

# Veranderende samenwerking in de zorg

onder redactie van:  
Ruth Hammelburg  
Wiebe Jan Lubbers  
Noks Nauta



Bohn  
Stafleu  
van Loghum

Springer Media

## **Ketenzorg en transmurale afspraken**

*Loes Meijer en Mariëtte Oostindier*

- 30.1 Inleiding – 188**
- 30.2 Medisch coördinerende centra – 188**
- 30.3 Wat betekent dat voor het voorbeeld:  
de RTA-prostaaldiagnostiek – 188**
- 30.4 Initiatie van een RTA – 189**
- 30.5 Conceptie van een RTA – 190**
- 30.6 Geboorte van een RTA – 190**
- 30.7 Opgenomen in de familie van richtlijnontwikkelaars – 191**
- 30.8 Samenwerking tussen eerste en tweede lijn – 191**

### 30.1 Inleiding

---

Komt een oudere man bij de huisarts met mictieklachten. Na anamnese en lichamelijk onderzoek besluit de huisarts bij het huisartsenlaboratorium onder andere het prostaatspecifieke antigeen (PSA) aan te vragen. De PSA-bepaling wordt volgens de methodiek van het huisartsenlaboratorium uitgevoerd en blijkt buiten de normaalwaarden van de testmethodiek te liggen. Met de differentiale diagnose 'verdenking prostaatacarcinoom' stuurt de huisarts de patiënt door naar de uroloog, maar vergeet de PSA-bepaling van het huisartsenlaboratorium te vermelden. De uroloog laat de PSA-bepaling opnieuw in het ziekenhuis uitvoeren en de testwaarden liggen binnen de normaalwaarden van de ziekenhuismethodiek; de verdenking prostaatacarcinoom komt te vervallen. Patiënt is nodeloos ongerust (gemaakt) en feitelijk is er onnodige diagnostiek uitgevoerd en heeft er een onnodige verwijzing plaatsgevonden, terwijl de patiënt verwacht dat de zorgprofessionals van elkaar weten wat ze waarom doen.

Kortom, kwaliteit van zorg betekent onder andere dat de patiënt continuïteit ervaart in de geboden zorg. Continuïteit betekent dat de (para)medische professionals intensief moeten samenwerken, elkaars competenties kennen en met elkaar (kunnen) communiceren. Continuïteit betekent ook afspraken maken over wie wat doet op welk moment, hoe er gecommuniceerd wordt met patiënt en collega-zorgverleners en hoe die zorg georganiseerd wordt. Huisartsen en medisch specialisten vormen één as in deze veelal multidisciplinaire samenwerking. Structurele samenwerking is echter niet vanzelfsprekend. Structurele samenwerking vraagt om een bestuurlijke visie, kost tijd en inspanning en 'loont' alleen als een medische noodzaak ervan door samenwerkingspartners wordt ervaren.

### 30.2 Medisch coördinerende centra

---

Bij een kwart van de Nederlandse ziekenhuizen bestaat een organisatiestructuur om samenwerking tussen huisartsen en specialisten langs de weg van de medische inhoud te faciliteren en begeleiden, de medisch coördinerende centra (MCC's). Deze MMC's zijn bottom-up ontstaan en ontwikkeld door visionaire en initiatiefrijke huisartsen en specialisten. 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, volgens een landelijke uniforme procedure.<sup>[211,212]</sup> MCC's leveren daarmee een bijdrage aan de vertaling van landelijke evidence-based richtlijnen naar samenwerkingsprocessen tussen huisartsen en specialisten bij de zorgverlening aan hun gemeenschappelijke patiënten.

### 30.3 Wat betekent dat voor het voorbeeld: de RTA-prostaatdiagnostiek

---

Een RTA is een samenwerkingsafpraak tussen huisartsen en specialisten gebaseerd op bestaande landelijke mono- en multidisciplinaire richtlijnen zoals NHG-standaarden, specialistische richtlijnen, CBO-richtlijnen, landelijke transmurale afspraken (LTA's) of landelijke eerstelijns-samenwerkingsafspraken (LESA's). Een RTA kan verschillende onderdelen van het zorgproces beschrijven zoals diagnostische aanvragen, diagnostiek, bepaalde behandelingen en/of chronische zorg en nazorg.

In het geval van prostaatdiagnostiek beschrijft de RTA bij welke patiëntencategorieën PSA-diagnostiek wordt aangevraagd (erfelijke belast of niet) al dan niet in combinatie met een rectaal toucher, de terughoudendheid die men zou moeten betrachten bij het aanvragen van PSA-bepalingen en waarom, welke patiënten hoelang gemonitord worden en wat de eventuele aanvullende diagnostiek en behandeling is. Maar het belangrijkste is waarschijnlijk wel dat de regionale klinisch chemisch laboratoria een regionale referentietabel voor de verschillende PSA-bepalingen zijn overeengekomen.

