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV)
- Het merendeel van de huisartsen en specialisten is erg positief over het WAP. Onderling leert men veel van elkaar. Er is veel dat men niet weet van elkaar. Daarom is men ook benieuwd wat er in de andere groepen is afgesproken. Zonder het WAP had men veel informatie over en weer moeten ontberen. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV)
- Het WAP is een ontwikkelde structuur die bestaat naast het reguliere ziekenhuis-huisartsen overleg. Hierdoor is het mogelijk om de resultaten van het WAP terug te koppelen naar het bestaande onderlinge overleg. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV)
- Het werken met de checklist blijkt in praktijk beter te werken dan uit te gaan van de gesignaleerde knelpunten. Knelpunten kunnen een negatieve uitstraling hebben op de sfeer van het overleg. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV).
- Het werken met de checklist is goed bevallen. Daardoor ontstonden er geen oeverloze en ongestructureerde discussies. (Bron: interview huisarts) De cardioloog meldt dat ook aan de hand van de NHG-standaard gewerkt. (Bron: interview cardioloog)
- De tot stand gekomen werkafspraken kunnen teruggekoppeld worden naar 1) andere werkafsprakengroepen binnen het zelfde werkgebied, 2) vergelijkbare werkafsprakengroep (dezelfde discipline) in de andere werkgebieden. De verschillende werkgebieden hebben vervolgens alle vrijheid om de afspraken naar eigen inzichten in te vullen. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV).
- Pluspunt van de aanwezigheid van beleidsmedewerker bij de eerste drie vergaderingen (fase 1) is dat de afspraken die boven het specialisme uitstijgen direct kunnen worden teruggekoppeld naar de andere werkafsprakengroepen, zodat niet iedere groep het wiel hoeft uit te vinden. Tevens worden ervaren knelpunten die de organisatie aangaan door beleidsmedewerker via de werkgroep teruggekoppeld naar de ziekenhuisorganisatie. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV)

Negatief:

- Werkafsprakengroep groepen hebben er moeite mee te zorgen voor goede verslaglegging; inhoudelijk discussiëren, de vergadering voorzitten en notuleren is moeilijk met elkaar te verenigen. Tevens hebben huisartsen en specialisten de neiging om over te gaan tot het bespreken van casuïstiek in plaats van het maken van afspraken over de hoofdlijnen. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV)
- De maatschap cardiologie had aanvankelijk (en nog steeds) geen idee wat precies de bedoeling was van het project, maar was wel bereid om aan dit soort zaken mee te werken. De informatievoorziening naar de specialisten en huisartsen (bleek uit

- onderling overleg) is minimaal geweest. Dit zou moet snel moeten verbeteren. (Bron: interview cardioloog)
- De snelheid van het maken van werkafspraken wordt beïnvloed door het aantal Hagro's in de regio. In het Gemini-gebied zijn, bijvoorbeeld, maar 8 hagro's, die elk maar aan één werkafsprakengroep tegelijkertijd kunnen deelnemen. Daar is op zich niets op tegen, maar het gaat daardoor op dit moment langzamer dan gepland. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV)
 - De WA met betrekking tot één specialisme vormen een omvangrijk pakket (± 15 pagina's). Als de huisartsen straks alle WA bij elkaar in een map hebben is dat een enorm boekwerk. Het lijkt ondoenlijk voor een huisarts om al die WA te kennen, laat staan in de praktijk te brengen. (Bron: interview huisarts) De cardioloog merkt hierover op dat het merendeel van de afspraken betrekking hebben op de NHG-standaard, en dat deze opmerking van de huisarts dus maar ten dele opgaat. (Bron: interview cardioloog)
 - Met betrekking tot het verbeteren van de onderlinge communicatie: De huisarts belt toch altijd die specialist die hij kent. Daar komt door het WAP waarschijnlijk geen verandering in. (Bron: interview huisarts)
 - Ook al was het nuttig en leuk om te doen, het maken van de WA veel tijd heeft gekost. (Bron: interview huisarts)
 - De huisarts en de cardioloog weten niet hoe het vervolgtraject van het WAP er uit ziet, en vragen zich af of het straks zal lukken om daadwerkelijk op de afgesproken manier te gaan werken. Onafhankelijk van elkaar zetten de cardioloog en de huisarts daar grote vraagtekens bij. "Daar zal nog wel één en ander voor nodig zijn". (Bron: interview huisarts en cardioloog)

Knelpunten financieel:

- Er is nog niet nagedacht over hoe de financiering voor de patiëntenzorg straks geregeld moet worden, als de afspraken geïmplementeerd zijn. Door de afspraken zullen zeker verschuivingen in patiëntenstromen ontstaan, waarbij met name de huisarts het steeds drukker zal krijgen. De verschuivingen zullen gepaard moeten gaan met verschuivingen in de financiering van deze zorg. Als dit niet geregeld wordt zal dit in de nabije toekomst tot problemen kunnen leiden. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV)

Afspraken over de inhoud van de zorg

Diagnostiek/behandeling:

- Een van de meest belangrijke dingen binnen alle WA is dat er tussen huisartsen en specialisten, meer onderling gecommuniceerd moet worden over behandeling, zorg, uitslagen, enz. Zowel consulterend als adviserend. Vervroegd terugverwijzen naar de huisarts is positief maar bij twijfel moet het mogelijk zijn om de patiënt weer snel terug te sturen naar de specialist (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV).

Bij de WA cardiologie:

- Loopt goed. Spoedpatiënten kunnen altijd gelijk komen. Semi-spoedpatiënten binnen een paar dagen, maar indien gewenst kan eerder ook. (Bron: interview huisarts)
- Bij een hartaanval thuis wordt de huisarts geacht een aspirine voor te schrijven. Dat is al lang bekend, maar in de praktijk bleek dat vaak niet te gebeuren. Daarom is hier nog eens de aandacht op gevestigd. (Bron: interview huisarts)
- Patiënten worden zo snel mogelijk ontslagen uit het ziekenhuis, en terug naar de

huisarts verwezen, met een behandeladvies van de cardioloog. (Bron: interview huisarts)

- Semi-acute patiënten krijgen nu eerder (na telefonisch overleg met de cardioloog) medicijnen voorgeschreven door de huisarts, zodat de kans op een hartaanval (in de periode tussen verwijsmoment en het eerste polikliniekbezoek) verminderd wordt. (Bron: interview huisarts)
- Er is afgesproken dat er meer en eerder feedback gegeven moet worden (van beide kanten) met betrekking tot de behandeling en diagnostiek etc. (Bron: interview huisarts)

Plus- en knelpunten:

Positief:

- De briefwisseling tussen cardioloog en huisarts verloopt ook goed. In spoedgevallen volgt altijd in een paar dagen bericht; bij opname duurt het iets langer voor er bericht komt. Maar dat is over het algemeen vele malen sneller dan bij de meeste specialisten, waar soms helemaal geen bericht van opname wordt gegeven. (Bron: interview huisarts)
- De samenwerking met de cardiologen verloopt goed. Een acute patiënt kan altijd naar het MCA gestuurd worden. Als daar geen plaats is regelen ze dat de patiënt elders geplaatst wordt of creëren ze een overbed. Zo nodig kan ook een niet-acute patiënt snel doorverwezen worden naar de cardioloog. (Bron: interview huisarts)
- WA zijn een goed initiatief, zij het dat er kritiek mogelijk is op de uitwerking ervan. (Bron: interview cardioloog)
- Het bespreken van de NHG-standaarden heeft ook als positief effect dat er wederzijds begrip tot stand komt over de wijze waarop de "ander" medisch handelt. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV).
- Leden van de stuurgroep van het WAP maakt deel uit van een Task force waarbij huisartsen, specialisten, vertegenwoordigers van verschillende ziekenhuisorganisaties en de ziektekostenverzekeraars Univé en PWZ werkafspraken maken met betrekking tot de verwijkskaartensystematiek. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV).

