

17 Samenwerking: kijk over grenzen

Dirk Branbergen

In het kort

Ooit zaten de toekomstige huisartsen en medisch specialisten naast elkaar in de collegebanken. Na het artsexamen scheiden zich de wegen en beperkt het contact zich tot telefoongesprekken, verwijs- en terugverwijsberichten, nascholingen, cursussen en klinische middagen of avonden. In enkele regio's lukt het om op compagnondagen elkaar uitgebreider en in een ontspannen sfeer te treffen.

Welke indruk heeft een patiënt van het contact tussen de huisarts en de specialist? De patiënt verwacht in elk geval dat de huisarts en de specialist goed op de hoogte zijn van elkaars vakgebied, elkaar geregeld spreken en het beleid op elkaar afstemmen.

Dit ideaalbeeld komt jammer genoeg niet altijd overeen met de werkelijkheid. Menig patiënt maakt mee dat het beleid in de huisartsenpraktijk afwijkt van dat in het ziekenhuis, dat de huisarts en de specialist elkaar tegenspreken, dat de specialist of verpleegkundige na de verwijzing verbaal of non-verbaal kritisch oordeelt over de voorafgegane periode, dat het bij verwijzing heel anders verloopt dan door de huisarts geschetst of dat bij terugverwijzing iets van de huisartsenpraktijk wordt verwacht, terwijl de praktijk van niets weet...

Kortom: de afstemming en samenwerking laten nog weleens te wensen over.

Toch behandelen de huisarts en de specialist dezelfde patiënt (de een soms meer dan de ander), vaak na elkaar, maar soms ook tegelijkertijd. Afstemming is dus noodzakelijk, samenwerking is geboden. Dit hoofdstuk behandelt aspecten van samenwerking: over de grenzen heen.

17.1 SAMENWERKING: NIET VANZELFSPREKEND

Zowel huisartsen als specialisten werken aan het opstellen van richtlijnen. De programma's zijn – ondanks pogingen in die richting – niet altijd optimaal op elkaar afgestemd. Er zijn goede voorbeelden van een hechte samenwerking waarbij de verschillen worden overbrugd (bijvoorbeeld Diabetes mellitus type 2, Hartfalen en Cardiovasculair risicomangement), maar er zijn ook voorbeelden van multidisciplinaire pogingen die stranden (Depressie, ADHD). Huisartsen en specialisten richten zich op de eigen standaarden of richtlijnen en beseffen niet altijd dat die van elkaar verschillen. En terecht van elkaar verschillen: hoofdpijn of buikpijn behoort door de huisarts anders benaderd te worden dan door de specialist. Elke test heeft een specificiteit en sensitiviteit, maar de uiteindelijke voorspellende waarde van een test, waar het ons om gaat, kan door epidemiologische verschillen flink verschillen in de open bevolking, bij de patiënten die een klacht voorleggen aan de huisarts en bij de patiënten die uiteindelijk nader onderzoek en behandeling nodig hebben in de tweede lijn. Die voorspellende waarde is zeer afhankelijk van de voorafkansen, dus van het vóórkomen van de ziekte in de populatie. Ziekte zal vaker in de populatie van de specialist voorkomen dan in die van de huisarts. Dat is de reden van het uiteenlopen van de waarde en plaats van dezelfde test in de huisartsgeneeskunde ten opzichte van die in de medisch-specialistische geneeskunde. Dat rechtvaardigt daarmee ook het verschil tussen richtlijnen die voor huisartsen en richtlijnen die voor de specialistische zorg zijn opgesteld. Een gunstige uitslag van een test zal een huisarts terecht meer geruststellen dan een specialist, die even terecht eerder een reden zal zien om toch verder onderzoek te doen.

De uitspraak 'bij de huisarts ben je gezond, bij de specialist ben je ziek tot het tegendeel is bewezen' heeft beperkingen, maar gaat deels op. Het is goed de verschillende perspectieven in het oog te houden, om beeldvorming als 'die huisartsen wachten altijd veel te lang' en 'die specialisten gaan maar blindelings door' te voorkomen.

