



Regionale samenwerking huisartsen en specialisten

Samenwerking tussen de eerste en tweede lijn is noodzakelijk, maar niet vanzelfsprekend. Een vertaling van richtlijnen naar de werkvloer is van belang om gezamenlijk goede patiëntenzorg te leveren en de continuïteit van zorg te garanderen. Dat gaat niet vanzelf, een goede samenwerking vereist de nodige organisatie en faciliteiten.

Van richtlijn naar afspraken

De huidige richtlijnen zijn geënt op ziektes of klachten en beschrijven nauwelijks 'multidisciplinaire' samenwerkingsprocessen.¹ Afspraken over gezamenlijke patiëntenzorg en taakverdeling zijn summier beschreven. Een vertaling van landelijke richtlijnen naar de werkprocessen op regionaal of lokaal niveau is van belang om de kwaliteit en de continuïteit van zorg te garanderen.

Een kwart van de Nederlandse ziekenhuizen maakt gebruik van een Medisch Coördinerend Centrum (MCC) om huisartsen en specialisten te faciliteren bij het maken van afspraken over onderlinge samenwerking. De MCC's hebben zich landelijke verenigd in een Federatie van Medisch Coördinerende Centra (FMCC). Ondanks de organisatorische en regionale verschillen hebben de MCC's één gemeenschappelijk noemer: het formuleren van regionale transmurale afspraken (RTA's) tussen huisartsen en specialisten. MCC's leveren daarmee een bijdrage aan de vertaling van landelijke evidence-based richtlijnen naar samenwerkingsprocessen tussen huisartsen en specialisten in de dagelijkse praktijk.

Een RTA is een concrete samenwerkingsafpraak tussen huisartsen en specialisten die is gebaseerd op bestaande landelijke richtlijnen, zoals NHG-Standaarden, specialistische richtlijnen, CBO-richtlijnen, landelijke transmurale afspraken of landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken. Een RTA kan verschillende onderdelen van het zorgproces beschrijven, zoals

diagnostische bepalingen, behandelings, het leveren van (na)zorg, het afstemmen van gezamenlijk te voeren beleid of afspraken over communicatie. Hiermee kan substitutie van zorg geoperationaliseerd worden, bijvoorbeeld RTA's over fietsergometrie op aanvraag van de huisarts en afspraken over cardiovasculair risicomanagement door de huisarts na een hartinfarct.² Een belangrijke doelstelling is het creëren van uniformiteit in een regio. Het zou niet moeten uitmaken naar welk ziekenhuis de huisarts binnen de regio verwijst, omdat iedereen volgens dezelfde RTA werkt. RTA's zijn een onderdeel van de kwaliteitsvisite van specialistische vakgroepen.

De werkwijze waarop richtlijnen en RTA's tot stand komen, moet transparant zijn. Op landelijk niveau hebben het NHC, de Kwaliteitskoepel Medisch Specialisten en het CBO hun werkwijze beschreven.^{3,4,5} De Regieraad Kwaliteit van Zorg – sinds 2013 opgegaan in het Kwaliteitsinstituut (Zorginstituut Nederland) – streeft sinds 2009 naar meer samenhang en structuur in de landelijke richtlijnontwikkeling door de Richtlijn voor richtlijnen samen met het veld te ontwikkelen.⁶

Het FMCC heeft het initiatief genomen de diverse werkwijzen bij RTA-ontwikkeling te inventariseren en dit proces landelijk te uniformeren. Doel is het ontwikkelen van een hulpmiddel voor MCC's om hun werkwijzen te toetsen en te verbeteren, zodat deze voor andere (landelijke) partijen transparant zijn. Dit heeft geleid tot een door de MCC's geaccepteerde uniforme werkwijze voor het ontwikkelen, implementeren en evalueren van een RTA, waarin de samenwerking en taakafstemming tussen de eerste en tweede lijn in de regio worden beschreven. In die uniforme werkwijze komen de volgende onderwerpen aan de orde: Wat is een RTA? Waar zijn regionale verschillen toegestaan? Welke samenwerkingsrelaties zijn er tussen de regio's en wat is de relatie met de landelijke richtlijnontwikkelaars? Dit artikel beschrijft de landelijke werkwijze en hoe deze tot stand is gekomen.

Ontwikkelen landelijke werkwijze

Alle 22 MCC-leden ontvingen per mail (najaar 2011) een korte vragenlijst. Deze bestond uit vragen over de procedurebeschrijving van RTA-ontwikkeling, over het plaatsen van de gemaakte werkafspraken op de landelijke website, over de beschikbaarheid van verslagen van werkgroepbijeenkomsten of conceptteksten en over het archiveren van commentaar en correspondentie. Daarnaast werden de regionale beschrijvingen van RTA-ontwikkeling opgevraagd.

Aan de hand van de uitkomsten van de enquête, de ontvangen regionale RTA-procedures en de gegevens van het NIVEL-onderzoek⁷ werd een eerste concept stappenplan RTA-ontwikkeling gemaakt. De conceptversies werden besproken tijdens twee Algemene Ledenvergaderingen (ALV) van de FMCC. Aan de hand van het commentaar hebben we het plan aangepast. Het definitieve document werd vastgesteld op de ALV van 13 december 2012.

Vragenlijsten

Van de 22 verzonden vragenlijsten ontvingen we er 11 retour. Acht regionale RTA-procedurebeschrijvingen werden meegezonden. Vier MCC's in Zuidoost-Brabant werkten samen en gebruikten dezelfde RTA-procedurebeschrijving. Vastgesteld werd dat een RTA werkafspraken beschrijft tussen de eerste en tweede lijn over samenwerking rondom een bepaalde klacht of bepaald ziektebeeld en bestaat uit een aantal onderdelen [tabel].

