

# Ontwikkelen van een landelijke werkwijze voor Regionale Samenwerkingsafspraken

Inventarisatie van de werkwijzen  
van MCC's en discussiestuk



Met subsidie van de:



R. Scholten  
L.J. Meijer

3 april 2012

ISB nummer 978-94-6190-923-7

# Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting	4
1 Het uniforme proces om een regionale werkafpraak te ontwikkelen	6
2 Inleiding en doelstelling	17
3 Werkwijze	20
4 Resultaten	22
5 Huidige processen voor de ontwikkeling van regionale werkafspraken	23
6. Discussie en conclusie	30
Literatuur	31
Bijlage A: Afkortingen en definities	32
Bijlage B: Websites	33

## Samenvatting

In de regio's worden door de Medisch Coördinerende Centra (MCC's) afspraken gemaakt tussen huisartsen en specialisten en andere zorgverleners die worden vastgelegd in Regionale Transmurale Afspraken (RTA's). Voor deze RTA's wordt gebruikt gemaakt van landelijke evidence-based mono- en multidisciplinaire richtlijnen. Om de werkwijzen van de totstandkoming van RTA's waar mogelijk landelijk te uniformeren, heeft de Federatie van Medisch Coördinerende Centra (FMCC) met subsidie van de Regieraad een onderzoek gedaan naar de bestaande procedures in de regio's. Aan de hand van dit onderzoek is een landelijke mal voor RTA ontwikkeling gemaakt.

### Methode

Er werd een enquête verzonden naar de 22 leden van de FMCC. De vragenlijst bestaat uit vier vragen die betrekking hebben op de beschrijving van de procedure van het tot stand komen van een RTA, het plaatsen van de gemaakte werkafspraken op een landelijke website, het al dan niet hebben van verslagen over de werkgroepbijeenkomsten en of conceptteksten en of commentaar/correspondentie bewaard worden. Er werd gevraagd om de beschreven procedure van RTA ontwikkeling mee te sturen. De verzamelde procedureomschrijvingen van de MCC's werden gebruikt om een stappenplan te ontwikkelen voor de totstandkoming van een RTA. Hiervan is een discussiedocument gemaakt dat gepresenteerd en besproken is tijdens Algemene Ledenvergaderingen van de FMCC op 8 december 2011 en 15 maart 2012 te Utrecht. Hieruit is de landelijke mal voor regionale RTA ontwikkeling ontwikkeld. Er is per stap onderscheid gemaakt tussen landelijke uniformiteit en regionale variatie.

### Resultaten

De enquête is door negen MCC's ingevuld en er werden vijf verschillende procedureomschrijvingen van acht MCC's ontvangen. Uit de enquête en de procedurebeschrijvingen uit de regio's blijkt de nodige regionale variatie.

Het stappenplan beschrijft de ontwikkeling van een RTA in een landelijk format. De onderscheiden stappen in het proces zijn:

1. Aanleiding van de RTA
2. Voortraject
3. Beslissing om een RTA te ontwikkelen
4. De werkgroep vergadering
5. Van concept naar definitieve afspraak
6. De definitieve afspraak
7. Implementatie
8. Evaluatie
9. Samenwerking tussen MCC's
10. Samenwerking met landelijke richtlijnontwikkelaars.

Iedere stap in het stappenplan heeft meerdere substappen. Bij de meeste stappen is landelijke uniformiteit mogelijk en wenselijk. De beslissing om een RTA te ontwikkelen (stap

3), van concept naar definitieve werkafpraak (stap5) en implementatie (stap 7) worden regionaal verschillend ingevuld, ingegeven door verschillen in regionale organisatie. Voor deze stappen is regionale variatie mogelijk en wenselijk. Echter deze stappen worden door alle regio's gezien als noodzakelijk stappen in het ontwikkelingsproces van een RTA.

### **Discussie en conclusie**

Met de leden van het FMCC is het gelukt om tot overeenstemming te komen over de beschrijving van de procedure van de regionale ontwikkeling van een RTA. Het is nuttig om dit document nu het zijn vaste contouren krijgt, nogmaals te bespreken met de FMCC leden en de Regieraad als opdrachtgever. Verder lijkt het zinnig om met de landelijke richtlijnontwikkelaars, NHG, Orde, Verenigingen van Medisch Specialisten en Trimbos-instituut en CBO en RIVM in gesprek te gaan over deze regionale werkwijze. Landelijke richtlijnen zouden voor de regio's behulpzame adviezen kunnen bevatten over regionale samenwerking en thema's om in de regio's afspraken te maken. Deze zaken zouden in onderling overleg tussen landelijke en regionale organisaties ontwikkeld kunnen worden. Daarnaast is het (nog) niet zo dat iedere regio over een MCC beschikt die de regionale samenwerking tussen huisarts en specialist vormgeeft. Voor nieuw te vormen MCC's, bestaande MCC's en een ieder die afspraken maakt over transmurale samenwerking, hopen we dat dit document een hulpmiddel kan zijn in het organiseren van samenwerking tussen huisartsen en specialisten en andere betrokken beroepsgroepen.

Dit rapport is geen eindproduct maar een discussiestuk wat aan verandering onderhevig zal zijn. We hopen dat dit document aan verandering onderhevig mag zijn, want dat zou betekenen dat de aandacht voor regionale samenwerking bij de implementatie van landelijke richtlijnen leeft. Voor het gebruikersgemak presenteren we het landelijke uniforme proces om tot een regionale werkafpraak te komen in het begin (hoofdstuk 1). De werkwijze en de resultaten van het onderzoek dat hieraan ten grondslag ligt, staan in de hoofdstukken daarna.

Namens de FMCC, Loes Meijer, april 2012

# §1 Het uniforme proces om een regionale werkafpraak te ontwikkelen.

Wat is een RTA?

Tijdens de ALV van december 2011 werden de volgende kenmerken van een RTA benoemd:

- Het is een samenwerkingsafpraak tussen huisarts en specialist gebaseerd op bestaande landelijke mono- en multidisciplinaire richtlijnen zoals NHG-standaarden, specialistische richtlijnen, CBO-richtlijnen, landelijke transmurale afspraken (LTA's) en landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken (LESA's).
- Een RTA kan verschillende onderdelen van het zorgproces beschrijven zoals: diagnostische aanvragen /diagnostiek, bepaalde (be-)handelingen en/of chronische zorg en nazorg.
- Soms gaat een RTA over het afstemmen van beleid (b.v. RTA Splenomegalie)
- Een RTA kan de relatie met de zorgprogramma's benoemen en kan specifieke onderdelen van een zorgprogramma beschrijven.
- Logistiek is een expliciet en essentieel onderdeel van een RTA.

In de ALV op 8 december werd een stappenplan in een tabelvorm gepresenteerd, welke in een aantal stappen een mogelijke werkwijze toont om op een landelijk uniforme en transparante wijze regionale werkafspraken te ontwikkelen. Deze werkwijze is gebaseerd op de procedures die momenteel gehanteerd worden door de verschillende MCC's en diende als discussiestuk voor de ALV op 8 december 2011 en 15 maart 2012. Het commentaar op de stappen werd naderhand geïntegreerd in de oorspronkelijke tabel en leidde tot onderstaande tabel 1. Uit de discussie werd eveneens duidelijk welke stappen landelijk, uniform kunnen worden uitgevoerd en voor welke stappen de regionale variatie behouden dient te blijven (in cursief weergegeven). Na de tabel worden de verschillende stappen nog kort toegelicht.

Tabel 1. Landelijk stappenplan voor de ontwikkeling van een Regionale Transmurale Afspraak (RTA).

	<b>Sub stappen: evt regionale variatie</b>	<b>Samenstelling</b>
<b>1. Aanleiding</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behoeftte van het veld</li> <li>• Ervaren knelpunten in de samenwerking</li> <li>• Nieuwe of herziene NHG standaarden, multidisciplinaire richtlijnen, specialistische richtlijnen of Landelijke Transmurale Afspraken of Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken</li> <li>• Nieuwe diagnostische mogelijkheden</li> </ul>
<b>2. Voortraject</b>	Doel + inhoud RTA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat doet de huisarts?</li> <li>• Waarde aanvullend onderzoek zie *</li> <li>• Wanneer verwijzen en hoe?</li> <li>• Wat doet de specialist</li> </ul>

	Diagnostisch traject *	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wanneer terugverwijzen en hoe?</li> <li>• Gezamenlijke behandeling, controles</li> <li>• Berichtgeving</li> <li>• Informatie aan de patiënt</li> <li>• Waarde aanvullend onderzoek</li> <li>• Logistiek</li> </ul>
<b>3. Beslissing om een RTA te ontwikkelen</b>	<i>Regionale verschillen</i>	<p>maar ..</p> <p>Er dient wel een formeel besluit te zijn waarbij regionaal vastgelegd is wie de beslissing neemt en hoe.</p> <p>Voorwaarden in kaart brengen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mate waarin het onderwerp gedragen wordt</li> <li>• ernst van de ervaren knelpunten</li> <li>• belangen van partijen</li> <li>• mate waarin het probleem zich voordoet</li> <li>• bekostiging</li> </ul>
<b>4. De werkgroep vergadering</b>	a. Samenstelling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1-2 huisartsen</li> <li>• 1-2 specialisten (soms meerdere vakgroepen)</li> <li>• Medisch coördinator</li> </ul> <p>Anderen afhankelijk van onderwerp: verpleegkundigen, andere 1<sup>e</sup> lijnwerkers zoals apothekers, fysiotherapeuten, verloskundigen, regionale ambulance voorzieningen (RAV), kaderartsen, managers, jeugdartsen, Specialisten ouderengeneeskunde</p>
	b. Vergaderschema	<p>Aantal is afhankelijk van het onderwerp. Regionaal zaken rondom aantal vergaderingen, agenda en structuur afspreken.</p> <p>In het vergaderschema komen aan de orde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gezamenlijke ambitie, visie uitgangspunten</li> <li>• Medische inhoud</li> <li>• Organisatie en logistieke afspraken vanuit de medisch inhoudelijke samenwerking</li> <li>• (Financiële ) belangen: t.a.v. personen en de medische inhoud</li> <li>• Scholing</li> </ul>