17.2 RICHTLIJNEN VOOR HUISARTSEN EN MEDISCH SPECIALISTEN

Nieuwe specialistische richtlijnen worden wel voor commentaar aan het NHG aangeboden, maar niet gedeeld met de brede beroepsgroep van huisartsen. Dat hoeft in veel gevallen ook niet: de patiënt is door de huisarts verwezen voor medisch-specialistische zorg volgens de nieuwste en evidence-based inzichten; zowel de huisarts als de patiënt verwacht een goed antwoord op de vraagstelling van de verwijzing. (Van belang is wel dat er overeenstemming is over het moment van verwijzing en terugverwijzing, en over datgene wat daarna van de huisarts wordt gevraagd. Ook is van belang dat de huisarts enige voorspelling kan doen tegenover de patiënt wat deze bij verwijzing van de specialist kan verwachten.)

Voor nieuwe NHG-Standaarden geldt hetzelfde: het betrokken specialisme levert commentaar in de conceptfase, maar er is geen gestructureerd implementatietraject voor alle specialisten. NHG-Standaarden zijn dus samengesteld door en

voor huisartsen en afgestemd met specialisten, maar ze zijn niet in alle gevallen bekend bij (lokale) specialisten en ze worden evenmin in alle gevallen door hen geaccepteerd. Veel specialisten kennen niet de NHG-Standaard die betrekking heeft op aspecten van hun werkgebied. Dat verandert wanneer er op basis van specialistische en huisartsgeneeskundige richtlijnen een Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) gemaakt is, die wel met de specialistische beroepsgroep is afgestemd. Maar ook dan is het nuttig (en ook nadrukkelijk de bedoeling!) deze eveneens op lokaal niveau te bespreken en exacter in te vullen.

Het is relevant vast te stellen dat structurele medisch-inhoudelijke samenwerking op alle niveaus geen vanzelfsprekendheid is. Er is landelijk wel aandacht voor, maar dat vertaalt zich niet automatisch naar een nauwe samenwerking op regionaal of plaatselijk niveau. Samenwerking kent ook andere voetangels en klemmen. Immers, er bestaat geen landelijke organisatie of model hiervoor en samenwerking zit niet in het tarief (er is formeel dus ook geen tijd voor). Samenwerking is wel belangrijk (en voordelig voor patiënten!), iets wat veel huisartsen en specialisten onderschrijven. Ook ziekenhuisorganisaties zien het belang er wel van in, al is dat dan mede ingegeven door het parallel lopende belang huisartsen aan het ziekenhuis te binden. Dat verklaart de aanstelling van bijvoorbeeld een ‘relatiemanager huisartsen’ of ‘accountmanager’ binnen het ziekenhuis, die als opdracht heeft te zorgen dat de huisartsen naar het ziekenhuis verwijzen, om op die manier het adherentiegebied van het ziekenhuis te verstevigen en liefst te vergroten. Dat is niet altijd een eenvoudige opdracht.

17.3 LOKALE INITIATIEVEN VOOR SAMENWERKING TUSSEN DE EERSTE EN TWEEDE LIJN

Op diverse plekken in Nederland hebben de afgelopen tien à twintig jaar visionaire huisartsen en specialisten met organisatietalent pogingen ondernomen de samenwerking in hun regio te bevorderen. Deze sleutelfiguren, ‘kartrekkers’, staken hiervoor de handen uit de mouwen en verzonnen een vorm voor de samenwerking, enthousiasmeerden collega’s en zochten en vonden financiën bij het betrokken ziekenhuis en/of de zorgverzekeraar(s). Protocolen werden opgesteld en afspraken werden gemaakt en geëvalueerd.

Maar samenwerking – en zeker structurele samenwerking – vraagt onderhoud. Incidentele bijeenkomsten, afspraken zonder follow-up, bekijken niet lang.

