

TRANSMURAAL WERKEN

H. Post*

Transmuraal werken is een begrip dat we tegenwoordig veel horen. Het is wenselijk zo niet noodzakelijk, maar toch moeilijk te realiseren. In dit artikel probeer ik aan te geven wat mijns inziens nodig is om vorm en inhoud te geven aan de transmurale zorg in de praktijk.

Transmuraal volgens van Dale: zowel binnen als buiten de muren van een bepaalde instelling.

In Nederland kennen we diverse projecten om het transmuraal werken in te bedden in de huidige praktijksituatie. Vanuit de overheid wordt dit gestimuleerd door het ont-schottingsbeleid te financieren en via zorgvernieuwingsprojecten te laten onderzoeken wat de mogelijkheden zijn. Bij onder andere de zorggroep RIVAS en in Zaanstreek-Waterland zijn Transcompartimentale experimenten opgezet en eind 2002 afgesloten. Hun onderzoeken en resultaten komen aardig overeen als je kijkt waar de knelpunten van transmurale zorg liggen.

Ook binnen andere regio's zet deze tendens zich voort; óók daar is men aan het zoeken hoe de ketenzorg waarin de patiënt zich in(gaat) bevindt(en) zonder (veel) hiaten en valkuilen kan aansluiten op elkaar. Afstemming, afspraken en protocolleringen zijn noodzakelijk. Niemand zal dit fenomeen ontkennen en we willen het ook allemaal, maar waarom komt het dan zo moeilijk van de grond?

Op diverse symposia en bijeenkomsten staat transmuraal werken op de agenda. Op het recent gehouden symposium in het AMC ter implementatie van het nieuwe decubitusprotocol was er ook ruim aandacht voor transmuraal werken. Hier presenteerden 2 net afgestudeerde HBOV-ers de resultaten van hun onderzoek naar transmuraal werken in de regio Zuidoost Amsterdam. Ze brachten in kaart waar de knelpunten lagen op dit gebied, punten die ook terugkeren in andere onderzoeken/projecten op het gebied van transmurale zorg.

Wat nu nodig is om de transmurale

zorg ook echt vorm en inhoud te geven is een vertaalslag (durven) te maken van de onderzoeksresultaten naar de praktijk van alle dag.

Als er bijvoorbeeld gekeken wordt naar het onderdeel decubitus dan ligt er een goede basis in de richtlijnen van het CBO. Richtlijnen die zijn opgesteld en zoveel mogelijk onderbouwd met wetenschappelijk onderzoek. Deze richtlijnen worden in heel Nederland gebruikt als basis voor de instellingsprotocollen, welke daarom – als het goed is – op grote lijnen niet veel kunnen afwijken. Binnen diverse instellingen zal men deze richtlijnen moeten toetsen aan de praktijk en rekening houden met de (on-)mogelijkheden en beperkingen van de individuele instelling. De volgende stap is dan om binnen de regio deze richtlijnen en instellingsprotocollen zo op elkaar af te stemmen dat de patiënt overal dezelfde zorg krijgt en de keten gerespecteerd wordt.

Dit is een proces waar we met zijn allen in moeten investeren, want juist hier zitten de knelpunten volgens diverse onderzoeken; maatregelen, afspraken, inspanningen, kennis en vaardigheden sneuvelen nog te vaak bij de eigen voorkeur. Het domeindenken kan nog moeilijk losgelaten worden en men is onvoldoende in staat om over de eigen muren heen te kijken ten aanzien van de (on)mogelijkheden en beperkingen binnen de andere instellingen. Met deze (on-)mogelijkheden en beperkingen wordt de patiënt geconfronteerd bij overplaatsing naar zo'n andere instelling.

We hebben in Nederland een aantal voorvechters op het gebied van decubitus en wondzorg. Deze kleine groep mensen heeft al veel bereikt,

zelfs op politiek niveau. Maar in de praktijk van alle dag zien we echter dat het overgrote deel van de "transmurale werkvloer" niet of onvoldoende mee kan komen met al deze richtlijnen en protocollen.

Frustraties die optreden omdat de één te snel gaat en de ander te traag is lijkt een oorzakelijk verband te hebben met waarom het transmurale werken zo moeilijk op gang komt.

Wanneer transmuraliteit in een regio echt gewenst wordt, dan is een voortrekker nodig die een basis voor samenwerking aangeeft en een eenheid in de samenwerkingsgroep weet te vinden. Het kernwoord is **SAMEN** doen, en daarin moet men geven en nemen en dit kan soms erg moeilijk zijn, maar investeren in elkaar is een goede investering in de toekomst naar een geslaagde transmurale samenwerking. Dat kan inhouden dat een bepaalde instelling een stap op de plaats moet maken, of misschien zelfs wel een stap terug. Maar dat dient dan het hogere doel om de transmurale groep de tijd, mogelijkheid en kennis te bieden om op die manier een modus te vinden om samen door te groeien naar een hoger niveau van transmuraliteit.

Transmuraal samenwerken kan alleen als je elkaar in de waarde laat en de meningen, mogelijkheden, onmogelijkheden en beperkingen van de diverse samenwerkingspartners en organisaties daarin bespreekbaar kunt maken en hiermee rekening houdt.