	c. Bronnen	Landelijk: Nieuwe of herziene NHG standaarden, multidisciplinaire richtlijnen, specialistische richtlijnen of Landelijke Transmurale Afspraken of Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken, Regionaal: RTA's uit andere regio's, artikelen.
	d. Dossiervorming	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitgangspunten documenten over de doelstelling en ervaren knelpunten</li> <li>• Optioneel: Alle RTA –concepten met argumentatie</li> <li>• Notulen van alle vergaderingen</li> <li>• Gebruikte bronnen</li> <li>• Werkgroepleden</li> <li>• Referenten en commentaar</li> <li>• Autorisatie hoe wanneer en door wie</li> <li>• Correspondentie</li> </ul>
<b>5. Van concept naar definitieve werkafpraak</b>	a. Commentaar <i>Regionale variatie</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selectie van huisartsen</li> <li>• Specialisten</li> <li>• Overig, nader te omschrijven</li> </ul>
	b. Goedkeuring <i>Regionale variatie</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Door de vakgroep</li> <li>• Andere betrokkenen zoals belendende vakgroepen (bijv. diagnostische)</li> <li>• Huisartsen</li> </ul>
<b>6. De definitieve werkafpraak ...</b>	a. Lay-out	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bron documenten</li> <li>• Jaartal (van herziening) RTA</li> <li>• Werkgroepleden en namens welke vakgroep</li> <li>• Indeling items van de RTA (landelijk format)</li> </ul>
	b. Aankondigen	Moet zo breed mogelijk geschieden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Digitaal (E-mail, websites, nieuwsbrieven, sociale media, RTA-app)</li> <li>• Schriftelijk: nieuwsbrieven</li> </ul>
	c. Verspreiden	Digitaal regionale website en landelijke website: <a href="http://www.afsprakenhuisartsenspecialist.nl">www.afsprakenhuisartsenspecialist.nl</a> E-mail, QR code maken Schriftelijk
	d. Vertalen	Naar een elektronische verwijsoverleg applicatie (zoals b.v. ZorgDomein)
<b>7. Implementatie</b>	<i>Regionale variatie</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interline (MCC Klik), Tussen de lijnen (MCCE) e-module met toetsgroep (EDC Ter gooi)</li> <li>• Diagnostisch Toetsoverleg (DTO)</li> <li>• Farmaco Therapeutisch Transmuraal Overleg (FTTO)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nascholing presentaties in ziekenhuis</li> <li>• Scholingsdagen huisartsen en specialisten, betrokken beroepsgroepen</li> <li>• Web-applicaties, telezorg, elektronische verwijsapplicaties</li> <li>• WDH nascholing, lezingen, web-based nascholing, scholing in toetsgroepen. Themadagen</li> </ul>
<b>8. Evaluatie</b>	a. Wat <i>Regionale variatie</i>	Indicatoren vaststellen (verwijzingen, terugverwijzingen, wachttijden)
	b. Wanneer	Door werkgroep af te spreken
<b>9. Samenwerking tussen MCC's in een regio</b>		In regio's waar huisartsen te maken hebben met meerdere ziekenhuizen of in kleine regio's Basisfilosofie: eenduidigheid voor de werkers in een regio
<b>10. Samenwerking met landelijke richtlijn ontwikkelaars: NHG, Orde van medisch specialisten, Specialistische verenigingen, CBO, Trimbos-instituut, RIVM (diligide, oncoline)</b>	Start en tijdens proces RTA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nagaan welke landelijke richtlijnen er zijn</li> <li>• nagaan of een richtlijn herzien wordt</li> <li>• bij tegenstrijdige adviezen in landelijke richtlijnen van verschillende organisaties b.v. jaarplan NHG via <a href="http://nhg.artsennet.nl/Het-NHG/NHGBeleid.htm">http://nhg.artsennet.nl/Het-NHG/NHGBeleid.htm</a></li> </ul> Bij vragen over richtlijnen: <a href="mailto:renw@nhg.org">renw@nhg.org</a>
	Einde proces RTA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• knelpunten met het werken met de richtlijn</li> <li>• suggesties en wensen voor nieuwe richtlijnen</li> <li>• suggesties voor herzieningen van richtlijnen</li> </ul>

### **Stap 1 Aanleidingen herkennen om een RTA te ontwikkelen**

In de vergadering is consensus over de diverse aanleidingen om een RTA te ontwikkelen. De aanleidingen die genoemd werden zijn: de behoeften die ervaren worden in het veld, de ervaren knelpunten in de samenwerking tussen huisartsen en specialist, nieuwe landelijke (multidisciplinaire) richtlijnen die ontwikkeld zijn door bijvoorbeeld het NHG of andere richtlijnorganisaties en nieuwe diagnostische mogelijkheden die ter beschikking komen. Bij de nieuwe diagnostische mogelijkheden is behoefte aan landelijke richtlijnen om te bepalen voor welke groepen en indicaties de diagnostiek ingezet kan worden en onder welke voorwaarden en voorbereiding de diagnostiek moet plaatsvinden.

Er werd geconcludeerd dat deze aanleidingen volledig zijn en landelijk voorkomen.

### **Stap 2 Het voortraject**

In het voortraject is het belangrijk dat het doel en de inhoud van de RTA helder zijn. Een RTA kan alleen een diagnostisch traject beschrijven als een combinatie van een diagnostisch,



verwijs-, behandel- en samenwerkingstraject. Bij beide moet duidelijk zijn wie doet wat, op welk moment en waarom en hoe wordt erover gecommuniceerd naar elkaar en naar de patiënt.

Onderdelen die in de RTA's worden beschreven zijn:

- Wat doet de huisarts zelf inclusief het diagnostisch voortraject.
- De waarde van het aanvullend onderzoek inclusief op welke indicatie dit aangevraagd wordt.
- De logistiek waarlangs de diagnostiek dan wel de samenwerking georganiseerd wordt.
- Wanneer en waarom verwijzen naar de tweede lijn en wat wordt er van de specialist en van het ziekenhuis verwacht.
- Afspraken over berichtgeving en patiënten overdracht tussen de eerste en tweede lijn worden vastgelegd.
- Informatievoorziening naar de patiënt: op welke momenten de patiënt van wie welke informatie krijgt.
- Als er trajecten van gedeelde zorg, gezamenlijke behandeling zijn dan wordt dit ook in de RTA beschreven, inclusief de door wie uitgevoerde controles.

De elementen van het voortraject worden in alle regio's herkend en vallen onder de obligate landelijk stappen in het proces van een RTA.

### ***Stap 3 Beslissingen nemen om een RTA te gaan ontwikkelen***

In de regio's zijn diverse werkwijzen om tot een keuze te komen van een te ontwikkelen RTA. De beslissing hierover wordt genomen door een transmurale commissie, het bestuur van een stichting, een medisch coördinator of een begeleidingscommissie. Door organisatorische verschillen per regio is het volgens de FMCC vergadering niet mogelijk om landelijk af te spreken wie de beslissing moet nemen om een RTA te ontwikkelen.

In de vergadering bestaat consensus over het feit dat er een formeel besluit genomen moet worden om een RTA te ontwikkelen, implementeren en evalueren. Afhankelijk van de regionale organisatie en het beleefde commitment, kan dat besluit door verschillende/wisselende samenwerkende partijen genomen worden. Er bestaat geen duidelijke behoefte om dit landelijke vast te leggen. Het is belangrijk om regionaal de eigenaar of stakeholder te benoemen en vast te leggen wie er formeel benoemd zijn om dit besluit te nemen.

Het is belangrijk de voorwaarden in kaart te brengen waaraan voldaan moet zijn om (de ontwikkeling van) de RTA tot een succes te maken. Hierbij moet o.a. gedacht worden aan:

- De mate waarin het onderwerp door meerdere partijen (alle betrokken partijen) gedragen wordt.
- Hoe groot het commitment van de verschillende stakeholders is om een RTA te ontwikkelen: er moet (persoonlijke) bereidheid bestaan om een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van een RTA.
- Wat zijn o.a. de financiële consequenties/belangen voor degenen die met de RTA moeten werken.
- De mate waarin een probleem zich voordoet.
- De ernst van de ervaren knelpunten.
- De 'sense of urgency' die m.b.t. het onderwerp wordt ervaren.
- Hoe zien de overlegstructuren en de organisatie er uit.
- Hoe is de bekostiging van het ontwikkelen van de RTA.

Regionaal moet worden vastgelegd hoe de besluitvorming is over het ontwikkelen van een RTA.