De resultaten van deze inspanningen zijn wisselend. Logischerwijs krijgt de samenwerking de stevigste basis indien daar een autonome, neutrale organisatie of stichting voor bestaat. Alhoewel het eenvoudiger lijkt (en ook is) om de samenwerking onder een huisartsen- of ziekenhuisorganisatie te laten vallen, blijkt dat minder goed te werken: de ene beroepsgroep is dan te gast bij de andere. Bij een autonome organisatie die zich maximaal inzet voor, maar minimaal afhankelijk is van ofwel de

huisartsen- ofwel de ziekenhuisorganisatie, kan een gestructureerd samenwerkings-initiatief of -project op draagvlak rekenen en gezag uitstralen. Ongeveer 25% van de ziekenhuizen kende in 2010 zo'n autonome organisatie, meestal Medisch Coördinerend Centrum (MCC) geheten.

17.3.1 Medisch Coördinerend Centrum (MCC)

Door hun lokale geboorte zonder 'landelijke moeder' bestaan MCC's in den lande in veel verschillende variaties. Ook de financiering verschilt, maar deze is veelal afkomstig van ziekenhuizen of zorgverzekeraar(s).

Inmiddels groeit bij enkele MCC's het inzicht dat samenwerken meer omvat dan alleen de huisarts en de medisch specialist. De thuiszorg, apothekers en ggz-instellingen schuiven bijvoorbeeld ook aan. Soms betekent dit onzekerheid in het licht van de regelgeving vanuit NZa en NMa (marktwerking): het is moeilijk samenwerking te creëren tussen organisaties die elkaar (moeten) beconcurreren.

In zijn algemeenheid kan een MCC gedefinieerd worden als een 'regionaal kennis- en expertisecentrum voor transmurale afstemming'. Het zijn veelal samenwerkingsverbanden van beroepsgroepen en zorginstellingen in een regio. De medische as van huisartsen en specialisten staat daarbij meestal centraal. MCC's nemen tussen de participerende beroepsgroepen een neutrale positie in.

17.4 FEDERATIE MEDISCH COÖRDINERENDE CENTRA (FMCC)

De meeste MCC's hebben zich verenigd in de Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC), de eerste landelijke *bottom-up*-organisatie voor samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. De FMCC 'bevordert de uitwisseling van kennis en expertise tussen haar leden. Ze behartigt de belangen van haar leden door het MCC-concept onder de aandacht te brengen en door samenwerking aan te gaan met andere landelijke organisaties in de gezondheidszorg.'

17.5 ROS'EN VOOR SAMENWERKING BINNEN DE EERSTE LIJN

Voor de samenwerking binnen de eerste lijn zijn in 2005 organisaties in het leven geroepen die in principe heel Nederland dekken: de regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en). Oorspronkelijk (vóór 2005) kende de LHV de Districts Huisartsen Verenigingen met een sterke 'kwaliteitspoot'. De financiering van deze kwaliteitspoot door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is losgekoppeld van de LHV en toegekend aan de ROS'en. Een ROS heeft als primaire doelgroep niet alleen huisartsen, maar ook andere eerstelijns werkers als fysiotherapeuten, verloskundigen en eerstelijnspsychologen. De ROS'en richten zich op de 'implementatie van kwaliteitsbeleid, continuïteit van zorgverlening en versterking van samenwerking'. Heel Nederland wordt gedekt door ruim twintig ROS'en. Deze worden op collectieve basis gefinancierd, op grond van het inwonersaantal. De activiteiten, de plaats en het draagvlak van de verschillende regionale ondersteuningsstructuren variëren sterk. In het

beste geval wordt de structurele samenwerking binnen de eerste lijn gestimuleerd en ondersteund. Bij het structureren van chronische zorg in ketenafspraken kan de ROS een belangrijke rol spelen.

