



1^e/2^e lijns Werkafspraken en hun implementatie

Adviezen en ervaringen

Dirk Branbergen, huisarts, coördinator MCC Klik Zwolle

*Met verwerkt commentaar van de volgende MCC coördinatoren:
Hans Plantenga (Hoogeveen), Frans Zwols (Hardenberg), Gerda Vermeer
(Leeuwarden), Loes Meijer (Amersfoort).*

Augustus 2006

Inhoud

- 1. Het maken van een werkafpraak**
- 2. Het presenteren van een Werkafpraak aan huisartsengroepen**
- 3. Het vervolg – frappez toujours**

1. Het maken van een Werkafpraak

Kenmerken Werkafpraak

- Uniformiteit in uitvoering en lay-out van de verschillende Werkafspraken.
- Makkelijk te bundelen.
- Een Werkafpraak bevat de mening van de werkgroep over:
 - o wat de huisarts zelf kan doen
 - o wat de waarde van aanvullend onderzoek is
 - o wanneer verwijzing zinvol is, naar wie en waarom
 - o wanneer terugverwijzing zinvol is en waarom
 - o welke controles door wie gewenst zijn
 - o hoe er verwezen kan worden (logistiek).
- Kort en overzichtelijk, met alleen méér tekst over zaken waarop de werkgroep accent wil leggen. Anders verwijzen naar bv NHG standaard. Ook gebruikte literatuur vermelden.
- Kolommen opbouw: links trefwoorden, rechts commentaar, met name toelichting over het waarom.
- Makkelijk is met een asterix aan te geven waar de Werkafpraak afwijkt van de NHG standaard of LTA.

Keuze onderwerp Werkafpraak

Er kunnen verschillende redenen zijn die de keuze van een onderwerp voor een Werkafpraak bepalen:

- Publicatie van herziene of nieuwe NHG standaarden of Landelijke Transmurale Afspraken (LTA).
- Verzoek van specialisten of huisartsen vanwege bijvoorbeeld ervaren knelpunten.

- Aansluiten op cursusonderwerpen: het rendement van een cursus wordt hoger indien hier een Werkafspraken aan gekoppeld is: het draagvlak is groter en de mogelijkheid voor deelnemers om het weer op te zoeken.
- Het lijkt goed de keuzes van onderwerpen met een delegatie van de beroepsbeoefenaren te bespreken, bijvoorbeeld bij huisartsen via de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH), bij de specialisten via de staf.

Starten van werkgroep

- Meest werkzaam: 2 huisartsen en 2 specialisten.
- Eerste bijeenkomst in ieder geval + coördinator MCC ter introductie.
- Vergoeding werkgroepleden: gebeurt over het algemeen niet, men neemt deel uit enthousiasme en betrokkenheid bij het onderwerp, bovendien wordt de investering in samenwerking ook wel gezien als 'inherent' aan de functie van huisarts en specialist. Wel vraagt het soms een duidelijke tijdsinvestering, wordt ieders aanwezigheid en inzet verwacht, en wordt het resultaat in bredere zin relevant geacht voor de gezondheidszorg – wat ook als redenen gezien kan worden er juist wel iets tegenover te stellen.

Gespreksonderwerpen eerste bijeenkomst:

- Kennismaking en motivering: wat motiveert de aanwezigen hieraan mee te doen?
- Aanwezigheid alle 4 zeer gewenst: daarop wijzen, bv geen dienst tegelijkertijd doen!
- Uitleg bedoeling: communiceren over belangrijke gemeenschappelijke medische bemoeienissen teneinde afstemming te bereiken. Resultaten vastleggen in Werkafspraken, later presentatie daarvan op enigerlei wijze. Zo mogelijk monitoren daarna.
- Leidraad is bij voorkeur NHG standaard, LTA, of CBO richtlijn. Inventariseren wat er eventueel nog meer aan relevante literatuur is.
- Vertegenwoordiging: specialisten zullen namens hun maatschap dienen te spreken. Vragen hoe specialist resultaten werkgroep zal terugrapporteren aan maten en derhalve de vertegenwoordiging waar kan maken. Er kan overwogen worden een schriftelijke autorisatie van de Werkafspraken door de maatschap te vragen.
- Huisarts kan die vertegenwoordiging naar achterban meestal niet waarmaken, mede afhankelijk van de grootte van de regio. Wel kan bijvoorbeeld formeel autorisatie van een Werkafspraken aan de WDH gevraagd worden. Presentatie van de Werkafspraken aan alle huisartsen vormt de beste toetsing van de Werkafspraken.
- Belangen: zijn er bepaalde belangen die mogelijk mee zouden kunnen spelen? Te denken valt aan opleiding, categorale poli's, (wetenschappelijk) onderzoek, relatie externe partijen, zoals farmaceutische industrie, visitatie, te behalen resultaten?