#### ***Stap 4a Samenstelling van de werkgroep***

De ALV is van mening dat de samenstelling van de werkgroep mede afhankelijk is van het onderwerp; echter minimaal zullen huisarts(en) (1-2), medisch specialist(en) (1-2) en de medisch coördinator in de werkgroep zitting moeten hebben. De medisch coördinator heeft een (op alle gebieden) faciliterende rol en is het eerste aanspreekpunt om een nieuwe werkafpraak te maken of een werkafpraak te herzien. Deze basissamenstelling is eventueel aan te vullen met paramedici en/of managers voor wat betreft organisatorische dan wel logistieke aspecten van de RTA. Bij een eerstelijns regionale werkafpraak zullen ook andere eerstelijns werkers uitgenodigd worden om in de werkgroep deel te nemen zoals paramedici, diëtisten, verloskundigen en anderen. Afhankelijk van het onderwerp van de RTA kan het logistieke proces meer of minder van belang zijn. Bij logistieke afspraken wordt het management betrokken in de werkgroep. Afhankelijk van het onderwerp wordt bepaald of er huisartsen zijn met specifieke expertise op dit onderwerp zoals bv kaderartsen. Het is van belang dat er ook altijd een 'gewone huisarts' zitting heeft in de werkgroep die mee beoordeelt. De uiteindelijke RTA moet hanteerbaar zijn voor "gewone huisartsen en specialisten" in een reguliere praktijk. Huisartsleden kunnen worden voorgedragen door hun achterban of persoonlijk benaderd worden. De uiteindelijke keuze van de samenstelling van de werkgroep moet met argumenten omschreven worden. Er kan ook sprake zijn van een tweede schil om de werkgroep heen. Deze leden kunnen worden ingezet om mee te lezen maar nemen niet deel aan de werkgroep of nemen alleen deel als de onderwerpen waar zij betrokken bij zijn (zoals management bij de logistiek) in de werkgroep aan de orde zijn.

#### ***Stap 4b Het vergaderschema***

Om tot een nieuwe of herziene werkafpraak te komen is een bepaald aantal vergaderingen nodig. Tijdens de FMCC vergadering van december werd unaniem uitgesproken dat het wenselijk is om zaken rondom aantal, agenda en structuur van vergaderingen vast te leggen. De onderwerpen die bij de totstandkoming van een RTA aan bod moeten komen, zijn:

1. Benoemen van een gezamenlijke ambitie, visie en/of uitgangspunten. Deze dienen dicht bij de patiënt te liggen. De voorwaarden, die onder stap 3 zijn genoemd, moeten transparant en duidelijk zijn.
2. Medische inhoud (daarop vinden de (para)medische professionals elkaar meestal wel).
3. Organisatie /logistieke afspraken voortvloeiend uit de medisch inhoudelijke samenwerkingsafspraken.
4. (Financiële) belangen.
5. (Na)scholing.

Ervaring leert dat het goed is om bij de start van een werkgroep de belangen van de verschillende leden van de werkgroep transparant te krijgen, om je vervolgens volledig op de inhoud te kunnen concentreren.

Inhoudelijke afspraken kunnen financiële consequenties hebben. De medische inhoud gaat voor de bekostigingssystematiek. Maar bij de implementatie kan dit wel gevolgen hebben. Vooraf wordt een schatting gemaakt van de te verwachten, benodigde tijdsinvestering om tot een RTA te komen. Zo weten de werkgroepleden wat er van hen verwacht wordt.

Het aantal vergaderingen dat noodzakelijk is om tot een RTA te komen, kan verschillen afhankelijk van het onderwerp. Meest valt er wel een inschatting tevoren te maken en varieert dit van drie tot zes vergaderingen.

#### ***Stap 4c Dossiervorming***

Algemeen is de ALV van het FMCC van mening dat de totstandkoming van een RTA in een dossier moet worden vastgelegd en niet afhankelijk kan zijn van het collectieve geheugen. Op regionaal niveau wordt verschillend omgegaan met het bewaren van documenten. Het NHG geeft aan dat alle relevante stukken bewaard moeten worden om met name ook achteraf de argumenten voor keuzes terug te kunnen halen.

Knelpunt bij de diverse MCC's is dat een goed documentbeheersysteem tijd en middelen kost, en deze zijn beperkt.

Tijdens de tweede ALV van het FMCC werd dit onderwerp nogmaals besproken en werd besloten dat in een document beheerssysteem een aantal zaken moeten worden vastgelegd en bewaard zoals:

1. Uitgangspunten: documenten over de doelstelling van de RTA en geïnventariseerde ervaren knelpunten.
2. Notulen van de vergaderingen met de werkgroepleden, de argumenten voor de keuzes die gemaakt zijn in de (formuleringen) van een RTA. Optioneel: alle concept versies van de RTA.
3. Gebruikte bronnen: landelijk richtlijnen en ingebrachte artikelen (bijv. standaarden van het NHG, multidisciplinaire richtlijnen en andere regionale werkafspraken).
4. Referenten: wie de referenten waren en wat hun commentaar was.
5. Autorisatie: hoe, wanneer en door wie is de RTA geautoriseerd.
6. Correspondentie.
7. Evaluatie: wanneer de RTA geëvalueerd wordt ( maand, jaar).

Notulen van de vergaderingen werden door de ALV als essentieel gezien om zicht te houden op het proces. Door de leden werd genoemd dat het zinnig is dat als er knelpunten ervaren worden in het werken met de landelijke richtlijnen, of als er tegenstrijdigheden opgemerkt worden tussen de diverse monodisciplinaire richtlijnen, dit gemeld kan worden aan de betreffende verantwoordelijke landelijke organisatie.

#### ***Stap 5a Commentaar op de concept RTA***

Commentaar op een nieuwe of herziene werkafpraak wordt gegeven door een bredere kring van groepen die belang hebben bij de werkafpraak. In ieder geval huisartsen en specialisten die direct met de werkafpraak werken. Daarnaast krijgen andere partijen die zijdelings bij de werkafpraak betrokken zijn (b.v. doordat ze diagnostiek leveren) de mogelijkheid om commentaar te leveren. Te denken valt aan verpleegkundigen, apothekers, verloskundigen, fysiotherapeuten en anderen. De ALV sprak unaniem uit het belangrijk te vinden dat er altijd commentaar op een concept wordt gegeven. Alleen worden er regionaal verschillende manieren voor gebruikt. MCC Klik (Zwolle) drukt de RTA eerst, en deze wordt tijdens scholing in de regio gebruikt. Tijdens de scholing wordt er commentaar gegeven. De aanpassingen worden verwerkt. Als er via Interliner bij twee nascholingsbijeenkomsten de mogelijkheid is geweest om commentaar te geven is de RTA definitief. In de regio Zuidoost Brabant wordt gebruik gemaakt van referentie groepen (bijv. specialisten in andere ziekenhuizen). Die komen bijeen in een werkgroep. Dit zou ook per mail kunnen. Het creëert draagvlak, herkenning. In Sittard wordt in pilot vorm gewerkt met een kleine groep die commentaar geeft op de concept RTA. MCC Leeuwarden publiceert het concept in de MCC

Nieuwsbrief. Hierop kan commentaar gegeven worden door alle lezers. MCC Eemland stelt een concept RTA vast. Deze wordt voorgelegd aan alle huisartsen via de huisartsenvereniging en aan betrokken specialisten van diverse vakgroepen en de achterban van andere bij de RTA betrokkenen.

Commentaar van diverse groepen is essentieel voor de autorisatie van de RTA. Dit kan zowel door het voor te leggen, het te gebruiken in scholing, als door het uitvoeren van een pilot. De diversiteit van methodieken is belangrijk en de vergadering prefereert niet één model. Daarmee is het een regionaal te organiseren stap waar regionale variatie mogelijk is.

### ***Stap 5b Goedkeuring van de RTA***

De ALV sprak unaniem uit dat er een formele goedkeuring moet worden gegeven. Hierbij is de goedkeuring van alle partijen nodig om tot een goede uitvoering van de uiteindelijke RTA te kunnen komen. De manier waarop de goedkeuring verloopt, is echter regionaal verschillend.

De ALV geeft aan dat daarvoor verschillende (regionale) systemen worden gebruikt:

- Op papier worden referenten hun mening gevraagd.
- Goedkeuring door werkgroepleden.
- Interactieve bijeenkomsten of bijeenkomsten met referenten organiseren.
- In een pilot de RTA uittesten om hem daarmee te autoriseren en draagvlak te verkrijgen.
- Via Interliner /nascholingsprogramma's wordt de RTA geïntroduceerd (Klik)
- Service Level Agreement (SLA) + RTA en een officiële ondertekening (specifiek Sittard)
- De Kwaliteitsraad van de huisartsen kring accordeert de RTA's (specifiek voor Zuidoost Brabant)
- De huisartsen autoriseren de RTA via de huisartsenvereniging en de specialisten door het in de maatschaps- of vakgroepvergadering te accorderen.

Uiteindelijk gaat het er dus om tot een RTA te komen die alle betrokkenen goedkeuren, maar het hangt van de organisatie van referenten af hoe dit wordt vormgegeven. Kortom de goedkeuring van een RTA is afhankelijk van de regionale organisatie maar moet wel op een of andere wijze plaatsvinden.

### ***Stap 6a De lay-out van een RTA***

De ALV was duidelijk en unaniem over wat er minimaal vermeld moet worden op de definitieve RTA. Dat zijn:

- Bron documenten, bijvoorbeeld LTA's, CBO-richtlijnen etc.
- Jaar (van herziening): de RTA moet worden gedateerd en van een versienummer voorzien. Wanneer te herzien is moeilijk te bepalen. Er kan gebruik worden gemaakt van een verloopdatum, maar die is per onderwerp verschillend, of de datum kan aangepast worden als er over nagedacht is.
- De wijze van presentatie. Hierbij moet gedacht worden aan de overgang naar een digitaal systeem. De ervaring leert dat dit niet altijd praktisch is in de praktijk, zodat er toch ook vaak een papieren versie of een gedrukte kaart is. Deze hebben een beperkte houdbaarheid.
- De werkgroepleden en hun vakgroep die er voor gezorgd hebben dat de RTA tot stand is gekomen.
- En de indeling van de items in een landelijk format. Dit maakt het gemakkelijker om van elkaars RTA's gebruik te maken. Bovendien is het krachtiger naar buiten toe.

Bijvoorbeeld de NHG-standaard kan gebruikt worden. Hiermee wordt het een 'invuloefening'.