17.6 WAT KAN EEN MEDISCH COÖRDINEREND CENTRUM DOEN?

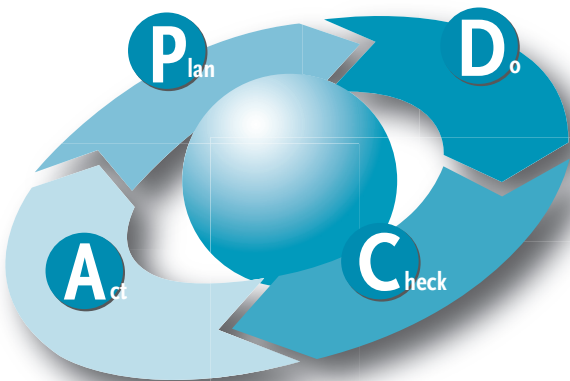
Een ‘toverwoord’ bij het beantwoorden van de uitdagingen waarvoor de zorg zich gesteld ziet, is ketenzorg. Ketenzorg is onder andere gedefinieerd als ‘een samenhangend geheel van zorginspanningen, geleverd door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie’. Er wordt een sluitende keten gevormd van diagnostiek, behandeling, begeleiding, preventie, screening en zelfmanagement, vanuit het paradigma dat de cliënt (patiënt) centraal staat. Ketenzorg kan de breedte en de diepte in gaan, van eenvoudig tot complex.

Het grote voordeel van het organiseren van de zorg in ketens is dat de losse schakels beter van elkaar weten wat ze doen en hoe de kwaliteit van de geleverde inspanningen zich verhoudt tot die van anderen. Het verzamelen van gegevens wordt gewoon, evenals het verbeteren op grond van die gegevens. De PDCA-cyclus van Deming, *plan, do, check, act*, staat centraal. Deze kent vier stappen.

- 1 Zoek de knelpunten, maak een plan (*plan*).
- 2 Voer het uit (*do*).
- 3 Meet en evalueer wat er gebeurt (*check*).
- 4 Stuur het proces zo nodig bij (*act*).

Na stap 4 volgt weer stap 1, zie figuur 17.1. Deze cirkels rijgen zich aaneen tot cycli.

Figuur 17.1 PDCA-cyclus
Diagram door Karn G. Bulsuk (<http://blog.bulsuk.com>).



Plan

Vertrekpunten kunnen enerzijds gesignaleerde knelpunten zijn, anderzijds de introductie van nieuwe ontwikkelingen, standaarden of richtlijnen. De reden van een lokaal samenwerkingsinitiatief is, zoals vermeld, vaak het ervaren gebrek aan een structurele communicatie tussen de huisarts en de specialist alsook de onbekendheid met elkaars werkwijze, standaarden en richtlijnen. Het plan kan dan zijn: het maken en implementeren van medisch-inhoudelijke werkafspraken. Vaak wordt ook de chronische zorg gekozen als ketenzorgproject, met name Diabetes, COPD, Cardiovasculair risicomanagement en in de toekomst wellicht CVA en Dementie.

Do

Medisch-inhoudelijke werkafspraken tussen de huisarts en de specialist vormen de basis voor ketenzorgprojecten. Het eigenlijke doel van werkafspraken is een kwaliteitsverbetering van de zorg en een afstemming tussen de huisarts en de specialist te bewerkstelligen, zodat deze elkaar niet tegenspreken maar aanvullen. De patiënt moet de zorg als een continuüm ervaren.

Landelijke standaarden en richtlijnen zijn het uitgangsmateriaal van regionale werkafspraken. Dat kan in sommige gevallen leiden tot regionale beleidsafspraken, met aanpassingen ten opzichte van de landelijke richtlijnen en standaarden (mits goed onderbouwd). De ervaring leert dat het meestal aanvullingen betreft die (nog) niet in de richtlijnen staan.