Indien coördinator niet bij alle vergaderingen aanwezig zal zijn

- Wie van de werkgroep is aanspreekpersoon, voorzitter, notulist?
- Wat kan van coördinator verwacht worden (zie hieronder)?
- Wanneer zal deze weer wel aanwezig zijn?

Rol coördinator

- Begeleider werkgroep, al dan niet steeds zelf aanwezig
- Eindredacteur te formuleren Werkafspraken. Het is gewenst aan de hand van de notulen zo snel mogelijk tot een lay-out of bijstelling van de Werkafspraken te komen.
- Vraagbaak.
- Verzorging drukwerk, verspreiding, etcetera.
- Nazorg: verzorging presentatie Werkafspraken samen met werkgroep, zie hieronder.

2. Het presenteren van een Werkafspraak aan huisartsengroepen naar voorbeeld Interline – Zwolle

Algemene richtlijn

- Presentaties werken het beste indien er een structuur omheen gebouwd wordt: bv abonnement voor meerdere presentaties van verschillende Werkafspraken (in Zwolle 3 Werkafspraken per groep per jaar), en terugrapportage van door de groep genoemde leerpunten.
- Ideale groepsgrootte lijkt ongeveer 12 deelnemers te zijn. Hier wordt uitgegaan van een huisartsengroep (hagro), maar dat hoeft niet altijd.
- Een eigen naam en logo vergroot de uitstraling (bv Interline en Interplus in Zwolle)
- Voorkeur geniet presentatie door leden van de werkgroep zelf. Maar het kan ook zeer gewenst zijn dat met name bij latere presentaties andere leden van de specialistenmaatschap dit doen. Soms is het nuttig andere disciplines mede uit te nodigen.
- Het is nuttig de deelnemers van te voren te vragen de te bespreken Werkafspraak door te nemen, omdat dit het nut van de bijeenkomst aanzienlijk verhoogd.
- Presentatie niet langer dan 2 uur laten duren, bij voorkeur als vervanging intercollegiale toetsing van de hagro, zodat het de groep in wezen geen extra tijd kost. Tijdbewaking van de bijeenkomst is belangrijk, maar vaak een knelpunt.
- De voorkeur geniet dat de cursus een WDH cursus is, zodat de WDH meebeslist over keuze onderwerpen, de kwaliteit bewaakt en accreditatie verleent.
- Betaling deelnemers: het betreft hier gedeeltelijk nascholing, gedeeltelijk investering in samenwerking. Voor het eerste deel is betaling door deelnemers gebruikelijk, voor het laatste deel lijken andere bronnen (zorgverzekeraar, overheid, ziekenhuis) meer voor de hand te liggen. Het risico kan zijn dat dit drempelverhogend werkt voor deelname, de praktijk leert dat dat niet of nauwelijks het geval is.
- Vergoeding presentatoren: zeker naarmate de regio groter is en derhalve meerdere presentaties gegeven dienen te worden lijkt dit terecht en gewenst.

Opstelling programma

- Gestart wordt met stellingen en inventarisatie antwoorden hierop.
- Vervolgens worden 7 casus besproken. Afgesloten wordt steeds met het resumeren van het leerdoel en het volgens de werkgroep juiste antwoord op de stelling.
- Bij afsluiting evaluatielijst, + aanwezigheidslijst.

Het maken van een programma

- Formuleer eerst 7 leerdoelen, eventueel met bijpassende subdoelen. Dat zijn de punten die specialist en huisarts in ieder geval over zouden willen brengen, bijvoorbeeld omdat ze zo relevant zijn, niet zo bekend zijn, nieuw zijn, of naar ervaring niet opgevolgd worden.
- Bedenk bij ieder leerdoel een stelling. De stellingen worden gebruikt als ingangstoets, bij presentatie kunnen de antwoorden geïnventariseerd worden, zodat de werkgroep-presentatoren zien hoe de mening/kennis in de groep ligt. Stelling kan inventariserend zijn naar meningen of ervaringen, of een kennisstelling zijn.
- Bij ieder leerdoel een casus maken. Kort schematisch, met vragen en maximaal 5 vermelde multiple-choice antwoorden. Niet stiekem verschillende leerdoelen in 1 casus stoppen, dat werkt vaak verwarrend. De genoemde antwoorden kunnen de verschillende argumenten aangeven die de werkgroep besproken zou willen hebben.
- Maak voor de presentatoren zelf een document 'achtergronden', waar de antwoorden en toelichtingen, leerdoelen en de antwoorden van de stellingen in staan.
- Overweeg eventueel gebruik plaatjes, op wat voor wijze dan ook. Cave teveel tijd hiervoor. Het vraagt een iets ingewikkelder logistiek, maar is wel een goede afwisseling.