Tijdens de ALV van de FMCC op 15 maart is de indeling in items besproken. Als vaste onderdelen van een RTA worden benoemd:

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 HA-> SP SP->HA en de termijnen waarbinnen dit gebeurt.
6. Werkwijze specialist: wat kan de patiënt verwachten.
7. Informatie en voorlichting patiënt door wie.
8. Indicaties terugverwijzing huisarts of niet verwijzen.
9. Gedeelde zorg en consultatie.

Door de FMCC leden werd aangegeven dat het herhalen van de NHG standaard niet nodig is. In de RTA wordt de logistiek en de termijnen (wie doet wat, wanneer) expliciet benoemd. Een stroomdiagram wordt als een nuttig visueel hulpmiddel beschouwd. Geadviseerd wordt om een vaste indeling met kopjes te hanteren en deze terug te laten komen in de geschreven tekst.

### ***Stap 6b Het aankondigen van een nieuwe of herziene RTA***

De aankondiging van de komst van een nieuwe werkafspraken dient in de breedste zin van het woord te geschieden. Alle mogelijkheden moeten worden aangewend om de nieuwe werkafspraken bij de belanghebbenden bekend te maken. Het noemen van de referenten en/of hun disciplines van de RTA kan een onderdeel zijn van de aankondiging. Er wordt gebruik gemaakt van: e-mail, nieuwsbrieven, aankondiging op de websites van de MCC's, landelijke website, in bladen die door de eerste en tweede lijn worden gelezen (zoals het 1-2tje van MCC Eemland). Aankondiging via sociale media zoals Twitter of Facebook wordt momenteel nog niet benut maar zouden te benutten mogelijkheden kunnen zijn. Ook zou een RTA-app ontwikkeld kunnen worden. Volgens de vergadering is dit een complete lijst van media die landelijk gebruikt kunnen worden om nieuwe of herziene RTA's aan te kondigen. Belangrijk is wel dat de RTA gebruikers getraind zijn in het gebruik van deze digitale vormen van aankondiging.

### ***Stap 6c De verspreiding van de nieuwe of herziene RTA***

De verspreiding van de nieuwe werkafspraken is zowel digitaal als op papier. Zowel publicatie op de regionale MCC website als op de landelijke website ([www.afsprakenhuisartsenspecialist.nl](http://www.afsprakenhuisartsenspecialist.nl)) is noodzakelijk volgens de FMCC vergadering. Publicatie op een landelijke website maakt het mogelijk dat andere MCC's gebruik kunnen maken van expertise die er al is. Digitale informatie is makkelijker up to date te houden dan papieren informatie. Diverse centra verspreiden papieren versies van RTA's voor klappers daar er in de dagelijkse praktijk behoefte aan is. Belangrijk is dat de definitieve RTA nog wordt vertaald in elektronische verwijsapplicaties zoals ZorgDomein indien deze in de regio gebruikt worden.

### ***Stap 7 De implementatie van de nieuwe of herziene RTA***

Voor het implementeren van een nieuwe werkafpraak is scholing essentieel. Het interline concept van MCC Klik is een uniforme werkwijze die het contact tussen eerste en tweede lijn bevordert en het mogelijk maakt om de nieuwe werkafpraak aan een zo breed mogelijk publiek bekend te maken. Een soortgelijk concept is er bij het EDC Tergooi met een e-learning voor een toetsgroepbijeenkomst. Het MCC Eemland heeft scholing voor de toetsgroepen. Andere scholingsvormen Diagnostisch Toetsoverleg (DTO) en Farmacotherapeutisch Transmuraal Toets Overleg (FTTO) in gemengde groepen van huisartsen en specialisten. Daarnaast zijn er ziekenhuis gebonden nascholingen en presentaties in een ziekenhuis, scholingsdagen voor huisartsen en specialisten, en andere betrokken beroepsgroepen, web-applicaties, teleshouding, elektronische verwijsapplicaties, WDH nascholing, lezingen en themadagen. De ALV van de FMCC vindt regionale variatie in de scholing ter implementatie wenselijk. Hierbij is onderlinge informatie over diverse scholingsmogelijkheden en het gebruik maken van elkaars succesvolle strategieën wenselijk. Mogelijk kan het landelijk implementatie netwerk kwaliteitsbeleid huisartsenzorg (LINKH) een ondersteunende rol in de toekomst gaan vervullen.

### ***Stap 8 De evaluatie van de nieuwe of herziene RTA***

Om goede evaluaties te kunnen maken is het noodzakelijk om uit te gaan van uniforme, robuuste indicatoren, die voor elk ziektebeeld kunnen worden vastgelegd. Te denken valt bijvoorbeeld aan data met betrekking tot verwijzing, terugverwijzing en wachttijden. Het is belangrijk om het aantal indicatoren te beperken en per RTA te bepalen welke indicator op welke momenten het succes het best meet. Als het mogelijk is worden indicatoren afgesproken in de werkgroep bij het maken van de RTA. Niet alle evaluatie blijkt haalbaar aldus de vergadering. Cijfers zijn niet altijd te achterhalen, regelmatig is men afhankelijk van gegevens van andere partijen, ook kan het moeilijk zijn om aan goede gegevens te komen. De evaluatie is vaak beschrijvend. De evaluatie wordt regelmatig gedaan aan de hand van het melden van knelpunten. Het is noodzakelijk reële en haalbare doelen te stellen passend bij de daarvoor beschikbare middelen.

### ***Stap 9 Samenwerking tussen regio's***

Voor zover bekend zijn er drie regio's waar een vorm van samenwerking tussen MCC's plaatsvindt. In Zuidoost Brabant werken de MCC's HACA, Quartz, Thema en TransMáx nauw samen. Het totale proces m.b.t. het ontwikkelen, implementeren en evalueren van de werkafspraken wordt door de vier aangesloten MCC's in onderling overleg gedaan. In Noordwest Overijssel/Drenthe is er een samenwerking tussen de MCC's Klik, Hoogeveen en Hardenberg. Daarnaast werken de MCC's Eemland en Tergooi soms samen. In regio's waar meerdere ziekenhuizen zijn is het voor de huisartsen en patiënten (en specialisten) prettig als ieder ziekenhuis dezelfde procedures heeft bij verwijzing. Samenwerking is in zo'n situatie aan te bevelen. Ook als ziekenhuizen zich meer specialiseren is samenwerken belangrijk. Voor MCC's die samenwerken kan het de interne motivatie versterken en kan er ook efficiënter gewerkt worden. De ALV van de FMCC wil als basisfilosofie de eenduidigheid stimuleren. Waar samenwerken voordelen oplevert is het wenselijk om krachten te bundelen.

### ***Stap 10 Samenwerking met landelijke richtlijnorganisaties***

Zowel bij de start als tijdens het proces van de totstandkoming van een RTA kan contact en informatie uitwisseling met landelijke richtlijnorganisaties van belang zijn. Wanneer regionaal knelpunten ervaren worden bij het werken met de landelijke richtlijnen is dit

belangrijk om te melden bij de landelijke organisaties. Daar waar verschillende landelijke richtlijnen tegenstrijdige adviezen bevatten, is dit melden van belang. Aan het einde van het proces van een RTA kan het zijn dat er regionaal suggesties zijn voor herziening van een bestaande richtlijn, een nieuwe uitgangsvraag, kennislacune of een suggestie voor een nieuwe landelijke richtlijn. Deze wensen en vragen kunnen bij de landelijke richtlijnontwikkelaars neergelegd worden.

Bij vragen over bestaande NHG richtlijnen of wensen ten aanzien van te ontwikkelen standaarden of knelpunten in de regio's kan een mail gestuurd worden naar de sectie richtlijnontwikkeling: [renw@nhg.org](mailto:renw@nhg.org).

Het is wenselijk dat de diverse richtlijnontwikkelaars een aanspreekpunt hebben voor regionale vragen over landelijke richtlijnen: FMCC.

De landelijke organisaties waar regionaal de richtlijnen van gebruikt worden zijn: Orde van Medisch Specialisten, Medisch Specialistische wetenschappelijke verenigingen, CBO, NHG, RIVM, verenigingen van jeugdartsen, specialisten ouderengeneeskunde, GGZ Trimbos-instituut (diliguide, oncoline).

## §2 Inleiding en doelstelling

Bij de Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC) zijn 22 Medisch Coördinerende Centra (MCC) aangesloten.

Een MCC heeft als doel de samenwerking tussen huisartsen en specialisten in het adherentiegebied te bevorderen, te faciliteren, te stimuleren en vorm te geven. Eén van de manieren waarop dat gebeurt, is door het maken van Regionale Transmurale Afspraken (RTA), ook wel regionale werkafspraken genoemd. In de regio's worden verschillende werkwijzen gehanteerd om tot zo'n werkafpraak te komen. Voor het maken van een RTA wordt gebruikgemaakt van werkafspraken in andere regio's en van landelijke, evidence-based mono- en multidisciplinaire richtlijnen.

Het werk van de MCC's is goed bekend in de regio's met een MCC. De landelijke organisaties zoals de diverse specialistische wetenschappelijke organisaties verenigd in de Orde van Medisch Specialisten en het CBO, hebben minder zicht op ontwikkeling van RTA's in de regio's, gebaseerd op de landelijke richtlijnen. De Adviescommissie Richtlijnen noemt in haar rapport Medisch Specialistische richtlijnen 2.0 niet de MCC's als partijen die een rol zouden kunnen spelen bij de regionale implementatie van richtlijnen. Het werk van de MCC's komt landelijk nog niet voldoende voor het voetlicht.

De FMCC wil samen met haar leden komen tot kwaliteitsafspraken en een meer uniforme en transparante procedure voor de totstandkoming van regionale transmurale afspraken. Hierdoor kan de uitwisseling van regionale werkafspraken efficiënter plaatsvinden tussen de verschillende MCC's. Een bijkomend voordeel van zo'n eenduidige procedure is dat MCC's die toetreden tot de FMCC het wiel niet opnieuw hoeven uit te vinden, maar gebruik kunnen maken van de bestaande expertise. Daarnaast wordt voor landelijke richtlijnorganisaties duidelijk wat ze van de MCC's kunnen verwachten.