Negatief:

- De meeste afspraken (bijvoorbeeld zo snel mogelijk weer terugverwijzen naar de huisarts) hebben tot gevolg dat de werkdruk van de huisartsen steeds meer toeneemt, zonder dat daar financieel iets tegenover staat. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV)
- Op dit moment wordt nagedacht hoe de werkafspraken geëvalueerd zouden kunnen worden. Dit is een moeilijk punt, omdat er dan toch bepaalde zaken geregistreerd zouden moeten worden. Huisartsen en specialisten hebben daar geen tijd voor. Bovendien is het nog de vraag welke criteria hiervoor in aanmerking komen. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV)
- De NHG-standaarden zijn in het project als een uitgangspunt gebruikt. De specialisten zijn nooit betrokken geweest bij het opstellen daarvan, en nu wordt binnen het WAP gevraagd om aanvullingen op de NHG-standaard te formuleren. Dit is een verkeerde gang van zaken. (Bron: interview cardioloog)
- Onder de huisartsen lopen de meningen uiteen of het zinvol is de NHG-standaarden in de werkafsprakengroepen te bespreken. De centrale vraag is hierbij of de NHG-standaarden gezien moeten worden als een soort bijbel, waaraan niet getornd mag worden of als handboek ter ondersteuning van de huisarts in de praktijkvoering?

Hoewel het niet de bedoeling de NHG-standaarden te herschrijven blijkt dat er duidelijk behoefte is om, met name de "oude" standaarden, enigszins aan te passen aan de regionale situatie. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV)

- De cardioloog is van mening dat de huisartsen bij doorverwijzen veel te vaag zijn in hun vraagstelling, als er al sprake van een vraagstelling is. Vaak gaat het zo: "hier is een patiënt, kijk er eens naar" (zonder achtergrondinformatie, informatie over huidige behandeling, medicijngebruik, enz.). Dit kan niet en daar zijn nu afspraken over gemaakt. (Bron: interview cardioloog)
- Een ander punt is dat de cardioloog enigszins sceptisch is bij het maken van afspraken in het algemeen. In Engeland is het aspirientje bij een hartaanval standaard (landelijk) afgesproken. Uit onderzoek bleek dat slechts in 12% van de gevallen het aspirientje daadwerkelijk werd voorgeschreven. Het is dus maar de vraag in hoeverre de nu gemaakte afspraken binnen het WAP een meetbaar effect zullen hebben. (Bron: interview cardioloog)

Kwaliteitsbewaking

- Bij het opstellen van de WA heeft er op verschillende momenten terugkoppeling plaats gevonden, naar hagro, specialistenmaatschap, RHV en DHV. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV)
- De WA kunnen periodiek bijgesteld worden. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV)

Evaluatie

- De huidige fase van het project betreft het op schrift zetten van de werkafspraken. Het vervolg van het project bestaat uit enerzijds de implementatie van de werkafspraken zoals die nu gemaakt worden, en anderzijds uit een evaluatie van het project (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV)
- Bijstelling van de afspraken na evaluatie (na bijvoorbeeld 1-1½ jaar na invoering van de afspraken) is altijd mogelijk en zelfs wenselijk (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV).

Vervolg na afloop project

- Het staat op dit moment nog niet vast hoe het vervolg precies ingevuld gaat worden. Samenwerking is immers een continue proces dat nooit af is. Voor het implementeren van de werkafspraken is het van belang dat het project levendig wordt gehouden, onder andere door de werkafspraken actief onder de aandacht van huisartsen en specialisten te brengen. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV).
- De betrokken huisartsen en specialisten in de werkafsprakengroepen zijn van mening dat de werkafspraken per discipline periodiek moeten worden bijgesteld. Gedacht wordt aan het organiseren van terugkomdagen voor de afzonderlijke werkafsprakengroepen, waarbij nieuwe medische ontwikkelingen en nieuw gesignaleerde knelpunten met elkaar besproken worden tegen het licht van de werkafspraken die, indien gewenst, kunnen worden bijgesteld. (Bron: interview beleidsmedewerkster DHV).
- Zowel de cardioloog als de huisarts hebben twijfels over wat er van het WAP in de praktijk terecht zal komen. Op zich is het maken van de werkafspraken een heel goed initiatief, maar over het vervolg zijn veel vraagtekens. (Bron: interview huisarts en cardioloog)

Naar aanleiding van de project-beschrijving heeft de beleidsmedewerkster van de DHV Holland Noord de volgende opmerkingen gemaakt:

- 1) Een aantal van de beschreven opmerkingen komen niet (helemaal) met de werkelijkheid overeen, omdat ze buiten de context zijn geplaatst. In een aantal gevallen zou een aanvulling wenselijk zijn.
- 2) De onduidelijkheid over het "vervolgtraject" komt op een aantal verschillende plaatsen ter sprake, terwijl het in feite om hetzelfde probleem gaat. Daarbij wordt de suggestie gewekt dat de mening van de geïnterviewden sterk uiteenlopen, terwijl dit niet het geval is. De onduidelijkheid over het vervolgtraject wordt veroorzaakt door onzekerheid omtrent subsidie. Dit is een externe factor, en heeft als zodanig niets met de organisatie van het project te maken.
- 3) Uit de projectbeschrijving komt onvoldoende naar voren dat de uitspraken van de geïnterviewde personen slechts betrekking hebben op één van de 50 werkspraken-groepen, in één van de vijf werkgebieden. De hier beschreven uitspraken mogen dan ook niet als representatief worden beschouwd voor het gehele project.

Project 6

Het bureau zorgcoördinatie eerste - tweede lijn Enschede**Inhoud**

Het Bureau Zorgcoördinatie (BZC) heeft op dit moment vier taken:

- I De ontwikkelingsfunctie. Het bureau ontplooit initiatieven ten aanzien van de samenhang van de zorgverlening, waarbij adequate informatie uitwisseling tussen de verschillende instellingen een voorwaarde is. Meestal wordt er gewerkt in deelprojecten. Daarnaast heeft het bureau een ondersteunende taak bij de evaluatie van lopende projecten.
- II De consultatie-, bemiddelings- en signaalfunctie (loketfunctie). Het bureau functioneert als aanspreekpunt voor intra- en extramurale beroepsbeoefenaren voor informatie en advies. Complexe situaties, problemen bij de overdracht van zorg of knelpunten in de zorgverlening kunnen bij het bureau worden gemeld.
- III De deskundigheidsbevordering- cq. de voorlichtings-functie. Deze functie moet gezien worden in relatie tot de zorgafstemming in de eerste, tweede en derde lijn. Bekendheid met elkaars werk, werkwijze en mogelijkheden is noodzakelijk om tot een goede samenwerking te komen.
- IV De coördinatiefunctie op uitvoerend niveau. Het bureau is voor de samenwerkende instellingen het centrale aanspreekpunt. De uitbouw van deze functie is een logisch vervolg op de ontwikkelings- en loketfunctie. Het bureau is het centrale aanmeldpunt voor aanvragen en verzoeken, en coördineert de daaruit voortkomende werkzaamheden. Daarnaast worden diverse gegevens verwerkt en geregistreerd.