Presentatie van het programma

- De regie over deskundigheidsbevorderende activiteiten bij huisartsen dient bij de huisarts zelf te liggen. Derhalve is de huisarts uit werkgroep voorzitter, de specialist is als vertegenwoordiger van de werkgroep en als consulent aanwezig. Men kan er ook voor kiezen dat bijvoorbeeld iemand van de WDH voorzitter is en de tijd bewaakt, zodat de huisarts-presentator van de werkgroep zich alleen op de inhoud hoeft te richten.
- Iedere deelnemer is voorzien van nummerbordjes 1 t/m 5, met houders.
- Naamplaatje voor iedere deelnemer.
- Stellingen uitdelen + map casusschetsen.
- Stellingen evt kort voorlezen, direct vragen antwoord te geven, bv 1=juist / mee eens, 2= niet juist, oneens. Geen toelichting, die komt bij bespreken casus.
- Casus 1. Evt voorlezen, dan vrij snel vragen keuze te maken en via nummerbordje te laten zien.
- Argumenten van keuzes uitvragen. Specialist evt reactie vragen of zelf mening werkgroep aangeven, discussie.
- Afsluiten met argumenten en keuze werkgroep, wijzen waar dit op Werkafpraak staat.
- Toelichting juiste antwoord stelling.
- Casus 2, enzovoort. Belangrijk is redelijk tempo erin te houden! Eventueel eerder klaar is nooit erg.
- Ter afsluiting: evaluatielijst rond laten gaan en aanwezigheidslijst voor accreditatie.
- Op evaluatielijst vragen 2 opgedane leerpunten te noemen, deze kunnen later teruggerapporteerd worden.

3. Het vervolg – frappez toujours

Inleiding

- Afhankelijk van de grootte van de regio en het aantal deelnemende groepen kan het een paar maanden tot 2 jaar duren voordat een programma/Werkafspraak aan iedereen gepresenteerd is.
- Na verloop van tijd zal de vraag om herhaling spelen: 'frappez toujours'. Er zijn verschillende mogelijkheden.

Leerpunten

- Een vorm van herhaling is het later toesturen van de door de groep genoemde leerpunten.
- Deze kunnen in de hagro besproken worden, bijvoorbeeld een jaar na de bijeenkomst.

Plenaire cursus (Voorbeeld Zwolle: Interpluscursus)

- Opzet hiervan is dat het een plenaire eenmalige cursus als vervolg op Interline is.
- Basis van de cursus blijft de inmiddels al dan niet aangepaste Werkafspraak.
- De bedoeling is dat de complete specialistenmaatschap aanwezig is.
- Accent ligt nu meer op kennismaking specialisten en toepassing Werkafspraak.
- Deelnemers kunnen daartoe eigen casuïstiek meenemen.
- Gedeeltelijk plenair, gedeeltelijk in groepjes.

Monitoren

- Doel van monitoren is te meten of een Werkafspraak daadwerkelijk gebruikt wordt en verbetering van Werkafspraak zelf of het gebruik ervan gewenst is.
- De gegevens hiervan dienen teruggekoppeld te worden aan huisartsen en specialisten op enigerlei wijze.
- Bespreking hiervan kan inzicht geven in knelpunten en roept de Werkafspraak in herinnering.
- Het kan op macro-niveau de waarde van de hele procedure inzichtelijk maken.
- Voor de uitvoering van monitoring dienen indicatoren vastgesteld te worden, zoals inmiddels op de model-Werkafspraken van FMCC en NHG gebeurt.
- Het meten van deze indicatoren en het omzetten in een presenteerbaar formaat kan goed door een MCC geschieden, mits deze hier voldoende voor wordt toegerust.
- Aanvraagformulieren kunnen een belangrijke bron van gegevens zijn, evenals een goede dataverzameling via ICT.
- Tot nu toe is het meeste succes met monitoren bij diabetes bereikt. Bij de andere onderwerpen is het lastiger, ondermeer door moeilijker te meten indicatoren en soms het minder frequent voorkomen van de ziektes.
- Vanwege deze complexiteit is het belangrijk dat ervaringen hiermee gebundeld worden, zowel binnen een regio voor alle onderwerpen bij een regionaal MCC, als landelijk via de Federatie van MCC's.