Landelijke evidence-based richtlijnen worden niet vanzelf in de dagelijkse praktijk toegepast, niet door individuele professionals noch door samenwerkende professionals. Er zijn veel barrières om de bestaande richtlijnen in te passen in de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg (Lugtenberg 2009, Harrison 2009, Kloppe 2011). De beschikbare kennis moet vertaald worden naar de dagelijkse processen van besluitvorming in de medische zorg. Grol en van Weel geven aan dat hoogste prioriteit een betere samenwerking en afstemming tussen alle betrokkenen is (Grol 2009). Medisch specialisten en huisartsen en patiënten zijn de direct betrokkenen. Medisch Coördinerende Centra leveren een bijdrage in de vertaling van landelijke evidence-based richtlijnen naar samenwerkingsprocessen tussen huisartsen en specialisten bij hun zorgverlening aan gemeenschappelijke patiënten.

De Regieraad Kwaliteit van Zorg is in 2009 geïnstalleerd door het Ministerie van VWS met als taak het bieden van structuur bij het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen in de zorg. De Regieraad heeft als een van zijn speerpunten het vaststellen van criteria waaraan een richtlijn moet voldoen. Waarbij aangegeven moet worden wat in de landelijke richtlijn hoort en welke onderdelen regionaal afgestemd moeten worden. De Regieraad ziet het belang van regionale ontwikkeling van werkafspraken: "De vertaling van landelijke richtlijnen naar de regionale of lokale situatie zou een extra stimulans moeten krijgen" (Regieraad 2010 en 2011).

De Regieraad heeft met haar subsidie het ontwikkelen van een landelijke werkwijze voor Regionale Samenwerkingsafspraken mogelijk gemaakt.



Bij de vertaling van de landelijke richtlijnen in de regio's worden in de RTA's veelal afspraken gemaakt over lokale organisatorische multidisciplinaire samenwerking (Lubberding 2011). In landelijke richtlijnen staan de aanbevelingen voor organisatie van de zorg vaak generiek vermeld. Regionaal worden afspraken over de organisatie van de zorg en de samenwerking gemaakt.

Op basis van een inventarisatie van de procedures die momenteel gebruikt worden door de leden van de FMCC, wordt in dit document een advies opgesteld om tot een eenduidige, transparante procedure voor het realiseren van RTA's te komen. Dit voorstel is een discussiestuk voor de MCC's dat besproken is tijdens de Algemene Ledenvergaderingen van de FMCC op 8 december 2011 en op 15 maart 2012.

Om tot die inventarisatie te komen heeft een stagiair de volgende opdracht gekregen:

*Het opstellen van een concreet advies over vormgeving, documentatie en procedures bij de ontwikkeling van RTA's voor taakafstemming tussen de eerste en tweede lijn in de regio's.*

In het advies worden de volgende onderwerpen meegenomen:

- Wat is een RTA? (landelijk format)
- Hoe wordt een RTA ontwikkeld, geïmplementeerd en geëvalueerd?
- Wordt er een dossier aangelegd van het gehele proces?
- Welke samenwerkingsrelaties zijn er in/tussen regio's?
- Inventarisatie bestaande knelpunten in samenwerking eerste en tweede lijn.
- Relatie met landelijke richtlijnontwikkelaars.

De resultaten van het door het Nivel uitgevoerde onderzoek naar 'De aansluiting tussen landelijke multidisciplinaire richtlijnen en regionale multidisciplinaire werkafspraken' (gesubsidieerd door ZonMw: Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg (KKCZ) 2009-2011) vormden het uitgangspunt van de inventarisatie.

## **§2.1 Wat is een RTA?**

Om een procedure te ontwerpen voor het opstellen van een regionale werkafpraak moet eerst duidelijk zijn wat een werkafpraak is en wat deze inhoudt. RTA's vertonen inhoudelijk variatie wat volledigheid aangaat. De variatie is van een verwijsafpraak zoals in ZorgDomein (een internetapplicatie voor digitaal verwijzen van huisarts naar regionale zorginstellingen), tot een volledig uitgeschreven richtlijn over de anamnese, diagnostiek en behandeling (uitgesplitst naar discipline) als de nazorg en afspraken over logistiek.

Volgens **MCC Klik Zwolle** bevat een werkafpraak de mening van de werkgroep over:

- a) wat de huisarts zelf kan doen,
- b) wat de waarde van aanvullend onderzoek is,
- c) wanneer verwijzing zinvol is en waarom
- d) wanneer terugverwijzing zinvol is en waarom
- e) welke controles door wie gewenst zijn op welk moment en
- f) hoe er verwezen kan worden.

Volgens de MCC's HACA, Quartz, Thema en TransMáx in **Zuidoost Brabant** zijn belangrijke aandachtspunten het verwijzen en het terugverwijzen, maar ook de afspraken rondom de

gezamenlijke behandeling. Belangrijke elementen zijn de verwijzing, de terugverwijzing en de samenwerking tussen huisarts en specialist. In dit document wordt daarom onder een RTA of regionale werkafspraken verstaan: 'een document waarin de afspraken tussen de eerste en de tweede lijn over verwijzing, terug verwijzing en gezamenlijke behandeling door huisarts en specialist met betrekking tot een bepaalde klacht of ziektebeeld zijn weergegeven. Het document wordt op papier en/of digitaal verspreid onder alle belanghebbenden en bevat tevens een beschrijving van de wijze van (bij-)scholing'.

## §3 Werkwijze

Bij de FMCC zijn 22 Medisch Coördinerende Centra aangesloten.

De input voor dit document komt uit eerder verricht onderzoek bij de MCC's<sup>1 2</sup>, interviews onder huisartsen en specialisten die meegewerkt hebben aan een RTA, een enquête die verspreid is onder in de FMCC deelnemende MCC's en ontvangen procedureomschrijvingen van MCC's over RTA ontwikkeling. Bij het invullen van de enquête werd gevraagd om de regionaal beschreven procedure mee te sturen. De enquête is door negen MCC's ingevuld en er werden vijf verschillende procedureomschrijvingen van acht MCC's ontvangen.

De vragenlijst bestaat uit vier vragen die betrekking hebben op de beschrijving van de procedure van het tot stand komen van een RTA, het plaatsen van de gemaakte werkafspraken op een landelijke website, het al dan niet hebben van verslagen over de werkgroepbijeenkomsten en of conceptteksten en of commentaar/correspondentie bewaard worden.

De verzamelde procedureomschrijvingen van de MCC's werden gebruikt om een stappenplan te ontwikkelen voor de totstandkoming van een RTA. Hiervan werd een discussie document gemaakt. Dit stappenplan is in een PowerPoint presentatie beschreven. Deze is gepresenteerd en besproken tijdens Algemene Ledenvergaderingen van de FMCC op 8 december 2011 en 15 maart 2012 te Utrecht. Het stappenplan beschrijft de ontwikkeling van een nieuwe of herziene RTA van aanleiding tot en met de evaluatie van de ontwikkelde RTA. Door discussie en consensus is landelijk overeenstemming tussen de regio's bereikt over de stappen die bij iedere RTA gevolgd moeten worden. Tevens werd aangegeven welke stappen regionaal verschillend kunnen worden uitgewerkt of uitgevoerd. Omdat er een grote regionale verscheidenheid in organisatie en werkwijze en positionering in de regio per MCC is, blijft er enige regionale variatie mogelijk. De discussie en opmerkingen die tijdens de vergaderingen gemaakt zijn, werden als aanvulling op het stappenplan gebruikt. Tijdens de vergadering van 8 december zijn de stappen één tot en met zes besproken, tijdens de vergadering van 15 maart de stappen zeven en acht. Tevens werden tijdens de tweede vergadering enkele punten opnieuw bekeken die in december nog niet helemaal opgehelderd waren. Het ging daarbij om stap 4c (dossievorming: welke stukken moeten bewaard worden) en stap 6a (lay-out: landelijke indeling van items). De indeling van de items van de RTA werden in de ALV van 15 maart 2012 besproken aan de hand van een vergelijking van een tweetal diagnostische RTA's ( fietsergometrie) en een tweetal RTA's over een ziekte ( CVA). Ook werd het, op basis van de vergadering van acht december, herziene stappenplan voorgelegd.

Aanwezig bij de vergadering van 8 december waren vertegenwoordigers van 14 van de 22 MCC's. Eén aspirant lid van de FMCC was aanwezig, lid van de werkgroep huisartsen-contactpersonen van een ziekenhuis. Tevens was er een vertegenwoordiger van het NHG (sectie richtlijnen- samenwerking) aanwezig.

---

<sup>1</sup> <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/de-aansluiting-tussen-landelijke-multidisciplinaire-richtlijnen-en-regionale-multidisciplinaire-werk/>

<sup>2</sup> <http://www.fmcc.nl/bestanden/downloads/aansluiting%20landelijke%20multidisciplinaire%20richtlijnen%20en%20RTA's.pdf>

Bij de vergadering van 15 maart waren zeven van de 22 MCC's en een vertegenwoordiger van het NHG ( sectie richtlijnen-samenwerking) aanwezig. Alle leden hebben het concept document ontvangen en zijn uitgenodigd om commentaar te leveren.

## §4 Resultaten enquête en procedurebeschrijvingen

Er werden 22 enquêtes verstuurd. Van elf MCC's (50%) zijn de resultaten ontvangen. Volgens onderstaande tabel hebben negen van de elf MCC's die de enquête hebben ingevuld hun procedure beschreven (tabel 2).