In de landelijke eerstelijns- of specialistische richtlijnen staan de aanbevelingen voor de organisatie van de zorg vaak generiek geformuleerd. In RTA's worden in concreto afspraken gemaakt over organisatorische samenwerking zoals verwijzen, terugverwijzen en communicatie naar de patiënt en tussen de samenwerkingspartners. Een van de belangrijke doelstellingen daarbij is eenduidigheid te creëren in een regio waar huisartsen naar meerdere ziekenhuizen kunnen verwijzen. Het moet voor een verwijzende huisarts niet uitmaken naar welk ziekenhuis hij of zij verwijst, de redenen om te verwijzen en wat een huisarts in voorbereiding tot die verwijzing in de zin van (aanvullende) diagnostiek kan doen zijn hetzelfde.

### 30.4 Initiatie van een RTA

---

Redenen om een RTA te gaan ontwikkelen zijn vaak zeer divers, maar altijd gebaseerd op de behoefte vanuit het veld om tot samenwerkingsafspraken te komen. Soms ervaren samenwerkingspartners knelpunten in het zorgproces.

Bijvoorbeeld, bij patiënten die opgenomen worden in het ziekenhuis vindt vaak substitutie plaats van medicatie. Niet zelden wordt dan een generiek voorgeschreven middel uit de eerste lijn omgezet naar een *spécialité* tijdens de klinische opname. Na klinisch ontslag moet de medicatie weer worden 'teruggezet' naar het oorspronkelijke generieke voorschrift van de patiënt. In de regio Zuidoost-Brabant zijn deze afspraken en de bijbehorende communicatie met betrekking tot maagzuurremmers vertaald naar een RTA *Maagklachten*.

Lagerugklachten komen veelvuldig voor en leiden tot onrust bij de patiënt. Het therapeutische beleid bij lagerugklachten is de eerste zes tot acht weken conservatief. Een MRI aan het begin van de klachtenperiode is dan feitelijk overdiagnostiek zonder therapeutische consequenties. In de RTA *Lumbaal Radiculair Syndroom (LRS)* is vastgelegd dat eerst zes tot acht weken conservatief wordt behandeld alvorens bij persisterende klachten wordt verwezen naar de neurologie voor een MRI. Met deze RTA *LRS* is de wachtlijst voor de MRI aanzienlijk teruggebracht en kan de patiënt met persisterende lagerugklachten binnen een week een MRI-scan ondergaan, bevestigd door evaluerend onderzoek van TNO.<sup>[213]</sup>

Nieuwe of herziene richtlijnen van NHG, CBO of nieuwe of herziene LTA's en LESA's vormen eveneens vaak de aanleiding om samenwerkingsafspraken tussen eerste en tweede lijn te maken. In 2009 heeft het NHG een LTA *Chronische Nierschade* geformuleerd, bekostigd door de Nierstichting. In de diverse regio's in Nederland is die LTA vertaald naar een RTA *Chronische Nierschade*, waarbij onder andere afspraken zijn gemaakt over het volgen en interpreteren van de nierfunctie in relatie tot de vitamine D- en PTH-huishouding en daarmee het risico op hart- en vaatziekten. Dit heeft er onder andere in geresulteerd dat vitamine D- en PTH-bepalingen zijn opgenomen in de monitoring van de eerstelijnszorgprogramma's Diabetes en Vasculair Risico Management (VRM). Daarnaast zijn in de RTA's afspraken gemaakt over de medicatiebewaking in samenwerking met de apotheker bij een verminderde nierfunctie, zodat dosering van medicatie kan worden aangepast aan de nierklaring.

Nieuwe diagnostische mogelijkheden vormen ook vaak de aanleiding om een RTA te maken. In een aantal regio's zijn samenwerkingsafspraken gemaakt over het aanvragen een eerstelijns-ECG en fietsergoniometrie. Doel van de samenwerkingsafpraak is het verbeteren van de selectie van patiënten met (mogelijk) angineuze klachten voor electieve verwijzing naar de cardioloog, door huisartsen vrije toegang te verlenen tot inspanningselektrocardiografie met aansluitend cardiologisch advies en periodieke feedback. Wetenschappelijk onderzoek heeft uitgewezen dat vrije toegang tot inspanningselektrocardiografie met aansluitend cardiologisch advies en feedback aan de huisarts leidt tot een verantwoorde reductie van het aantal verwijzingen.<sup>[214]</sup>

### 30.5 Conceptie van een RTA

---

Op het moment dat er een door (para)medische professionals gedragen motivatie is om een RTA te gaan ontwikkelen, moet een formeel besluit volgen om die samenwerkingsafpraak daadwerkelijk te gaan maken. Het is daarbij van belang dat het doel en de inhoud van de RTA helder zijn. Daarbij wordt niet alleen het medisch inhoudelijke draagvlak voor beoogde samenwerkingsafpraak meegenomen, maar ook de ernst van de ervaren knelpunten, de mate waarin het probleem zich voordoet, de belangen van de samenwerkende partijen en de eventuele financiële consequenties van de beoogde samenwerkingsafpraak.