De coördinatiefunctie van de verpleging/verzorging en de medische behandeling wordt uitgeoefend door twee verpleegkundigen en een arts respectievelijk als "coördinatoren van zorg" en "medisch coördinator". Nauwe onderlinge samenwerking tussen arts en verpleegkundige is een voorwaarde voor integratie in de zorgverlening. De functionarissen zijn transmuraal werkzaam, en houden zich bezig met het leggen van verbindingslijnen tussen ziekenhuis, thuiszorg en huisartsen, als ook verpleeg- en verzorgingshuizen, de RIAGG en andere instanties. (Bron: jaarverslag 1995 BZC)

Achtergrond en doelstelling

In Enschede bestond sinds 1974 een verpleegkundige nazorgdienst, met als doel een betere verpleegkundige opvang te regelen voor patiënten die na ontslag uit het ziekenhuis nog verpleegkundige zorg nodig hadden. In 1989 werd geconstateerd dat de verpleegkundige overdracht van ziekenhuis naar huis misschien wel goed verliep, maar dat de medische overdracht aan de huisartsen en de aansluiting naar de toen nog separaat werkende instellingen voor gezinsverzorging onvoldoende was. Tegen deze achtergrond is toen het projectplan Zorgcoördinatie eerste - tweede lijn Enschede ontwikkeld. (Bron: jaarverslag 1995 BZC)

Doelstelling van het project

De doelen die nagestreefd worden zijn: 1) zorg op maat, 2) continuïteit in de zorg, en 3) afstemming in de zorg, met integratie van medische, verpleegkundige en verzorgende aspecten. Dit alles om de efficiency te verhogen en de kwaliteit van de zorg te

verbeteren. De participanten zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor een op elkaar afgestemde zorgverlening. (Bron: jaarverslag 1995 BZC)

Organisatie, opzet en financiering van het project

Aanvang project:	mei 1990
Einde project:	Het BZC is een permanent bureau geworden.
Initiatiefnemer:	De bestuurscommissie nazorg.
Deelnemers:	Het ziekenhuis Medisch Spectrum Twente, de thuiszorg Enschede-Haaksbergen, de huisartsen van de RHV Enschede e.o. en de zorgverzekeraar Oost Nederland.
Participantenoverleg	De voorzitter van de raad van bestuur van het Medisch spectrum, de directeur van de zorgverzekeraar Oost Nederland, de directeur van de thuiszorg en de voorzitter van de RHV.
Stuurgroep:	Een clustermanager van het Medisch spectrum, de directeur zorgzaken van de zorgverzekeraar, de manager van specifieke zorg van de thuiszorg, en de secretaris van de RHV.
Platform:	Er is een platform opgericht met de "thuiszorg-coördinatoren" uit alle hagro's in de regio. Tezamen met een bestuurslid en de medisch coördinator van BZC vormen zij de thuiszorgcommissie van de RHV. Zij komen 4 keer per jaar bij elkaar. Het dagelijks bestuur (en medisch coördinator van BZC) vergadert 1 keer per maand.

Het BZC is het uitvoerend orgaan en is niet vertegenwoordigd in de stuurgroep of het participantenoverleg, maar er is wel maandelijks overleg met de voorzitter van de stuurgroep. (Bron: Med. coör. BZC)

Financiering:

- Het BZC heeft een plaats tussen ziekenhuis, huisarts en thuiszorg in. Het bureau wordt uit gezamenlijke gelden gefinancierd, waarbij de medisch coördinator in dienst is van de huisartsen en een vooruit geschoven post voor hen is in het ziekenhuis. (Bron: Med. coör. BZC)
- De coördinator wordt nadrukkelijk niet door één van de andere participanten betaald, omdat daardoor de onderlinge verhoudingen verstoord zouden kunnen raken. (Bron: Med. coör. BZC)
- De huisartsen zouden aanvankelijk ook een deel van de kosten voor het bureau betalen, maar zij hebben geen budget. Als huisartsen ooit een budget voor dit soort zaken krijgen hebben ze de intentie om dat voor het BZC te gebruiken. (Bron: Med. coör. BZC)
- De financiering van het BZC is voor dit jaar rond. (Bron: Med. coör. BZC)
- De huisartsen hadden ook de mogelijkheid om een beroep te doen op een potje voor "intensieve thuiszorg-gelden" voor monodisciplinaire (i.c. huisartsgeneeskundige) intensieve thuiszorg. Vooraf voorziene onkosten konden daar gedeclareerd worden. Niet alle huisartsen hebben daar gebruik van gemaakt. (Bron: Med. coör. BZC)
- Een met de verschuiving van zorg parallel lopende verschuiving van de financiering is binnen dit project (nog) niet gerealiseerd. Dit is ook erg moeilijk materie. Per 1 januari 1997 zal er weer het nodige veranderen ten gevolge van de compartimentering. Huisartsen kunnen dan geen beroep meer doen op het geld van de "intensieve

thuiszorg". Wel komen er vergoedingen voor transmurale zorg. (Bron: Med. coör. BZC)

Afspraken over de organisatie van de zorg

Het oorspronkelijke idee is dat je ziekenhuis en thuiszorg niet los van elkaar kan zien, maar in elkaars verlengde. Het bureau nazorg is in 1974 opgericht. In 1989 kwam men tot de conclusie dat de verpleegkundige zorg wel goed liep, maar de medische zorg niet zo. Met dat doel is het bureau zorgcoördinatie eerste - tweede lijn Enschede opgericht. Vervolgens zijn de huisartsen en de gezinszorg erbij betrokken. Er zijn twee coördinatoren: de coördinator van zorg (verpleegkundigen / verzorgenden) en de medisch coördinator. (Bron: Med. coör. BZC)

- Het BZC heeft een plaats tussen ziekenhuis, huisarts en thuiszorg in. Het bureau wordt uit gezamenlijke gelden gefinancierd, waarbij de medisch coördinator in dienst is van de huisartsen en een vooruit geschoven post is voor hen in het ziekenhuis. (Bron: Med. coör. BZC)
- Het BZC is in overleg met de medische staf begonnen alle voorkomende problemen rond de overdracht van terminale (en medisch uitbehandelde) patiënten te registreren. Voor huisartsen was dit ook vaak problematisch. Dit was de eerste groep waarvoor het BZC aan de slag ging. De inventarisatie van problemen is uitgemond in een protocol voor de overdracht van deze patiënten van ziekenhuis naar huis. (Bron: Med. coör. BZC)
- De zorgverzekeraar was een andere partij die bij het BZC aanklopte met de vraag of bepaalde terminale patiënten niet eerder thuis behandeld zouden kunnen worden. (Bron: Med. coör. BZC)
- Voor huisartsen waren vervolgens de orthopaedie-patiënten een groep waar aandacht aan besteed zou moeten worden. Deze patiënten werden vaak op vrijdagmiddag ontslagen, en dan was er thuis nog niets geregeld. (Bron: Med. coör. BZC)
- Het is op termijn de bedoeling om voor de andere RHV's/DHV's richtlijnen op te stellen, waarbij op DHV-niveau een medisch coördinator wordt aangesteld met daarnaast op plaatselijk niveau ondersteuning door de hagro's. Voor dit project was via de DHV financiering aangevraagd bij Zorgonderzoek Nederland. (Men laat weten dat het niet doorgaat. Bron: Med. coör. BZC)