Tabel 2. MCC's die enquête ingevuld hebben, met en zonder procedurebeschrijving van de ontwikkeling van een werkafspraken

MCC	Procedure beschreven?
HACA, Eindhoven	ja
Quartz, Helmond	ja
Thema, Geldrop	ja
TransMax, Eindhoven	ja
Klik, Zwolle	ja
Tergooi, Blaricum	ja
Noordwest Veluwe, Harderwijk	nee
Connect, Tiel	nee
Eemland, Amersfoort	ja
Hoogeveen	nee
Leeuwarden	ja

Acht (concept-)procedurebeschrijvingen van MCC's werden ontvangen van Zwolle, Blaricum/Hilversum, Amersfoort, Leeuwarden en Zuidoost Brabant (4 MCC's): Geldrop, Helmond en twee in Eindhoven. De procedurebeschrijving van Zuidoost Brabant wordt door vier MCC's (HACA, Quartz, Thema en TransMax) gebruikt. Van MCC Hoogeveen werd een klapper met gemaakte RTA's ontvangen, maar geen procedureomschrijving. In totaal zijn er dus vijf verschillende procedurebeschrijvingen ontvangen die door acht MCC's gebruikt worden. De naamgeving van de procedurebeschrijvingen voor de ontwikkeling van een RTA verschilt regionaal: handboek (Zuidoost Brabant), stroomdiagram opzet werkafspraken (Leeuwarden), RTA Eemland (Amersfoort), eerste/tweede lijns werkafspraken en hun implementatie (Zwolle) of procedure werkafspraken (Hilversum). We zullen de term procedurebeschrijving Regionale Transmurale Afspraken hanteren.

Op basis van de meegestuurde procedurebeschrijvingen kan geconcludeerd worden dat de regio Zuidoost Brabant, samen met de MCC's Eemland en Klik, de meest uitgebreide procedureomschrijving met betrekking tot regionale werkafspraken kent. De overige MCC's hebben een summiere omschrijving gegeven van hun werkwijze. We willen de lezer er op wijzen dat in het vervolg van dit document geen bronnen worden vermeld als een tekst betrekking heeft op een procedureomschrijving. Door de naam van het betreffende MCC dik gedrukt weer te geven menen wij dat het duidelijk is dat het om de procedureomschrijving van het desbetreffende MCC gaat.

In de volgende paragraaf wordt aan de hand van de procedureomschrijvingen een inventarisatie gemaakt van de procedure die leidt tot een definitieve regionale werkafpraak. Daarna wordt de gevolgde werkwijze met betrekking tot de implementatie en de evaluatie met elkaar vergeleken. Omdat niet in alle procedureomschrijvingen alle onderdelen omschreven worden, zal niet bij iedere stap de werkwijze van elk MCC worden weergegeven.

## §5 Huidige processen voor de ontwikkeling van regionale werkafspraken

Na bestudering van de procedureomschrijvingen blijkt het proces om tot (herziene) regionale werkafspraken te komen een goed af te bakenen proces te zijn, waarin de volgende elementen onderscheiden kunnen worden:

1. Aanleidingen om een werkafpraak te ontwikkelen (of te herzien).
2. Beslissingen om een werkafpraak te ontwikkelen (of te herzien).
3. De werkgroep-vergadering
  - a. Rol medisch coördinator
  - b. Samenstelling werkgroep
  - c. Vergaderschema
  - d. Dossiervorming
4. Van concept naar definitieve werkafpraak.
5. Het bekend maken en verspreiden van de werkafpraak.
6. De implementatie van de werkafpraak.
7. De evaluatie van de werkafpraak.
8. Deze stappen worden in de komende sub-paragrafen besproken.

### ***§5.1 Aanleidingen om een regionale werkafpraak te ontwikkelen (of te herzien)***

Aanleiding voor een regionale werkafpraak zijn voor **MCC Eemland** ervaren knelpunten in de samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Deze knelpunten kunnen door zowel de huisartsen als door de specialisten bij het MCC Eemland kenbaar gemaakt worden.

Voor de samenwerkende MCC's in **Zuidoost Brabant** zijn de aanleidingen voor het opstellen van een nieuwe of aanpassen van een bestaande regionale werkafpraak gebaseerd op:

1. De behoefte in het veld.
2. Ervaren knelpunten in de transmurale samenwerking.
3. Het verschijnen van nieuwe landelijke richtlijnen.
4. De relevantie van een onderwerp vanwege bijv. het frequent voorkomen van een ziektebeeld.

**MCC Klik** onderscheidt de volgende redenen om tot de keuze van een onderwerp voor een werkafpraak te komen:

1. Publicatie van nieuwe of herziene NHG Standaarden of LTA's.
2. Het verzoek van specialisten of huisartsen vanwege ervaren knelpunten.
3. Het aansluiten op cursusonderwerpen (vergroot het rendement van een cursus).
4. Het bespreken van onderwerpen met een delegatie van de beroepsbeoefenaren, bijv. de werkgroep deskundigheidsbevordering huisartsen of bij specialisten met de staf.

Van de overige MCC's is, op basis van de verschaft informatie, niet bekend wat voor hen de aanleidingen zijn om een werkafpraak te ontwikkelen.

## **§5.2 Beslissing om een regionale werkafspraken te ontwikkelen (of te herzien)**

Door **MCC Eemland** worden de ingebrachte onderwerpen voorgelegd aan een klankbordgroep. Zij bespreken de onderwerpen en de knelpuntinventarisatie. Het doel is na te gaan of de knelpunten breder ervaren worden. Op basis van dit overleg wordt bepaald of een onderwerp verder ontwikkeld moet worden.

In de regio **Zuidoost Brabant** worden in een gezamenlijk jaarplan van de samenwerkende transmurale centra (HACA, Quartz, Thema en TransMáx) de uit te voeren regionale transmurale projecten opgenomen. Inhoudelijk wordt er afstemming gezocht tussen de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn en er wordt nagegaan hoe de samenwerking vorm zou moeten krijgen. De besturen van de transmurale centra zijn de uiteindelijke opdrachtgever voor het ontwikkelen van een nieuwe of aangepaste werkafspraken.

De medisch coördinator of de begeleidingscommissie van **EDC Tergooi** neemt het initiatief om een regionale werkafspraken te ontwikkelen. Dit wordt besproken in de begeleidingscommissie, ongeveer eens in de 2-3 maanden. Op basis daarvan wordt besloten het onderwerp verder uit te werken of niet.

Bij het **MCC Leeuwarden** kan de vraag om tot werkafspraken te komen worden neergelegd door huisartsen, specialisten, anderen (bijv. verpleegkundigen) of de organisatie. De vraag wordt besproken in de Transmurale commissie van de FHV afdeling Noord. De vraag wordt dan aan de werkgroep voorgelegd om uitgewerkt te worden.

## **§5.3 De werkgroepvergadering**

### **§5.3.a De rol van de Medisch Coördinator**

De medisch coördinator van **MCC Eemland** stelt de werkgroep samen en is bij iedere vergadering aanwezig. De medisch coördinator faciliteert de deelnemers aan de werkgroep.

In **Zuidoost Brabant** neemt één van de transmurale coördinatoren van de vier deelnemende MCC's als projectleider deel aan de werkgroep.

Bij **MCC Klik** is de coördinator van het MCC de begeleider van de werkgroep, al hoeft hij/zij niet altijd aanwezig te zijn. De medisch coördinator fungeert als eindredacteur van de werkafspraken, vraagbaak, verzorger en verspreider van het drukwerk en hij/zij verzorgt de nazorg, zoals een presentatie van de werkafspraken.

In het **EDC Tergooi** is de medisch coördinator onderdeel van de werkgroep.

### **§5.3.b De samenstelling van de werkgroep**

De werkgroep van **MCC Eemland** bestaat uit artsen van alle disciplines die bij het knelpunt betrokken zijn en anderen schakels in de logistiek. De samenstelling van de werkgroep, de wervingsmethode en de achtergrond van de leden wordt nauwkeurig beschreven.

In **Zuidoost Brabant** zijn de leden van de werkgroep afkomstig uit de meest relevante betrokken medische beroepsgroepen. Het gaat hierbij voornamelijk om huisartsen en specialisten die rapporteren aan de projectleider (één van de vier transmurale coördinatoren).

Het meest werkzaam volgens **MCC Klik** is een werkgroep met daarin twee huisartsen en twee specialisten. Specialisten dienen namens hun maatschap te spreken, de huisarts kan zijn/haar vertegenwoordiging naar de achterban meestal niet waarmaken.

Het **EDC Tergooi** formeert een werkgroep die bestaat uit één tot twee huisartsen, één tot twee medisch specialisten, soms een teamleider en de medisch coördinator.

### §5.3.c Het vergaderschema

Het **MCC Eemland** werkt volgens een vaststaand stramien. De medisch coördinator, die bij iedere vergadering aanwezig is, plant de eerste afspraak van de werkgroep. Er wordt een standaardbrief en –agenda meegestuurd, alsmede de reeds aanwezige richtlijnen en standaarden en regionale documenten over het onderwerp. De vergadering is strak ingericht met een vastgestelde agenda. Ook de tweede, derde en eventueel vierde vergadering vinden plaats aan de hand van een vaststaande agenda.

Na het besluit om een werkafspraken te ontwikkelen komt de werkgroep van **EDC Tergooi** één tot drie keer bij elkaar.

### §5.3.d Dossiervorming

In de genoemde enquête werden twee vragen gesteld over dossiervorming. Enerzijds werd er gevraagd of er verslagen van de bijeenkomsten van de werkgroep werden gemaakt, anderzijds of concepten, commentaar en correspondentie bewaard werden. In tabel 3 worden de resultaten weergegeven.