Een regionale multidisciplinaire werkgroep gaat vervolgens gebaseerd op landelijke mono- en multidisciplinaire richtlijnen de definitieve RTA formuleren. In de regionale multidisciplinaire werkgroep hebben ten minste twee (kader)huisartsen en twee specialisten zitting én afhankelijk van het onderwerp andere (para)medische professionals, zoals verpleegkundigen, apothekers, fysiotherapeuten, jeugdartsen, specialisten ouderengeneeskunde. Door een bredere kring van (para)medische professionals wordt de nieuwe samenwerkingsafpraak voorzien van commentaar, de zogenaamde referentenronde. Commentaar van verschillende professionals op een concept-RTA is essentieel voor het draagvlak en de uiteindelijke autorisatie van een RTA.

### 30.6 Geboorte van een RTA

---

Vanaf het moment dat een RTA medisch inhoudelijk draagvlak heeft, volgt een formele autorisatieronde. Hiervoor kennen we in den lande verschillende modi vivendi: interactieve (na) scholingsbijeenkomsten, autorisatie via de huisartsenvereniging en stafbesturen of betrokken specialistische maatschappen. Andere MCC's kennen de formalisering van een RTA door een SLA af te sluiten met betrokkenen of specifiek voor Zuidoost-Brabant een kwaliteitsraad van de huisartsenkring die de RTA's autoriseert namens alle regionale huisartsen.

Na de formele autorisatie van de RTA kan het geboortekaartje gedrukt worden en de kraamvisite beginnen. De MCC's geven de nieuwe RTA uit als samenvattingskaart, eventueel met toelichting, en publiceren de RTA op hun regionale websites en de landelijke openbare website<sup>[215]</sup> waar vele RTA's te vinden zijn. Tegelijkertijd wordt een implementatieplan uitgewerkt, dat naast communicatie, meestal ook interactieve nascholing bevat. Een voorbeeld hiervan is het Interline-programma van MCC KLIK uit Zwolle. De samenstellers van de RTA presenteren dit tijdens een interactieve nascholing aan zeventig tot tachtig procent van hun collega's. Het bereik van dit Interline-programma onder de doelgroep is groot, wat de implementatie van een

RTA bevordert. Daarnaast wordt het onderdeel van verwijzen en terugverwijzen van de RTA vertaald naar de webbased verwijsapplicatie ZorgDomein.

Het transparant maken van de effecten van een RTA middels het vastleggen en evalueren van indicatoren staat nog in de kinderschoenen.

### **30.7 Opgenomen in de familie van richtlijnontwikkelaars**

---

De leden van de FMCC ontwikkelen in afstemming op de behoefte van de lokale professionals samenwerkingsafspraken, maar hebben de laatste jaren nadrukkelijk verbinding gezocht met de landelijke richtlijnontwikkelaars zoals de NHG, Orde van medisch specialisten, het CBO en specialistische verenigingen. Landelijke richtlijnen worden vaak vanuit een gediagnosticeerd ziektebeeld ontwikkeld, terwijl huisartsen en specialisten in hun samenwerking ook vaak met diagnostische dilemma's worden geconfronteerd. Bijvoorbeeld; hematurie is een veelvoorkomende klacht en kan verschillende oorzaken hebben. Welke diagnostische route gaat een huisarts in en wat mag hij van zijn collega in de tweede lijn verwachten. Hoe sluiten de eerste- en tweedelijnsrichtlijnen dan op elkaar aan of zitten er wellicht tegenstrijdigheden in. Een RTA heeft dan tot als doel hierin een pragmatische oplossing te vinden, die vaak nog niet is verwoord in landelijke richtlijnen.

Zowel bij de start als tijdens het proces van de totstandkoming van een RTA kan contact en informatie-uitwisseling met een landelijke richtlijnorganisatie van belang zijn; bijvoorbeeld wanneer regionaal knelpunten worden ervaren bij het werken met landelijke richtlijnen of als landelijke richtlijnen tegenstrijdige adviezen bevatten.

FMCC leden vertalen welke behoeften er leven in het veld en de FMCC-leden worden gevoed met de ideeën en ontwikkelingen van de landelijke richtlijnontwikkelaars. Het NHG heeft bijvoorbeeld een helpdesk ingericht ([renw@nhg.org](mailto:renw@nhg.org)) waar regionale huisartsen die participeren in de ontwikkeling van een RTA ondersteuning krijgen bij het maken van regionale samenwerkingsafspraken.

### **30.8 Samenwerking tussen eerste en tweede lijn**

---

Het formuleren, implementeren en evalueren van regionale transmurale samenwerkingsafspraken is een bijdrage van de MCC's aan de continuïteit van zorg. De MCC's hebben zich de afgelopen jaren verder geprofessionaliseerd en zijn dwarsverbanden aangegaan met landelijke organisaties voor richtlijnontwikkeling.

De MMC's bieden daarmee (para)medische professionals een transmuraal maar bovenal regionaal platform om hun samenwerking vorm te geven.