Het is nuttig om in een werkafpraak overeen te komen en te noteren wat de huisarts zelf doet, wanneer de huisarts welk aanvullend onderzoek aanvraagt en hoe de huisarts de uitslag daarvan interpreteert, wanneer en waarom de huisarts verwijst, wanneer de specialist terugverwijst, wie er wanneer en wat nacontroleert en ten slotte hoe een en ander logistiek wordt aangepakt.

De volgende stap is de implementatie van zo'n werkafpraak. Het alleen rondsturen van een berichtje blijkt onvoldoende om een werkafpraak bij de doelgroep bekend te maken. De werkafpraak dient gebruikt te kunnen worden voor presentaties aan huisartsengroepen, bijvoorbeeld op de wijze zoals dat bij het Medisch Coördinatie Centrum Klik in Zwolle via de Interline-methode al meer dan tien jaar op succesvolle wijze gebeurt. Via de FMCC is een website ontwikkeld waarop meer dan driehonderd regionale werkafspraken uit het hele land én Interline-programma's uit diverse plaatsen verzameld zijn. Het gebruik daarvan bij het opstarten van een plaatselijk initiatief blijkt de tijd die nodig is voor het ontwikkelen van een plaatselijke werkafpraak met een bijbehorende presentatie, aanmerkelijk te verkorten.

>> Hetzelfde geldt voor ketenzorgprojecten. Ook hier kan de uitwisseling van protocollen en de knowhow met betrekking tot het verzamelen en terugkoppelen van gegevens behulpzaam zijn bij een succesvolle implementatie op zo veel mogelijk plaatsen in het land.

Check en Act

De volgende stap is het 'monitoren', het cyclisch meten wat er gebeurt, en het vergelijken met elkaar binnen de regio, met andere regio's of met landelijke cijfers (benchmarking). Daarop volgt de evaluatie of de beoogde uitkomsten zijn gehaald en vervolgens of dit een *act* wenselijk maakt. Voor het meten worden indicatoren (structuur-, proces- en uitkomstindicatoren) gebruikt.

Meten is weten, maar niet alles is meetbaar. Dat maakt een genuanceerde discussie met de verschillende belanghebbenden (professionals, patiënten, zorgverzekeraars, de overheid en de inspectie) noodzakelijk. Met name bij de uitkomstindicatoren kunnen vele factoren meetellen die de relatie met de te meten interventie verstoren. Het NHG en de LHV hebben van diverse chronische ziekten indicatorensets gedefinieerd. Uit de literatuur blijkt dat een combinatie van structuur-, proces- en uitkomstmaten de beste indruk geeft van de geleverde inspanningen en de bereikte kwaliteit.

17.7 SAMENVATTING

Voor een goede afstemming van zorg is een structurele communicatie tussen de huisarts en de specialist onmisbaar. De geschiedenis leert dat er bij beide beroepsgroepen een eigen autonomie bestaat, waarin structureel contact tussen beide groepen niet vanzelfsprekend is geborgd. Richtlijnen, standaarden en normen worden op regionaal niveau niet met elkaar besproken. Landelijk bestaat er geen structuur die samenwerking gezaghebbend aanstuurt.

Lokale initiatieven geven aan dat structurele samenwerking onder bepaalde voorwaarden te organiseren valt en winst oplevert.

Daarnaast is met name voor een aantal chronische ziekten een goed opgezette structurele (keten)zorg van groot belang voor het verbeteren van de uitkomsten van de zorg. Belangrijke winstpunten van een structureel goed functionerende samenwerking zijn dat de verleende medische zorg door de verschillende disciplines op elkaar afgestemd is, dat de uitvoering goedgeorganiseerd is en dat waar mogelijk daadwerkelijk bekend is of de gestelde doelen ook behaald zijn.

Voorwaarde voor een goede uitvoering lijkt een autonome neutrale organisatie die door alle betrokken beroepsgroepen wordt gedragen. In verschillende regio's blijkt een coördinerend centrum, zoals een MCC, een belangrijke stimulans.