Tabel 3. Documenten over het proces van een RTA welke bewaard worden bij de verschillende MCC's

MCC	Verslagen van werkgroepen	Concepten, commentaar en correspondentie bewaard?
HACA, Eindhoven	ja	ja
Quartz, Helmond	ja	ja
Thema, Geldrop	ja	ja
TransMax, Eindhoven	ja	ja
Klik, Zwolle	ja	ja
Tergooi, Blaricum	nee	ja
Noordwest Veluwe, Harderwijk	ja	ja
Connect, Tiel	ja	ja
Eemland, Amersfoort	ja	ja
Hoogeveen	onbekend	onbekend
Leeuwarden	ja	ja



De dossiervorming lijkt op basis van de informatie uit de enquêtes systematisch en volledig te geschieden: bij (bijna) alle MCC's worden verslagen van de werkgroepen gemaakt en worden zowel die verslagen als de concepten bewaard. Het commentaar en de correspondentie worden wisselend bewaard, mede omdat er regelmatig mondeling commentaar gegeven wordt en niet iedere mail over de RTA behouden blijft.

De samenwerkende MCC's in **Zuidoost Brabant** geven in hun procedureomschrijving nog expliciet aan dat er dossiervorming plaatsvindt: er worden verslagen gemaakt en de conceptteksten en alle commentaar en correspondentie worden zorgvuldig bewaard.

Deze resultaten zijn in tegenstelling tot de resultaten van het Nivel onderzoek<sup>1</sup> waarin van twee van drie, at random geselecteerde MCC's bleek dat de documenten door verhuizing verdwenen waren. Het verslag van dit Nivel (9) onderzoek concludeert dan ook dat de dossiervoering van het ontwikkelproces van regionale werkafspraken en de archivering daarvan zeer beperkt is.

#### ***§5.4 Van concept tot definitieve werkafpraak***

Voor zover MCC's melding maakten over gehanteerde uitgangspunten voor een nieuw te ontwikkelen of aan te passen werkafpraak werden consequent dezelfde genoemd: alle bekende samenwerkingsafspraken uit andere regio's en alle eerste- en tweedelijnsrichtlijnen (LTA, NHG-standaard, CBO, Standaard van de wetenschappelijke vereniging) worden verzameld en dienen als eerste input voor de nieuw te ontwikkelen of aan te passen werkafpraak.

In de tweede vergadering van **MCC Eemland** wordt volgens een vaststaand format een concept regionale werkafpraak gemaakt die aan de werkgroep wordt voorgelegd voor commentaar. De betreffende specialisten bespreken het concept in hun vakgroep. Het concept wordt aan de huisartsen via de Huisartsenvereniging Eemland voorgelegd voor commentaar. In de laatste werkgroepvergadering wordt het commentaar besproken en de werkafpraak definitief.

De samenwerkende MCC's in **Zuidoost Brabant** leggen concepten ter goedkeuring voor aan specialistische maatschappen, huisartsen, de (op te richten) kwaliteitsraad van de huisartsenkring Zuidoost Brabant en in voorkomende gevallen aan de geneesmiddelencommissies in de ziekenhuizen en de kwaliteitskringen van de openbare apothekers.

Na een bespreking in de werkgroep, waarbij ieder lid van de werkgroep een onderdeel uitwerkt, stelt de medisch coördinator van **EDC Tergooi** het concept bij. Het definitieve concept wordt ook gestuurd naar de overige specialisten van de vakgroep en de teamleider(s) en een aantal at random gekozen huisartsen, ter beoordeling van de uitvoerbaarheid.

Het **MCC Leeuwarden** publiceert de concept werkafpraak in de MCC nieuwsbrief. Alle lezers kunnen commentaar geven dat door het MCC wordt verwerkt (in overleg met de werkgroep) in een definitieve versie.

---

<sup>1</sup> <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/de-aansluiting-tussen-landelijke-multidisciplinaire-richtlijnen-en-regionale-multidisciplinaire-werk/>

### **§5.5 Het bekendmaken en verspreiden van een werkafspraken**

De Medisch Coördinator van **MCC Eemland** publiceert de regionale werkafspraken op de website [www.mcce.nl](http://www.mcce.nl) en de landelijke website. De RTA's worden vertaald in ZorgDomein. ZorgDomein is een internetapplicatie voor digitaal verwijzen van huisarts naar regionale zorginstellingen (ziekenhuizen). Tevens wordt de werkafspraken per mail onder alle belanghebbenden verspreid. Daarnaast wordt er nog nagegaan of er nog andere dingen nodig zijn voor de bekendmaking van de regionale werkafspraken, bijvoorbeeld in de vorm van scholing. De werkafspraken worden bekend gemaakt via het 1-2tje (oplage ruim 500), een informatiebulletin dat wordt verspreid onder huisartsen, specialisten, andere eerste- en tweedelijnszorgverleners, GGD en apothekers.

De regionale transmurale afspraken in **Zuidoost Brabant** worden op een samenvattingskaart weergegeven, eventueel met een toelichting. De weergave op de samenvattingskaarten is voorgeschreven. Hierdoor is zowel het format als de lay-out identiek. De regionale werkafspraken zijn opgenomen in een regionale klapper die wordt verstuurd aan huisartsen en specialisten en eventueel aan apothekers. Over de nieuw te verschijnen regionale werkafspraken wordt gepubliceerd in nieuwsbrieven, tijdschriften en op de websites van de transmurale stichtingen [www.quartztransmuraal.nl](http://www.quartztransmuraal.nl); [www.cze.nl/haca](http://www.cze.nl/haca); [www.stichtingthema.nl](http://www.stichtingthema.nl); [www.transmax.mcc.nl](http://www.transmax.mcc.nl).

**EDC Tergooi** stuurt de definitieve werkafspraken naar alle huisartsen. Dit MCC heeft ook een elektronische versie [www.edctergooi.nl](http://www.edctergooi.nl). Tevens wordt de werkafspraken in de maandelijkse nieuwsbrief vermeld.

Het **MCC Leeuwarden** zet de werkafspraken op de MCC website en geeft hem als Transmurale Map uit en publiceert dit op de eigen website [www.mccleeuwarden.nl/Transmurale-Map/](http://www.mccleeuwarden.nl/Transmurale-Map/). Het MCC draagt zorg voor de druk en de verspreiding.

**MCC Klik** publiceert zijn werkafspraken op de eigen website [www.mccklik.nl](http://www.mccklik.nl) en meldt dit in een nieuwsbrief. Het MCC Klik wil bevorderen dat andere regio's op eenzelfde wijze werkafspraken tussen huisartsen en specialisten gaan maken. Zij hebben het initiatief genomen in samenwerking met de FMCC om een landelijke website te maken waarin alle in het land geproduceerde regionale werkafspraken verzameld worden.

Per 1 januari 2012 is de landelijke website van regionale werkafspraken een openbare website geworden: [www.afsprakenhuisartsenspecialist.nl](http://www.afsprakenhuisartsenspecialist.nl)  
Tabel 4. MCC's die hun RTA's al dan niet op de landelijke website [www.afsprakenhuisartsenspecialist.nl](http://www.afsprakenhuisartsenspecialist.nl) publiceren

<b>MCC</b>	<b>Werkafspraken op landelijke website?</b>
HACA, Eindhoven	Ja
Quartz, Helmond	Ja
Thema, Geldrop	Ja
TransMax, Eindhoven	Ja
Klik, Zwolle	Ja
Tergooi, Blaricum	Nee
Noordwest Veluwe,	Nee

Harderwijk	
Connect, Tiel	Nee
Eemland, Amersfoort	Ja
Hoogeveen	Ja
Leeuwarden	Ja

### ***§5.6 Het implementeren van een werkafspraken***

De werkafspraken van **MCC Klik** worden bekend gemaakt bij huisartsengroepen door het Interline project, waarvan de eindverantwoordelijkheid bij de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH) Hanzeland-IJsselvecht ligt. De werkgroep maakt een programma van zo'n twee uur over een werkafpraak. Eén huisarts en één specialist presenteren het programma aan een groep van 10-20 huisartsen. Ieder lid van de werkgroep is gevraagd het programma gedurende drie jaar maximaal drie keer per jaar te presenteren. Aan de deelnemende huisartsengroepen wordt een abonnement van drie bijeenkomsten per jaar aangeboden. Via een carrouselstelsel wisselen de deelnemende huisartsengroepen en programma's. Uitvoering van Interline vindt plaats door het MCC Klik bureau. Klik heeft duidelijk omschreven hoe een presentatie van een nieuwe richtlijn naar huisartsen opgezet moet worden. Naast algemene richtlijnen (bijv. groepsomvang, lengte presentatie e.d.) is er bij deze omschrijving aandacht voor de opstelling van het programma (beginnen met stellingen en casus), het maken van het programma (leerdoelen formuleren met bijpassende stellingen en casus o.a.) en het presenteren van het programma (o.a. stellingen doornemen en direct laten antwoorden, argumenten van keuzes uitvragen).

MCC's in **Zuidoost Brabant**, **EDC Tergooi**, **MCC Eemland** en **MMC Leeuwarden** hebben zowel scholingsmodules voor grotere verbanden (presentaties in ziekenhuis) als voor kleinere scholingsgroepen.

### ***§5.7 Het evalueren van een werkafspraken***

In de laatste werkgroep vergadering van **MCC Eemland** wordt besproken op welke punten de regionale werkafpraak geëvalueerd gaat worden. Na een jaar wordt bekeken of de regionale werkafpraak aan de verwachtingen voldoet. Indien mogelijk, worden via Zorgdomein verwijsgegevens geëvalueerd en wordt bekeken of de verwachte voordelen in termen van bijvoorbeeld verwijzing en wachttijden daadwerkelijk gerealiseerd worden. Ook worden gebruikers opgeroepen om knelpunten bij het werken met de werkafpraak te melden.

