

## Transmurale zorg

*Van der Linden BA. The birth of integration; explorative studies on the development and implementation of transmural care in the Netherlands 1994-2000 [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2001.*

Het begrip 'transmurale zorg' werd in 1994 door de commissie Biesheuvel geïntroduceerd als verzamelnaam voor initiatieven gericht op de verbetering van de samenwerking tussen ziekenhuis en eerstelijnszorgaanbieders met het oog op de kwaliteit en de efficiëntie in de zorg. De introductie ervan zou belangrijke veranderingen in de taakverdeling tussen huisartsen en specialisten teweeg moeten brengen. De overheid nam geen direct stimulerende maatregelen, maar koos voor een bottom-up aanpak: lokale zorgverleners en bestuurders konden gebruikmaken van ontheffing van regelgeving en tijdelijke financiering om deze vorm van zorg te testen. Doel van de onderzoeken die in deze dissertatie zijn verzameld was te zien wat er terechtgekomen is van de overheidsstrategie en op basis van de onderzoeken stimulerende maatregelen voor te stellen voor verdere implementatie.

Op grond van een landelijke enquête die in 1999 onder coördinatoren van transmurale voorzieningen werd gehouden kon de onderzoekster zeven subvormen onderscheiden, die bijna 90% van de voorzieningen uitmaken: 1) zorg door gespecialiseerde verpleegkundigen voor patiëntengroepen met een chronische ziekte; 2) ontwikkeling van transmurale richtlijnen; 3) ontwikkeling van thuiszorgtechnologie; 4) planning van ontslag uit het ziekenhuis; 5) consultatie van specialisten door eerstelijnszorgaanbieders, vooral in de vorm van diagnostische centra; 6) revalidatie na ziekenhuisopname voor CVA of heupfractuur; en 7) farmaceutische transmurale zorg. Tachtig procent van de voorzieningen betrof chronische patiënten.

Al met al krijgen we met het lezen van deze dissertatie een aardig overzicht van wat er op het terrein te doen is.

Transmurale zorg is echter vooral een zaak voor nieuwe en speciaal benoemde verpleegkundigen geworden die problemen aan de voor- en de achterdeur van het ziekenhuis mochten oplossen. Er vond geen taakverschuiving plaats tussen eerste en tweede lijn, maar van artsen naar die speciaal benoemde verpleegkundigen. De dagelijkse routine van artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis is er niet noemenswaardig door veranderd. Patiënten blijven de intersectorale continuïteit als een van de voornaamste probleemgebieden in de gezondheidszorg aangeven. Het weinige onderzoek dat gedaan is naar effecten laat geen indrukwekkende verbeteringen zien. Ongeveer de helft van de projecten wordt na de testfase gecontinueerd; de projecten die doorgaan, zijn over het algemeen lokaal gebleven en hebben geen bredere uitstraling gekregen. Kortom, na zes jaar ontwikkeling blijkt transmurale zorg een marginale rol in de Nederlandse gezondheidszorg te spelen.

Ik weet niet of je van de schrijver van een proefschrift een beschouwing mag verwachten over de consequenties van een dergelijke, toch tamelijk negatieve onderzoeksbevinding. Deze schrijfster doet het in ieder geval niet. Het is een proefschrift geworden van het type 'Doe wel en zie niet om'. In het achtste en laatste hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan alsof er niet vastgesteld zou zijn dat er niets terechtgekomen is van de bedoelingen van de commissie Biesheuvel; anders gezegd, dat de oorspronkelijke bedoelingen van die commissie geperverteerd zijn. Dat is geen uitspraak over de technische kwaliteit van het onderzoek; het is wel een moreel oordeel over de kwaliteit van de beschouwing. Wat moeten we denken van een opleiding die aandacht schenkt aan techniek – in dit geval onderzoekstechniek – maar niet leert over de grenzen te kijken van wat er met die techniek te zien valt?

*Ger van der Werf*

## Sexe en hart- en vaatziekten

*Roeters van Lennep JE. Gender and cardiovascular disease. Risk factors, diagnosis and treatment. [Dissertatie]. Universiteit Leiden, 2001; 171 pagina's. ISBN 90-9014242-8.*

In dit proefschrift is door middel van retrospectief onderzoek nagegaan of en in welke mate er geslachtsgebonden verschillen aan te tonen zijn in risicofactoren, diagnostische procedures en therapeutische ingrepen bij patiënten met aangetoonde hart- en vaatziekten. De auteur heeft voor de analyses steeds gebruikgemaakt van retrospectief verzamelde gegevens van een groot aantal naar de tweede lijn verwezen patiënten. Het tweede hoofdstuk bevat een niet-systematische review van de gegevens over de risicofactoren voor hart- en vaatziekten bij mannen en vrouwen. Bekend is dat sommige risicofactoren (diabetes, HDL-triglyceriden) een groter effect hebben op hart- en vaatziekten bij vrouwen dan bij mannen. Aannemelijk is dat dit ook voor roken, familiale belasting, en ontstekingsfactoren geldt. Lipoproteïne-a zou bij mannen mogelijk een sterkere impact hebben. In hoofdstuk 3 wordt beschreven welke bepalingen bij een groep verwezen vrouwen het best correleerden met de aan- of afwezigheid van coronariairlijden. Apo-B bleek een betere voorspeller dan totaal cholesterol, LDL, HDL, triglyceriden en Apo-AI. Bij patiënten (mannen en vrouwen) die succesvol behandeld worden met statinen bleek bij vrouwen het HDL-gehalte een voorspellende waarde te hebben voor het optreden van toekomstige coronaire complicaties (MI of mortaliteit); bij Apo-AI was dit het geval voor mannen en vrouwen. De na behandeling genormaliseerde waarden voor cholesterol, LDL, en triglyceriden bleken echter geen voorspellende waarde te hebben.

In de overige hoofdstukken is nagegaan of er een verschillend beleid wordt gevoerd bij verwezen vrouwen en verwezen mannen. Voor de verwijzing voor coronaire angiografie na een scintigrafie,