Wat in een ziekenhuis mogelijk is, is bv. in de thuiszorg moeilijker haalbaar (in een ziekenhuis kan je eenvoudiger 3 keer per dag iemand met een wond verbinden met uitgekne-

pen NaCl 0.9% gazen dan in de thuiszorg, daar zal je toch naar andere mogelijkheden/opties moeten zoeken). Beide invullingen kun je toetsen aan de CBO richtlijnen en zullen niet afwijken van die richtlijnen maar met de individuele invulling wordt er wel rekening gehouden met de (on)mogelijkheden/beperkingen van de specifieke organisatie/situatie.

Waar je in de regio naar toe zou moeten werken is een soort raamwerk/kapstok, die je **SAMEN** maakt; kijken naar de gezamenlijke (on)mogelijkheden, proberen knelpunten te vinden en hier oplossingen voor te bedenken. Zo'n samen geformuleerde kapstok kan dan gebruikt worden als regionaal protocol. Dit regionaal protocol is het protocol waar je je in de regio aan gaat houden. Hieronder kunnen de diverse instellingen een instellingsprotocol maken, protocollen die passen binnen de specifieke instellingen. Het instellingsprotocol moet natuurlijk wel geconformeerd worden met het regionaal protocol. Bespreek deze instellingsprotocollen met elkaar en beoordeel ze samen of ze niet in hoofdlijnen afwijken van het regionaal protocol en draag deze protocollen aan elkaar over zodat je weet hoe er op de verschillende instellingsniveaus inhoud wordt gegeven aan het regionaal protocol. Zo kan de continuïteit van zorg worden gegarandeerd wanneer de patiënt van de ene organisatie naar de andere verhuist.

Op deze manier kan er een basis gevormd worden voor een verdere transmurale samenwerking. Wanneer deze basis er eenmaal is kan de samenwerking worden uitgebreid met allerlei andere protocollen en afspraken.

Hiervoor is nodig dat elke samenwerkings-partner in staat is:

- het domein-denken los te laten;
- te durven investeren in de ander;
- respect te hebben voor elkaars (on-)mogelijkheden;
- om bij elkaar binnen de instellingen te gaan kijken en mee te lopen/mee te denken;

- samen te (willen) zoeken naar oplossingen voor de gevonden knelpunten;
- tot het maken van een pas op de plaats of zelfs een stap terug;
- tot de wil om een gemeenschappelijk regionaal niveau te vinden;
- een voortrekker te benoemen die de groep tot een eenheid kan krijgen en houden.

Als deze randvoorwaarden zijn gevonden kan men pas verder; dan pas kan men kijken of de regio als geheel een regionaal protocol kan maken.

De volgende stap zou dan kunnen zijn dat de diverse instellingen apart op hun niveau een instellingsprotocol maken.

Daarna zijn eventueel verdere afspraken te maken zoals:

- een basiswondsbehandeling waar alle instellingen zich in kunnen vinden en aan houden, rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen van de individuele organisatie,
- het maken van uniforme overdrachtsformulieren,
- het aanstellen van eerstverantwoordelijken,
- afspraken maken om Anti Decubitus materialen te stroomlijnen,
- etc.

Als je in de regio een transmurale samenwerking goed van de grond wilt krijgen moet je met alle belanghebbende organisaties bij elkaar gaan zitten, elkaar weten te vinden en proberen de randvoorwaarden te creëren zoals hierboven beschreven zijn.

Kom als groep regelmatig bij elkaar om het gehele proces een adequate en permanente invulling en inbedding te geven in alle instellingen in de regio.

Transmuraal samenwerken is een uitdagend maar noodzakelijk punt om aan te pakken. Het zal niet altijd even makkelijk zijn voor alle partijen. Partijen die al geruime tijd bezig zijn met decubitus moeten misschien bereid zijn een pas op de plaats te maken en instellingen die van decubitus nog niet zoveel kaas hebben gegeten moeten zich verdiepen in een materie die niet altijd even makkelijk is. Deze investering is

het echter méér dan waard en samen kun je tot ongekende hoogten komen.

Het zal vallen en opstaan zijn en er zal veel geknukt worden maar uiteindelijk zal er een regionale liefde bloeien die uitstraalt naar andere regio's.

Want alleen als je het **SAMEN** doet kan transmuraal werken een inbedding bieden op een manier zoals we het allemaal diep in ons hart willen.

SAMENVATTING

Transmuraal werken betekent loslaten van het domein denken, durven investeren in elkaar, respect hebben voor elkaars (on) mogelijkheden en **SAMEN** willen zoeken naar oplossingen voor de gevonden knelpunten want:

SAMEN VOORKOMEN IS BETER DAN ALLEEN GENEZEN

* **Henri Post, Specifiek verpleegkundige huiddefecten Evean Thuiszorg Purmerend**
Postbus 68 1440 AB Purmerend
hpost@evean.nl
www.decubituswijzer.nl



WCS /S/E/R/V/I/C/E/

HET WCS CLASSIFICATIE KAARTJE

NIEUWE VERSIE

ALTIJD HET CLASSIFICATIEMODEL OP ZAK.

Dit handzame kaartje biedt u de gelegenheid om het Classificatiemodel tijdens uw werk altijd bij de hand te hebben.

Dit kaartje kost slechts € 0,50 per stuk (exclusief verpakings- en verzendkosten) en kan besteld worden via:

DE WCS BESTELLIJN: 0252-230026.