Regie/verantwoordelijkheden:

- De afspraak is dat de huisarts de eindverantwoordelijke is voor de zorg rond de patiënten buiten het ziekenhuis. Daarover wordt ook niet meer gediscussieerd. Daarnaast is er doorgaans vanuit de thuiszorg een coördinator van zorg voor directe zorgverlening rond de patiënt. (Bron: Med. coör. BZC)

Proces/logistiek:

- Het is niet de bedoeling dat het BZC alle zorgcoördinatie doet, maar dat het procedures ontwikkelt om de zorgoverdracht op elkaar af te stemmen. Bijvoorbeeld curatief uitbehandelde patiënten. (Bron: Med. coör. BZC)
- Procedures voor de ene groep zijn vaak met aanpassingen ook bruikbaar voor andere patiëntengroepen. (Bron: Med. coör. BZC)
- Belangrijk is dat er rond de verzorging van de patiënt een verandering in attitude ontstaat, waarbij alle zorgverleners leren verantwoordelijk te zijn voor de situatie zoals die is. En als die niet goed is moet er actie worden ondernomen. Dit gaat goed. (Bron: Med. coör. BZC)

- Crisis-patiënten (bij verzorging in de eerste lijn) worden bij het bureau (BZC) gemeld, dat vervolgens een maatoplossing probeert te regelen. Afgesproken is wel dat de huisarts altijd eerst de thuiszorg inschakelt, zodat deze mogelijkheid volledig benut wordt. (Bron: Med. coör. BZC)
- Als er in de verpleeghuizen en verzorgingshuizen geen plaats is voor bepaalde crisis-patiënten is er met het ziekenhuis afgesproken dat deze patiënten daar (tijdelijk; maximaal 10 weken) opgenomen kunnen worden. (Bron: Med. coör. BZC)
- Als een patiënt vanuit het ziekenhuis ontslagen wordt, neemt de verplegende afdeling contact op met thuiszorg om de zorg thuis af te stemmen (o.a. doorgeven wat de patiënt voor hulpmiddelen nodig heeft enz.). De specialist (of zaalassistent) neemt contact op met de huisarts. (Bron: Med. coör. BZC)
- Bij terminale patiënten wordt de coördinatie van zorg over het algemeen door de wijkverpleegkundige of door de thuiszorg gedaan. (Bron: Med. coör. BZC)

Informatie-overdracht:

- De RHV heeft de hagro's opdracht gegeven om iemand aan te wijzen die het aandachtsveld "thuiszorg" heeft; een zogenaamde thuiszorgcoördinator. Deze zorgt voor de terugkoppeling naar de hagro's. (Bron: Med. coör. BZC)
- Bij samenwerking (met betrekking tot de overdracht van patiënten) tussen de verschillende beroepsgroepen/disciplines moet de hulpvraag over en weer duidelijk omschreven worden. In urgente gevallen is dit helemaal van belang. Acute patiënten moeten niet op de wachtlijst komen, maar hebben snel hulp nodig. Goede informatie-overdracht is daarom van belang. (Bron: Med. coör. BZC)

Plus- en knelpunten organisatorisch:

Positief:

- De "nieuwe" manier van werken gaat nog steeds beter. Klachten (problemen) kunnen gemeld worden bij het BZC, dat vervolgens naar een oplossing zoekt voor de problemen en deze terugkoppelt naar belanghebbende. Bepaalde klachten komen ook steeds minder voor, omdat men de manier van werken langzamerhand onder de knie krijgt. (Bron: Med. coör. BZC)
- Patiënten die niet of moeilijk naar het ziekenhuis kunnen komen, kunnen (op verzoek van de huisarts) thuis door een laborant bloed laten prikken. (Bron: Med. coör. BZC)
- Als er volgens de ontwikkelde procedures gewerkt wordt, komt dit de efficiëntie ten goede, waardoor er door alle partijen tijdwinst te behalen is. (Bron: Med. coör. BZC)
- Als huisartsen bepaalde problemen zien aankomen, melden zij deze bij het BZC, dat vervolgens daarop inspeelt. Bijvoorbeeld het regelen van opvang voor een hulpbehoevende partner, als de verzorgende partner opgenomen moet worden. (Bron: Med. coör. BZC)
- De banden met de verpleegkundig specialisten van de thuiszorg en het ziekenhuis zouden nog wat meer aangehaald moeten worden. (Bron: Med. coör. BZC)

Negatief:

- Door fusies en reorganisaties (fusie gezinszorg en thuiszorg, fusies binnen het ziekenhuis, RHV en nieuwe directeur bij de DHV) was de hele stuurgroep uit elkaar gevallen. Dit was een ernstige bedreiging voor het BZC. Het BZC kan niet zonder bestuursstructuur bestaan. (Bron: Med. coör. BZC)
- Er zijn grote capaciteits-tekorten bij de verpleeghuizen. Er worden veel ouderen van 85-90 aangemeld, die volledige verzorging nodig hebben. (Bron: Med. coör. BZC)

Knelpunten financieel:

- Huisartsen hebben geen financiën ter beschikking om een coördinerende functie te betalen. De andere deelnemende partijen aan het project (ziekenhuis, thuiszorg en zorgverzekeraar) nemen ieder voor een 1/3 de financiering van het BZC op zich. De huisartsen hebben daar geen budget voor, maar verrichten wel een groot deel van de werkzaamheden die uit de nieuwe manier van werken voortkomt. Hierdoor ontstaat (op hoog niveau) het gevoel van scheve verhoudingen. (Bron: Med. coör. BZC)
- Landelijk zouden huisartsen een budget moeten hebben/krijgen om mee te draaien in transmurale projecten, coördinatiewerkzaamheden enz. Huisartsen willen heel graag meewerken aan deze projecten, maar dat kost veel tijd (geld) waar op geen enkele manier ruimte voor wordt gecreëerd. De landelijke politiek zou de DHV's van een bedrag moeten voorzien. (Bron: Med. coör. BZC)
- Ook de zorgverzekeraars zouden huisartsen meer financieel tegemoet moeten komen. Het transmuraal werken levert grote besparingen op voor de zorgverzekeraars. Dat zou beloond moeten worden. (Bron: Med. coör. BZC)

Afspraken over de inhoud van de zorg

Diagnostiek/behandeling:

- Er is een beslisboom opgesteld voor crisispatiënten, CVA-patiënten, CF-patiënten (en nog een aantal andere patiëntengroepen) aan de hand waarvan besloten kan worden patiënten wel of niet op te nemen. Door een aantal van de protocollen merkt de huisarts dat patiënten niet "te vroeg" of nog "te zorg-intensief" naar huis komen. (Bron: Med. coör. BZC)

Plus- en knelpunten:

Positief:

- Het logboek van de thuiszorg is aangepast en uitgebreid met een afsluitbare enveloppe voor de medische gegevens van de huisarts, zodat alle gegevens (het thuiszorglogboek + medische gegevens tezamen met de beleidsafspraken) toch bij elkaar bewaard kunnen worden. (Bron: Med. coör. BZC)
- Elke huisarts heeft een "thuiszorgmap", waarin alle protocollen zijn opgenomen en andere essentiële informatie zit. Dit is een naslagwerk voor de huisarts. (Bron: Med. coör. BZC)

Moeilijke dingen (niet echte knelpunten):

- Het euthanasie-vraagstuk vormt bij sommige patiënten een moeilijk probleem. Het BZC hoeft deze problemen niet op te lossen, maar probeert daarin waar mogelijk de hulpverleners te ondersteunen. (Het BZC kent het hele systeem plus de daarbij behorende mensen.) (Bron: Med. coör. BZC)
- Huisartsen zijn soms van mening dat zij goed te werk gaan bij pijnbestrijding, terwijl de thuiszorg van mening is dat bij sommige patiënten de pijnbestrijding te kort schiet. Er moet meer gepraat worden tussen de verschillende groepen. De groepen moeten elkaar aanvullen, en de domeinenstrijd opgeven. Samenwerken! (Bron: Med. coör. BZC)

Evaluatie

De rijksuniversiteit Limburg heeft een paar jaar geleden alle deelprojecten geëvalueerd. (Bron: Med. coör. BZC)

Vervolg na afloop project

Het project gaat hoe dan ook verder. Al is het nog onduidelijk hoe de financiering voor het BZC geregeld moet worden. (Bron: Med. coör. BZC)

Project 7

**Werkafspraken tussen huisartsen en KNO-artsen Midden-Holland:
Het beleid bij OMA en OME****Inhoud**

Dit project wordt door de betrokken huisarts niet een echt "project" genoemd. Het gaat meer om het maken van werkafspraken tussen huisartsen en de KNO-artsen van het Groene Hart ziekenhuis te Gouda, met betrekking tot OMA/OME patiënten. De werkafspraken zijn een aanvulling op de NHG-standaard. De hier genoemde werkafspraken passen binnen een totaal pakket van afspraken tussen huisartsen en specialisten, die het gevolg zijn van de huidige maatschappelijke ontwikkelingen. Andere groepen waar afspraken voor worden gemaakt zijn, onder andere CARA- en angina pectoris patiënten.

OMA (Otitis Media Acuta) is een infectie van het middenoor met een acuut begin en een duur korter dan drie weken, gekarakteriseerd door een afwijkend trommelvlies met al dan niet koorts en al dan niet gepaard gaat met algemene verschijnselen van ziekte. OME (Otitis Media met Effusie) is een conditie van het middenoor, gekarakteriseerd door ophoping van vloeistof achter het trommelvlies, zonder duidelijke tekenen van infectie.

Achtergrond en doelstelling

De medische staf van het Groene Hart ziekenhuis was van mening dat naast het bestuurlijk overleg tussen huisartsen en ziekenhuis ook zou moeten worden samengewerkt op het praktische vlak. Er is daartoe een multidisciplinaire groep samengesteld om samen met 5 huisartsen na te denken over hoe de relatie huisarts-ziekenhuis verbeterd zou kunnen worden. Deze multidisciplinaire groep heeft voor een paar disciplines een aantal onderwerpen aangedragen om met een aantal huisartsen te bespreken en daarvoor richtlijnen (protocollen) op te stellen. Na de longartsen en cardiologen is in het najaar 1995 een projectgroep opgericht met daarin 4 huisartsen en de 5 KNO-artsen van het Groene Hart ziekenhuis. Binnen een gestructureerd huisartsen-overleg hebben huisartsen kenbaar kunnen maken of zij aan het project mee willen werken. De doelstelling was om afspraken te maken over gezamenlijke verantwoordelijkheid voor bepaalde klachten en een gezamenlijk beleid daarvoor op te stellen. Het onderwerp (OMA/OME) en de specialistengroep (KNO) is betrekkelijk willekeurig gekozen, en met name gebaseerd op het feit dat het een overzichtelijk onderwerp is binnen een overzichtelijke specialistengroep. (Bron: interview KNO-arts).

In een aantal ronden is consensus bereikt over een aantal aanvullende beleidsrichtlijnen op de NHG-standaard bij OMA en OME. De tekst is aan alle hagro's toegestuurd, met het verzoek om commentaar. De uit het project voortkomende afspraken zijn vervolgens toegelicht op een presentatie voor alle huisartsen. De afspraken zijn samengevat op een kaart (A5 formaat) die verspreid is onder de huisartsen. Daarnaast wordt er gestreefd naar periodieke herziening van de werkafspraken.

Doelstelling (beleidsrichtlijnen) van het project

De werkafspraken bevatten richtlijnen voor wat er bij de verschillende aandoeningen van zowel de huisarts als de specialist en hun onderlinge communicatie verwacht wordt. Bij OMA is de huisarts de eerst aangewezen behandelaar, en wordt alleen in bijzondere gevallen antibiotica voorgeschreven. Bij OMA met heftige otorroe bestaat de voorkeur voor lokale therapie. Lidocaïnehoudende oordruppels hebben als bezwaar dat bij een trommelvliesperforatie erge duizeligheid kan optreden. Bij trommelvliesbuisjes is waterpreventie minder belangrijk dan bij een grote trommelvliesperforatie.

Na verwijzing van OME patiënten worden in principe busjes geplaatst, eventueel in combinatie met het knippen van de amandelen. Gedurende de behandeling door de KNO-arts wordt eenmalig een audiometrisch onderzoek gedaan. Zes weken na de operatie wordt de patiënt voor verdere behandeling en controle terugverwezen naar de huisarts. Verwijsindicatie bij OMA is zeer beperkt, bij OME alleen voor diagnostiek of indicatie voor busjes, al dan niet in combinatie met het knippen van de amandelen. (Bron: de kaart "beleid bij OMA en OME - RHV Midden-Holland")

Organisatie, opzet en financiering van het project

Aanvang project: Medio 1995
Einde project: De afspraken zijn permanent.
Initiatiefnemer: De medische staf van het ziekenhuis.
Deelnemers: Vier huisartsen en de 5 KNO-artsen van het Groene Hart ziekenhuis.
Stuurgroep: Geen.

Opzet:

Omdat de samenwerking bij de andere disciplines niet tot tastbare resultaten leidde, heeft men bij de KNO-artsen voor twee willekeurige, maar strak-omlijnde onderwerpen gekozen (het beleid bij OMA en OME), met daarbij de vraag wanneer behandeling door de huisarts en wanneer behandeling in het ziekenhuis. (Bron: interview KNO-arts).

Op een avond hebben de huisartsen en specialisten samen de NHG-standaard besproken en wederzijds daarop aanvullingen en commentaar gegeven. Vervolgens hebben een huisarts en een specialist dit commentaar op een middag tot richtlijnen verwerkt, die vervolgens weer aan de maatschap en de hagro's van de betrokken huisartsen voor akkoord is voorgelegd. Tot slot zijn deze richtlijnen op een kaart gezet, die bij de NHG-standaard gevoegd kan worden, en aan alle KNO-artsen en huisartsen in de regio toegestuurd. (Bron: interview KNO-arts).