Het landelijke stappenplan

Het landelijke stappenplan RTA-ontwikkeling van de FMCC beschrijft de ontwikkeling van een RTA in tien noodzakelijke stappen. Uitgangspunt voor alle RTA's zijn – indien aanwezig – landelijke richtlijnen. De samenstelling van de werkgroep is mede afhankelijk van het onderwerp. De werkgroep bestaat minimaal uit huisartsen, medisch specialisten en de medisch coördinator. Deze basissamenstelling kan worden aangevuld met paramedici en/of managers van organisatorische of logistieke aspecten van de RTA. Bij een eerstelijns

Tabel 1: De onderdelen van een RTA

1. Doel van de RTA.
2. Diagnostiek: onderzoek voor de verwijzing door de huisarts.
3. Behandeling (bij een diagnostische RTA: wie doet de behandeling of geeft suggesties voor de behandeling).
4. Indicaties voor verwijzing naar de specialist (of voor diagnostiek).
5. Berichtgeving communicatie huisarts-specialist of specialist-huisarts en de termijnen waarbinnen dit gebeurt.
6. Werkwijze specialist: wat kan de patiënt verwachten.
7. Informatie en voorlichting aan de patiënt door wie.
8. Indicaties terugverwijzen huisarts of niet verwijzen.
9. Gedeelde zorg en consultatie.

regionale werkafpraak worden ook andere eerstelijns werkers uitgenodigd. De uiteindelijke RTA moet hanteerbaar zijn voor 'gewone huisartsen en specialisten' in de dagelijkse praktijk.

Conclusies

De FMCC-leden hebben overeenstemming bereikt over een uniforme procedure voor RTA-ontwikkeling. De werkwijze van RTA-ontwikkeling die staat beschreven in het rapport is geen eindproduct maar een werkdocument dat regelmatig wordt aangepast. Sinds het ontstaan van het rapport hebben verschillende regio's een eigen app ontwikkeld waarop de RTA's te vinden zijn. Naast de samenwerkingsafspraken bevatten deze apps de functie wie-is-wie, waarin huisartsen en specialisten elkaars gegevens kunnen vinden.

Aanbevelingen

Om de kwaliteit, continuïteit en betaalbaarheid van de patiëntenzorg te waarborgen, zullen hulpverleners uit de eerste en tweede lijn intensief met elkaar moeten samenwerken. Nog niet iedere regio beschikt over een MCC om regionale samenwerking van huisartsen en specialisten vorm te geven. Regionaal samenwerken tussen huisartsen en specialist gaat niet vanzelf, dit moet georganiseerd en gefaciliteerd worden. Iedere regio verdient een MCC om deze samenwerking te organiseren. Voor iedereen die afspraken maakt over samenwerking tussen huisartsen en anderen is het stappenplan RTA-ontwikkeling een handig hulpmiddel (www.fmcc.nl). Daarnaast kan de landelijke website www.afsprakenhuisartsenspecialist.nl, met RTA's uit het hele land, een inspiratiebron vormen. De site biedt voorbeelden over diverse onderwerpen.

Hoe verder

De samenwerking van het FMCC met landelijke richtlijnontwikkelaars is in ontwikkeling. De FMCC inventariseert voor het NHG de regionaal ervaren knelpunten onder haar leden voorafgaand aan de herziening of de start van een nieuwe richtlijn. Bestaande RTA's over het richtlijnonderwerp worden verzameld. Het FMCC heeft structureel overleg met het NHG. Met de Kwaliteitskoepel Medisch Specialisten zijn onlangs afspraken gemaakt over het leveren van regionaal ervaren knelpun-

ten en RTA's over richtlijnonderwerpen. Deze samenwerking tussen landelijke en regionale organisaties en tussen MCC's onderling zal verder worden ontwikkeld.

Dankbetuiging

Met dank aan de Regieraad die de ontwikkeling van de landelijk uniforme procedure voor RTA-ontwikkeling financieel mogelijk heeft gemaakt, Ron Scholte die als stagiair het proces heeft gefaciliteerd en ondersteund, en de leden en het bestuur van de FMCC die ervoor hebben gezorgd dat deze procedure tot stand kon komen. ■

LITERATUUR

- 1 Zuiderent-Jerak T, Jerak-Zuiderent S, Van de Bovenkamp H, Swan Tan T, Hakkart-van Rooijen L, Brouwer W, et al. Variatie in Richtlijnen: wat is het probleem? Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012.
- 2 De Kluiver EP. Effecten van vrije toegang van de huisarts tot niet invasief cardiaal functie onderzoek [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2003.
- 3 NHG. Procedures voor de ontwikkeling van NHG-standaarden; 2010 https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/procedureboek_versie_090810.pdf.
- 4 Orde van Medisch Specialisten en de wetenschappelijke verenigingen. Medisch-specialistische richtlijnen 2.0 - Versie 2; oktober 2012: http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/2012/Eindrapport_adviescommissie_richtlijnen_okt2011.pdf.
- 5 Van Everdingen JJE, Dreesens DHH, Burgers JS, Swinkels JA, Van Barneveld TA, Van der Weijden T. Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2014.
- 6 Regieraad Kwaliteit van Zorg. Richtlijn voor Richtlijnen. Den Haag: Regieraad, 2012.
- 7 NIVEL. De aansluiting tussen landelijke multidisciplinaire richtlijnen en regionale transmurale werkafspraken. Utrecht: NIVEL, 2010.