In de regio **Zuidoost Brabant** wordt het effect van de implementatie geëvalueerd, zowel op proces- als op effectniveau. Het streven is om hierover wetenschappelijk te publiceren en extern te communiceren.

Ook het **EDC Tergooi** evalueert de werkafpraak jaarlijks. Dit gebeurt door de betreffende werkgroep. Tijdens de werkgroep-vergaderingen worden ook de evaluatiefactoren besproken.

**MCC Klik** monitort werkafspraken met als doel te meten of ze daadwerkelijk gebruikt worden. De resultaten moeten teruggekoppeld worden aan huisartsen en specialisten. Bespreking geeft inzicht in de knelpunten en roept de werkafpraak in herinnering. Om te

kunnen meten worden indicatoren vastgesteld die in een presenteerbaar formaat worden omgezet. Dit is niet voor alle ziektebeelden even gemakkelijk.

**MCC Leeuwarden** verzamelt reacties of vraagt ze actief op. De reacties worden in de werkgroep besproken. Op basis hiervan kunnen ze worden bijgesteld of er kan actie worden ondernomen door werkgroepleden of het MCC als het protocol (nog) niet goed ingeburgerd is. De evaluatie wordt gepubliceerd in de MCC Nieuwsbrief.

## §6 Discussie en Conclusie

Door een inventarisatie van de bestaande werkwijzen onder de 22 MCC's, leden van de FMCC met een enquête wordt een beeld geschetst van de actuele situatie in de regio's bij de totstandkoming van een regionale transmurale afspraak (RTA). De resultaten van het door het Nivel uitgevoerde onderzoek naar 'De aansluiting tussen landelijke multidisciplinaire richtlijnen en regionale multidisciplinaire werkafspraken' (gesubsidieerd door ZonMw: Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg (KKCZ) 2009-2011) vormden het uitgangspunt van de inventarisatie. Uit al deze bronnen is een voorstel gemaakt voor een landelijke mal voor de werkwijze bij de totstandkoming van een RTA. Deze mal is twee maal voorgelegd en besproken in de Algemene Ledenvergadering van de FMCC op 8 december 2011 en 15 maart 2012. Tijdens deze besprekingen was er een vertegenwoordiger van het NHG van de afdelingen Richtlijnontwikkeling en Wetenschap sectie Samenwerking aanwezig. Onderwerp van gesprek was wat kan landelijk over de RTA ontwikkel procedure vastgelegd worden en waar is regionale variatie mogelijk en misschien wel wenselijk.

Met de leden van het FMCC is het gelukt om tot overeenstemming te komen over de beschrijving van de procedure over de ontwikkeling van een RTA. Het is nuttig om dit document nu het zijn vaste contouren krijgt nogmaals te bespreken met de FMCC leden en de Regieraad de opdrachtgever. Verder lijkt het zinnig om met de landelijke richtlijnontwikkelaars: NHG, Orde, Verenigingen van Medisch Specialisten en Trimbosinstituut en CBO en RIVM in gesprek te gaan over deze werkwijze. Het kan nuttig zijn om met de landelijke richtlijnontwikkelaars nauwe contacten aan te gaan over het uitwisselen van regionale werkwijzen met landelijke richtlijnen. Wellicht zouden landelijke richtlijnen wat de samenwerking aangaat in richtlijnen behulpzame adviezen kunnen toevoegen daar waar het de samenwerking aangaat. Deze zaken zouden in onderling overleg ontwikkeld kunnen worden. Daarnaast is in deze tijden van bezuiniging het specifiek voor MCC's lastig om hun beperkte financiering te handhaven. Dit komt mede omdat ziektekostenverzekeraars, ziekenhuisdirecties, specialisten en huisartsen niet altijd bewust zijn van het belang van samenwerking. Er zijn nog geen aparte financieringsstromen om het organiseren van de regionale samenwerking te bekostigen. In de regio's verdwijnen MCC's en komen zo nu en dan huisartscontactpersonen in ziekenhuizen. Een enkele huisartscontactpersoon krijgt vervolgens weer de mogelijkheid om een MCC te beginnen. Voor hen en de bestaande MCC's en een ieder die afspraken maakt over transmurale samenwerking, hopen we dat dit document een hulpmiddel kan zijn in het organiseren van samenwerking tussen huisartsen en specialisten en andere betrokken beroepsgroepen. Hiermee is dit rapport geen eindproduct maar een discussie stuk dat aan verandering onderhevig zal zijn. Vanuit de FMCC wensen we dat dit document de regionale samenwerking bij de implementatie van landelijke richtlijnen een leidraad geeft.

Namens het FMCC, Loes Meijer

## Literatuurlijst

- Grol R, Wensing G Disseminatie van innovaties In: Grol R, Wensing M. Implementatie Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. 3e dr. Hfdst 10 en11 Maarssen: Elsevier;
- Grol R, Weel van Ch, Getting a grip on guidelines: how to make them more relevant for practice Br J Gen Pract. 2009 May 1; 59(562): e143–e144.
- Harrison M.B., Légaré F., Graham I.D., Fervers B; Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. CMAJ2009.DOI:10.1503/cmaj.081232
- Klopper-Kes A.H.J., Meerdink N., Wilderom C.P.M., Harten van W.H. Effective cooperation influencing performance: a study in Dutch hospitals; International Journal for Quality in Health Care 2011; Volume 23, Number 1: pp. 94–99 10.1093/intqhc/mzq070
- Lubberding S, Langelaan M, e.a. Richtlijnen en organisatie van zorg 2011 Nivel en Orde van Medisch specialisten
- Adviescommissie Richtlijnen-Raad Kwaliteit; Medisch Specialistische richtlijnen 2.0, augustus 2011
- Lugtenberg M, Zegers-van Schaick J.M, Westert G.P, Burgers J.S. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners; Implementation Science 2009, 4:54 doi:10.1186/1748-5908-4-54
- Sharon E. Straus, MD MSc, Jacqueline Tetroe, MA and Ian Graham, PhD Defining knowledge translation :CMAJ • August 4, 2009; 181 (3-4). First published July 20, 2009;
- Nivel De aansluiting tussen landelijke multidisciplinaire richtlijnen en regionale transmurale werkafspraken, 2010
- Regieraad kwaliteit van zorg: Een visie op richtlijnontwikkeling in Nederland, April 2011 en 2010 www.regieraad.nl

1. <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/de-aansluiting-tussen-landelijke-multidisciplinaire-richtlijnen-en-regionale-multidisciplinaire-werk/>

2. <http://www.fmcc.nl/bestanden/downloads/aansluiting%20landelijke%20multidisciplinaire%20richtlijnen%20en%20ORTA's.pdf>

3. <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/de-aansluiting-tussen-landelijke-multidisciplinaire-richtlijnen-en-regionale-multidisciplinaire-werk/voortgang/>

## BIJLAGEN

### BIJLAGE A Woordenlijst afkortingen en toelichting

CBO Centraal BegeleidingsOrgaan voor intercollegiale toetsing  
DTO Diagnostische Toets Overleg  
FMCC Federatie Medisch Coördinerende Centra  
FTTO Farmacotherapeutisch Transmuraal Toetsoverleg  
HIS Huisarts Informatie Systeem  
LHV Landelijke Huisartsen Vereniging  
LESA Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken  
LINKH Landelijk Implementatie Netwerk Kwaliteitsbeleid Huisartsenzorg  
LTA Landelijke transmurale afspraak  
LVG Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn  
MCC Medisch Coördinerend Centrum  
MDR Multi Disciplinaire Richtlijn  
NHG Nederlands Huisartsen Genootschap  
NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg  
NVZ Vereniging van ziekenhuizen  
POH Praktijk ondersteuner huisartsen  
OMS Orde van Medisch Specialisten  
RAV regionale ambulance voorzieningen  
SOG Specialist ouderen geneeskunde  
RTA Regionale transmurale afspraak  
SLA Service Level Agreement  
VHN Vereniging Huisartsenposten Nederland  
WDH Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen  
ZorgDomein een internetapplicatie voor digitaal verwijzen van huisarts naar regionale zorginstellingen ( ziekenhuizen)  
Zorggroepen organisaties (van overwegend eerstelijnszorgaanbieders) die met zorgverzekeraars contracten afsluiten om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren', met als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren.

## BIJLAGE B Websites

1 . <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/de-aansluiting-tussen-landelijke-multidisciplinaire-richtlijnen-en-regionale-multidisciplinaire-werk/>

2.<http://www.fmcc.nl/bestanden/downloads/aansluiting%20landelijke%20multidisciplinaire%20richtlijnen%20en%20RTA's.pdf>

3. <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/de-aansluiting-tussen-landelijke-multidisciplinaire-richtlijnen-en-regionale-multidisciplinaire-werk/voortgang/>

[www.regieraad.nl](http://www.regieraad.nl)

[www.fmcc.nl](http://www.fmcc.nl)

[www.afsprakenhuisartsenspecialist.nl](http://www.afsprakenhuisartsenspecialist.nl)

[www.quartztransmuraal.nl](http://www.quartztransmuraal.nl)

[www.cze.nl/haca](http://www.cze.nl/haca)

[www.stichtingthema.nl](http://www.stichtingthema.nl)

[www.transmax.mcc.nl](http://www.transmax.mcc.nl)

[www.mccklik.nl](http://www.mccklik.nl)

[www.mccleuwarden.nl](http://www.mccleuwarden.nl)

[www.edctergooi.nl](http://www.edctergooi.nl)

[www.mcce.nl](http://www.mcce.nl)

[www.azm.nl](http://www.azm.nl)

[www.transmuraalnetwerk.nl](http://www.transmuraalnetwerk.nl)

[www.stichtingrots.nl](http://www.stichtingrots.nl)

[www.flevoziekenhuis.nl](http://www.flevoziekenhuis.nl)

[www.mcc-decompagnons.nl](http://www.mcc-decompagnons.nl)