De afspraken vormen geen keurslijf, maar een rode draad hoe men met bepaalde problemen om kan gaan. Het zijn richtlijnen. Men is niet verplicht zich aan die regels te houden. (Bron: interview KNO-arts).

Financiering:

- De organisatie van het project heeft geen geld gekost. De betrokkenen hebben uit eigenbelang meegewerkt. De OMA/OME patiënten die binnen de afspraken vallen behoren tot een groep van veel voorkomende aandoeningen. Desondanks zullen de afspraken niet tot werkelijke verschuivingen in kosten leiden, of in ieder geval niet tot een andere verhouding tussen jaar- en korte kaarten. (Bron: interview huisarts en

interview KNO-arts).

Afspraken over de organisatie van de zorg

Regie/verantwoordelijkheden:

- Het project is gericht op het maken van gezamenlijke afspraken tussen huisartsen en specialisten, waarbij gezamenlijk verantwoordelijkheid wordt genomen voor OMA/OME-patiënten. (Bron: interview huisarts).

Proces/logistiek:

- De NHG-standaard is opgesteld voor huisartsen en niet voor specialisten. Binnen de werkafspraken is geprobeerd om uitgaande van de NHG-standaard ook richtlijnen voor de KNO-arts op te stellen. (Bron: interview huisarts).
- Door zowel huisartsen en specialisten is eerst in eigen kring geïnventariseerd welke problemen er binnen de WA opgelost zouden moeten worden. Vervolgens is er een gesprek tussen specialisten en huisartsen geweest (van ongeveer 2 uur), waarbij over deze onderwerpen is gesproken. Op grond daarvan is tot globale overeenstemming gekomen. Alle hagro's konden vervolgens reageren, op grond waarvan bijstelling heeft plaats gevonden. Vervolgens is er een avond georganiseerd voor huisartsen en specialisten, waarop de afspraken nog eens besproken zijn. Na akkoord zijn de afspraken op een kaart uitgegeven. De kaart is nu bij alle huis- en KNO-artsen in bezit. (Bron: interview huisarts).
- Een algemene voorwaarde voor het slagen van een soortgelijk project is dat specialisten en huisartsen onderling (binnen de "eigen" groep) enigszins soepel moeten zijn en op één lijn zitten. Anders is het moeilijk om afspraken tussen de groepen te maken. Daarnaast is het van belang dat er binnen elke groep één persoon is die het proces gaande houdt, en zorgt voor het uitwerken van een aantal dingen (Bron: interview huisarts).

Informatie-overdracht:

- Bij onduidelijkheid dient er geen drempel te bestaan voor telefonisch overleg. (Bron: kaart "beleid bij OMA en OME - RHV Midden-Holland")
- De huisarts verwijst schriftelijk met: 1) duidelijk geformuleerde vraagstelling en/of verwachtingspatroon naar de KNO-arts, 2) informatie over het klachtenbeloop, 3) informatie over het medicijngebruik, eventuele medicijnovergevoeligheden en eventuele contra-indicaties voor narcose. (Bron: de kaart "beleid bij OMA en OME - RHV Midden-Holland")
- De KNO-arts bericht binnen 2 weken na het eerste polikliniek bezoek over: 1) bevindingen, diagnostiek en behandelvoorstel, 2) de datum van een eventuele ingreep. (Bron: de kaart "beleid bij OMA en OME - RHV Midden-Holland")

Plus- en knelpunten organisatorisch:

Positief:

- Het maken van werkafspraken tussen KNO-artsen en huisartsen is een relatief eenvoudig proces geweest, dat weinig tijd heeft gekost. Bij de afspraken tussen andere specialismen en huisartsen zijn meer problemen gemeld. Wellicht heeft dat te maken met een grotere complexiteit van behandeling bij die patiëntengroepen, maar waarschijnlijker is het dat er grotere verschillen van mening zijn *tussen* de groepen

- maar *binnen* de groepen. (Bron: interview huisarts).
- De KNO-artsen van het Groene Hart ziekenhuis vormen een harmonieuze groep artsen die gestructureerd samenwerken, wat ook de samenwerking binnen het project ten goede komt. (Bron: interview KNO-arts).
 - De KNO-artsen is de samenwerking zo goed bevallen, dat er de wens is om ook voor een aantal andere aandoeningen vergelijkbare afspraken te maken en op schrift te stellen. (Bron: interview KNO-arts).
 - De KNO-arts heeft het idee dat het maken van de werkafspraken bij hen zo succesvol is verlopen mede te danken is aan de goede (secretariële) ondersteuning waar zij beschikking over hadden. Het maken van afspraken waar verschillende beroepsgroepen (disciplines) bij betrokken zijn is vaak erg moeilijk omdat iedereen zijn eigen tijdschema heeft. (Bron: interview KNO-arts).

Negatief:

- De multidisciplinaire commissie die de opdracht voor het maken van de werkafspraken heeft gegeven, lijkt door alle reorganisaties op sterven na dood. Het is van belang voor de onderlinge contacten dat ook deze commissie weer gereanimeerd wordt. (Bron: interview KNO-arts).
- Organisatorische knelpunten zijn er duidelijk niet geweest. De KNO-arts vraagt zich wel af in hoeverre de werkafspraken in de breedte (door alle huisartsen in de regio) wordt gedragen. Er is weinig respons geweest op de rondgestuurde kaart. Wat heeft men met de kaart gedaan? Er zou eigenlijk een procedure voor dit soort protocolontwikkeling moeten komen waarbij alle hagro's om hun mening wordt gevraagd. (Bron: interview KNO-arts).

Knelpunten financieel:

- De patiënten in de categorie OMA/OME maken maar een klein deel uit van het totaal aantal patiënten van de huisarts en de specialist, zodat daardoor geen werkelijke financiële verschuivingen door ontstaan. De substitutie van zorg binnen het OMA-OME project is daardoor geen knelpunt. (Bron: interview huisarts).

Afspraken over de inhoud van de zorg

Diagnostiek/behandeling:

- Er is afgesproken dat acute middenoor ontsteking in principe een zaak is voor de huisarts, en dat deze patiënten eigenlijk niet (in eerste instantie) bij de specialisten thuis horen. Als een patiënt door onderlinge doorverwijzing bij de KNO-arts komt zal deze tegen de doorverwijzende specialist zeggen dat de betreffende patiënt net zo goed naar de huisarts verwezen had kunnen worden. Dit geldt ook voor chronische middenoor ontstekingen. (Bron: interview huisarts).
- Het is de bedoeling dat patiënten nu dus eerst naar de huisarts worden (terug)verwezen. Of dit ook in de praktijk gebeurt is nog afwachten. Daar kan na de evaluatie meer over gezegd worden. (Bron: interview huisarts).
- Bij klachten moet de patiënt naar de huisarts. (Bron: interview huisarts).

Plus- en knelpunten:

Positief:

- Een gunstig bijeffect van de werkafspraken is dat specialisten gedwongen werden zich te bezinnen over de manier waarop ze tot dan toe omgingen met bepaalde

patiënten. Het bleek dat er grondig overleg is geweest, met als positief gevolg dat de specialisten nu in ieder geval op één lijn zitten, en daardoor de maatschap een uniform beleid kon formuleren. Voor die tijd was dat blijkbaar niet zo. (Bron: interview huisarts).

- De KNO-arts heeft nu al het idee dat de afspraken op de kaart door de meerderheid van de huisartsen wordt nageleefd. Voorheen werd er nog al wisselvallig om gegaan met de patiënten waar nu afspraken voor gemaakt zijn. (Bron: interview KNO-arts).
- Er zijn afspraken gemaakt over het audiometrisch onderzoek bij kinderen bij wie buisjes zijn geplaatst. Dit audiometrisch onderzoek wordt vanaf nu standaard gedaan, om uit te sluiten dat gehoorproblemen met andere zaken te maken hebben dan met OMA/OME. (Bron: interview KNO-arts).

Negatief:

- Soms blijkt dat specialisten om onduidelijke redenen toch afwijken van de afspraken. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat het nog een betrekkelijk nieuw project is, en de specialist nog niet aan de nieuwe aanpak gewend is. (Bron: interview huisarts).
- Bij de andere disciplines verliep het maken van afspraken minder voorspoedig dan bij de KNO-artsen. Mogelijk had dit te maken met de grotere complexiteit van de onderwerpen daar, omdat de plan van aanpak onvoldoende was, omdat de specialisten onderling onvoldoende met elkaar konden opschieten, omdat de samenwerking huisarts/specialist niet wilde vlotten. (Bron: interview KNO-arts).

Kwaliteitsbewaking

- Het (onderling) bespreken van patiëntenzorg leidt tot verbetering van kwaliteit. Het is daarom ook goed dat *alle* leden van de KNO-maatschap bij het project betrokken zijn geweest. Voor de huisartsen geldt dat minder, omdat er maar 4 van de 80 huisartsen actief hebben meegedacht. (Bron: interview huisarts).

Evaluatie

- Het is op dit moment nog niet duidelijk in hoeverre de werkafspraken ook effect hebben op het handelen van de huisarts en specialist. Na een jaar zal de groep weer bij elkaar komen om de werkafspraken te evalueren. (Bron: interview huisarts en interview KNO-arts).

Vervolg na afloop project

- Het is de bedoeling dat de 70 tot 80 huisartsen uit de regio volgens de gemaakte richtlijnen gaan werken. Op die manier is het project dus blijvend. (Bron: interview KNO-arts).

Het intercollegiaal overleg tussen huisarts en kinderarts

Achtergrond en doelstelling

Huisartsen zijn wat de behandeling van kinderen betreft onzeker. Tegen deze achtergrond worden al sinds 1982 huisartsen in kleine groepjes nageschoold, waarbij alledaagse casuïstiek de revue passeert. Dit is goed aangeslagen en heeft ertoe geleid dat kinderen weer snel naar de huisarts werden terugverwezen. De hagro "De Tanthof" was daar vanaf het begin nauw bij betrokken. Door zowel huisartsen als kinderartsen werd (aanvankelijk geheel belangeloos) veel geïnvesteerd in de nascholings-bijeenkomsten. Om voor enige financiële tegemoetkoming in aanmerking te komen, is besloten om de samenwerking rond de nascholings-bijeenkomsten projectmatig te gaan aanpakken en heeft men een gedetailleerd projectvoorstel geschreven en ingediend bij de zorgverzekeraar. (Bron: interview huisarts)

Het project bestaat uit 3 fasen:

Fase 1: Verbeteren van communicatie tussen huisarts en specialist. Huisartsen en specialisten communiceren op verschillende manieren met elkaar. De wederzijds verwachtingen zijn niet altijd even duidelijk. De verwijfsbrief (huisarts) en ontslagbrief (specialist) wordt aan de hand van vooraf vastgestelde criteria getoetst.

Fase 2: Afstemmen diagnostiek en behandelplan bij individuele patiënten. Na fase 1 kunnen afspraken gemaakt worden over de taakverdeling met betrekking tot diagnostiek en behandeling: consultatie van de specialist door de huisarts, en van de huisarts door de specialist.

Fase 3: Afstemmen behandelwijzen eerste en tweede lijn ten aanzien van categorale patiëntengroepen, door opstellen van diagnostiek- en therapie-protocollen, gecombineerd met toetsing, verantwoording en nascholing.

Doelstelling van het project

Het onderwerp van het project is de correspondentie en communicatie tussen huisarts en kinderarts. Door middel van een maandelijks intercollegiaal overleg is gekeken hoeveel patiënten van de huisarts naar de kinderarts werden verwezen, met welke zorgvragen en hoeveel er vervolgens weer werden terugverwezen. Daarbij is vastgesteld welke informatie de verwijfsbrief en de ontslagbrief moet bevatten, om de patiënt zo goed mogelijk te behandelen. Ook is er feedback gegeven op de verwijzing en zijn er patiënten besproken. Een ander subdoel was het op de hoogte geraken van elkaars werkwijze. (Bron: interview kinderarts en interview huisarts)

Organisatie, opzet en financiering van het project

Aanvang project:	November 1990
Einde project:	Januari 1993
Initiatiefnemer:	Kinderartsen en huisartsen samen.
Deelnemers:	Kinderartsen van het Reinier de Graafziekenhuis, huisartsen van de hagro "De Tanthof".
Stuurgroep:	Kinderartsen van het Reinier de Graafziekenhuis, huisartsen van de hagro "De Tanthof", projectmedewerker van het ziekenhuis, stagiaire EUR.

Opzet:

Vanuit het ziekenhuis was er ondersteuning in de vorm van een projectmedewerker/coördinator (een voormalig huisarts), die tot taak had actief een brug te slaan tussen de tweede lijn en eerste lijn. Zij had vooral tot taak om vergaderingen te notuleren, afspraken te maken, de voortgang in de gaten te houden en de financiën te regelen. (Bron: interview kinderarts) Het uitgangspunt van het project was het zorgdragen voor betere patiëntenzorg. Als de onderlinge communicatie verbeterd kan worden tussen huisarts en specialist, dan komt dat ook de patiëntenzorg ten goede. (Bron: interview huisarts) Er zijn een aantal bijeenkomsten geweest waar zowel huisartsen als kinderartsen bij aanwezig waren en waar een aantal casussen besproken is.

Financiering:

- De huisartsen van De Tanthof zijn niet vrij-gevestigd en daardoor misschien wat idealistischer en wat minder financieel-gericht dan andere huisartsen. (Bron: interview kinderarts)
- Een van de achterliggende doelstellingen van het project was om enige financiële tegemoetkoming te organiseren voor de investeringen van zowel huisartsen als specialisten in het zorginhoudelijk samenwerken, waar verder helemaal niets tegenover staat. (Bron: interview kinderarts)
- Het ziekenfonds heeft zonder voorwaarden vooraf het project voor twee jaar gefinancierd. (Bron: interview huisarts en interview kinderarts)

Afspraken over de organisatie van de zorg

Regie/verantwoordelijkheden:

- Bij CARA-patiënten zijn protocollaire afspraken gemaakt over wanneer een patiënt doorverwezen wordt naar de tweede lijn, wanneer de patiënt weer terugverwezen wordt, en wie er wat bij de patiënt doet. De afspraken omtrent deze groep zijn uitvoerig besproken. (Bron: interview kinderarts)
- Met betrekking tot andere patiënten is de instelling van de kinderartsen dat wat er bij de huisartsen kan, bij de huisartsen moet blijven. Hier zijn geen expliciete afspraken over gemaakt. Binnen het ziekenhuis is de kinderarts verantwoordelijk, daarbuiten heeft de huisarts de verantwoordelijkheid. (Bron: interview huisarts)

Proces/logistiek:

- Een aantal van de geprotocolleerde afspraken werden al nagevolgd door zowel huisartsen als kinderartsen. (Bron: interview kinderarts)
- De NHG-standaard heeft centraal gestaan bij het samenstellen van de scoringslijst voor de verwijs- en ontslagbrief. (Bron: interview huisarts)

Plus- en knelpunten organisatorisch:

Positief:

- De samenwerking tussen de kinderartsen van het Reinier de Graaf en de huisartsen van de Tanthof is altijd erg goed geweest. (Bron: interview huisarts en interview kinderarts)

Negatief:

- De huisarts had het idee dat de kinderartsen aanvankelijk de boot wat afhielden,

omdat zij bezorgd waren dat het project minder verwijzingen tot gevolg zou hebben. (Bron: interview huisarts)

- Het was vaak lastig vanwege de onderbezetting van de kinderartsen en de werkdruk van de huisartsen om iedereen bij elkaar te krijgen voor de evaluatiemiddagen. (Bron: interview kinderarts en interview huisarts)
- Naarmate het project vorderde werd het steeds moeilijker om de deelnemers te motiveren. Uiteindelijk is het project om deze reden doodgebloed, wat niets zegt over de onderlinge samenwerking want die was uitstekend. (Bron: interview kinderarts)
- Nascholing is op zich een prima initiatief, maar bereikt toch vaak niet het doel. De huisartsen die tijd vrij maken om deel te nemen zijn vaak gemotiveerde huisartsen die hun werk serieus nemen en goed doen. Aan de andere kant is er de groep voor wie de nascholing nuttig zou zijn en die bereik je juist niet. Dat zijn de minder gemotiveerde huisartsen. (Bron: interview kinderarts)

Knelpunten financieel:

- In de aanloopfase van het project is er een discussie geweest over wat het project zou kosten aan inkomstenderving, en of er mogelijkheden zouden zijn om daar een tegemoetkoming in te regelen. Dat is gelukt. (Bron: interview huisarts)

Afspraken over de inhoud van de zorg

Diagnostiek/behandeling:

- Aan de hand van patiëntenbesprekingen is de verwijzing, zorgvraag, diagnostiek, en terugverwijzing in gezamenlijk overleg aan de orde geweest. (Bron: interview kinderarts)

Plus- en knelpunten:

Positief:

- Huisarts heeft het idee dat hij door het scoren van de verwijs- en ontslagbrief en de discussie daarover, betere en meer volledige verwijsbrieven is gaan schrijven, bijvoorbeeld met meer aandacht voor de familie- en de psychosociale omstandigheden van de patiënt. De kinderartsen zijn volgens de huisarts adequater gaan antwoorden op de vragen die door hen gesteld werden. (Bron: interview huisarts)

Negatief:

- Het kwam wel eens voor dat een verwezen patiënt bij de kinderartsen in het circuit "verdween", zonder dat er naar de huisarts terug gerapporteerd werd. Diagnostiek duurt soms lang. Eigenlijk zou er voor die gevallen een manier van terugkoppeling ontwikkeld moeten worden, zodat de huisarts in de tussentijd toch relevante informatie van de kinderarts ontvangt. (Bron: interview kinderarts)
- Voor het moment kwam om de zorginhoudelijke afspraken te formuleren, was het project eigenlijk al als een nachtkarsje uit gegaan. (Bron: interview kinderarts)
- Als de kinderartsen het erg druk hebben willen ze nog wel eens in oude gewoonten terugvallen, en de correspondentie wat minder nauwkeurig doen. (Bron: interview kinderarts)

Kwaliteitsbewaking

- Doordat het project niet over een nul-meting beschikte, was het ook niet goed

mogelijk om de bereikte resultaten van het project te vergelijken. Daarnaast liep een aantal zaken al goed. (Bron: interview kinderarts)

Evaluatie

Per fase zou er een evaluatie komen. De resultaten zouden gemeld worden aan de zorgverzekeraar. Het is niet duidelijk of dit ook daadwerkelijk gebeurt is; waarschijnlijk niet. (Bron: interview kinderarts) Waarom niet wordt uit de interviews niet duidelijk.

Vervolg na afloop project

Ondanks het feit dat er voor twee jaar subsidie was van de verzekeraar kwam men na driekwart jaar erachter dat het project zijn doel een beetje voorbij schoot, en raakte de fut er een beetje uit. Vervolgens is het project doodgebloed. De huisartsen die in het project hebben deelgenomen, waren gemotiveerd, besteedden ook al de nodige zorg aan de verwijfsbrief en aan het contact met de kinderarts. De winst die in deze groep maximaal te behalen was, was eigenlijk niet zo groot als verwacht (omdat het al goed liep). (Bron: interview kinderarts)

Algemeen bestaat de indruk dat de fut eruit is. Fase 1 leverde goede afspraken op over de samenstelling en de eisen te stellen aan de verwijfs- en ontslagbrief. Na afsluiten van deze fase is het "domweg" scoren van de fase 2-formulieren niet erg positief beoordeeld. Inhoudelijk werd overigens over fase 2 niet gediscussieerd. Dit is als onprettig ervaren. De verwachtingen van de kinderartsen enerzijds en de huisartsen anderzijds over de bedoeling van het project lijken achteraf onvoldoende uitgesproken te zijn. Vastgesteld wordt dat de samenwerking tussen deze kinderartsen en huisartsen bij voorbaat al goed te noemen was. (Bron: notulen laatste bijeenkomst)

Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

Transmurale zorg in Nederland

Auteurs: A.Persoon, A.L.Francke, D.Temmink, A.Kerkstra

Utrecht: NIVEL, 1996, 92 pag., fl. 18,00

Transmurale zorg staat in het centrum van de belangstelling van hulpverleners, beleidsmakers en onderzoekers. Een systematisch overzicht van de verschillende transmurale voorzieningen ontbrak echter tot nu toe. Vanuit het NIVEL is daarom in opdracht van ZorgOnderzoek Nederland, een inventarisatiestudie verricht op basis van bestaande gegevensbestanden. Dit rapport beschrijft de resultaten en gaat in op de aard en omvang van transmurale zorg in de algemene gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg en gehandicaptensector.

Coördinatiecentra chronisch ziekenzorg geëvalueerd

Auteurs: M.J.T.M. Bekkers, D.H. de Bakker, J.P.Boter

Utrecht: NIVEL, 1997, 190 pag., fl. 32,50

Op experimentele basis zijn in de periode januari 1994 - december 1996 een drietal coördinatiecentra voor chronisch ziekenzorg actief geweest. Dit rapport vormt het eindverslag van een evaluatie-onderzoek naar het functioneren van deze centra. De centra hebben in totaal 125 producten en diensten ontwikkeld gericht op verbetering van de coördinatie van zorg, protocolontwikkeling, deskundigheidsbevordering en informatieverstrekking. Onder een aantal randvoorwaarden kan voortzetting van de coördinatiecentra worden aanbevolen.

