Gijs Ruijs
arts-microbioloog, Isala Zwolle

Marco Bol
patholoog, Isala Zwolle

Bert Dikkeschei
klinisch chemicus, Isala Zwolle

Olof Schwantje
huisarts, Huisartsenpraktijk Assendorp, voorzitter Huisartsenvereniging Regio Zwolle

REGIONALE DIENSTVERLENING HOUDT SAMENWERKING TUSSEN EERSTE EN TWEEDE LIJN IN STAND

Eerstelijnsdiagnostiek dichtbij is beter

Het is beter om diagnostische faciliteiten in de directe nabijheid te hebben vanwege kortere lijnen en betere integratie in de regionale transmurale zorg, aldus zorgverleners in de regio Zwolle.




GETTY IMAGES

GROEIACHTERSTAND

Mevrouw Lantink is bezorgd om haar zoon Jelmer van bijna drie jaar. Bij het consultatiebureau was een groeiachterstand geconstateerd. De huisarts denkt aan coeliakie en laat bloed onderzoeken, dat wordt afgenomen op een bloedafnamepost om de hoek door de buitendienstmedewerkster van het Klinisch Chemisch Laboratorium (KCL) van Isala. De anti-tTG (type IgA) is negatief, net als de reflextest anti-endomysium (type IgA). Beide testen kunnen fout-negatief zijn bij een IgA-deficiëntie. Om dat uit te sluiten wordt automatisch een totaal-IgA-test gegenereerd. Ook deze is negatief. De huisarts verwijst door naar de kinderarts, die via het keten-EPD al over de uitslagen beschikt. De klinische verdenking blijft bestaan, maar aangezien Jelmer een IgA-deficiëntie heeft, zijn de gebruikelijke testen alle negatief. De klinisch chemicus besluit spijtserum te testen op anti-tTG IgG, dat fors verhoogd blijkt. HLA DQ-DNA-onderzoek dat conform de vigerende richtlijn aanvullend in het eigen lab is uitgevoerd, blijkt ook positief, wat de diagnose coeliakie zeer waarschijnlijk maakt. De kinderarts verwijst Jelmer terug naar de huisarts voor behandeling.

HUIDAFWIJKING

Mevrouw de Wit bezoekt haar huisarts vanwege een donkergekleurde huidafwijking op haar arm die de laatste tijd veranderd is en is gaan jeuken. De huisarts vindt de afwijking verdacht voor een melanoom en weet patiënte, na enige onderhandelen over de 113,94 euro die ten koste gaat van het eigen risico, toch van het nut van insturen te overtuigen. De excisie wordt uitgevoerd en nog dezelfde middag haalt de dagelijkse bode van Isala bij de huisartsenpraktijk alle diagnostiek op. Het excisiepreparaat wordt verder verwerkt en beoordeeld door de patholoog, die de diagnose 'melanoom' stelt. Het is nu zaak patiënte snel te verwijzen en het behandelplan met haar te bespreken in het ziekenhuis. De patholoog belt de huisarts diezelfde dag nog op om de uitslag door te geven. Patiënte zal dezelfde week op het melanomen-MDO worden besproken.

MRSA

Intussen belt de arts-microbioloog de huisarts van mevrouw Diekstra over haar MRSA-dragerschap. Dit was ontdekt toen zij in Isala was opgenomen nadat ze was overgeplaatst vanuit een Duits ziekenhuis, waar ze was opgenomen na een verkeersongeval. Omdat de MRSA-positieve patiënte graag van haar MRSA-besmetting af wil, maakt ze een afspraak met de huisarts om het dekolonisatieschema te bespreken. Hierna volgt nog het nodige aan MRSA-kweken en overleg.

In 2010 verscheen het rapport, 'Business Case Eerstelijns diagnostiek', dat KPMG Plexus in opdracht van het ministerie van VWS had opgesteld over de eerstelijnsdiagnostiek. Het ministerie meende dat er flink viel te besparen op de eerstelijnsdiagnostiek door alle laboratoriumdiagnostiek van heel Nederland te centraliseren in vier à vijf laboratoria. Plexus bevestigde de veronderstelling van het ministerie, maar het rapport waarmee dat werd onderbouwd liet nogal te wensen over. Plexus kenschetste het laboratoriumlandschap met negatieve benamingen zoals 'archaïsche structuur' en 'versnipperd'. En op gezag van commerciële laboratoria in Duitsland en België werd alles gezet op veronderstelde schaalgroottevoordelen. Het rapport maakte geen onderscheid tussen de vakgebieden klinische chemie, medische microbiologie en pathologie, hoewel elk zijn eigen dynamiek kent. Nu is dat misschien op te vatten als een uiting van een hoogontwikkeld abstractievermogen, maar het wordt zorgelijk als honderden miljoenen euro's aan bezuinigingen worden gepresenteerd op onjuiste premissen.

Diagnostiek staat niet los van de rest van de zorg

Het Consultatiedocument Eerstelijnsdiagnostiek (NZa) in 2011, de Voorhangbrief functie eerstelijnsdiagnostiek in 2013 (VWS) en het rapport Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek in 2014 (KPMG Plexus) volgden. Ook in landelijke dagbladen (Financieel Dagblad, Volkskrant) verschenen artikelen over besparingen in eerstelijnsdiagnostiek. Al deze publicaties leden echter aan hetzelfde manco: ze schetsten de diagnostiek als op zichzelf staande, losse diagnostische transacties, separaat van de rest van de zorg. Een, in ieder geval in Zwolle en omstreken, obsoleet beeld dat ook blijkt te leven bij de zorgverzekeraars, die sinds 1 januari 2015 bepalen waar die eerstelijnsdiagnostiek wordt uitgevoerd. Een ongelukkige keuze, want daarmee wordt niet de patiënt en zijn huisarts, maar de zorgverzekeraar centraal gesteld.

Van oudsher

In de regio Zwolle, waar de samenwerking tussen eerste en tweede lijn van oudsher goed is, zijn sinds 1980 gezamenlijk meerdere met de diagnostiek vervlochten activiteiten in het leven geroepen. Zo is in 1990 het Medisch Coördinerend Centrum (MCC) KLIK, opgericht, met als doel: optimale samenwerking tussen de huisartsen in onze regio en de medisch specialisten van Isala. Daartoe zijn, gelijktijdig met de eerste NHG-Standaarden, de KLIK-werkafspraken gemaakt, waarin de onderlinge afstemming tussen eerste en tweede lijn geregeld is voor een aantal veelvoorkomende aandoeningen. Om de bekendheid van de werkafspraken te bevorderen heeft huisarts Dirk Branbergen, samen met de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH), het Interline-project ontwikkeld. Hierbij maakt een werkgroep een interactief scholingsprogramma van twee uur voor elke werkafspraak. Eén huisarts en één specialist uit de werkgroep presenteren dit programma op wisselende praktijklocaties aan een groep van tien tot twintig huisartsen.

Complexer

Door de zorg van tweede naar eerste lijn te verplaatsen pogen we de kostenstijging in de zorg te beperken. De al vanaf 1993 door internist Henk Bilo in Zwolle en omstreken opgezette transmurale eerste-/tweedelijnszorg voor diabetespatiënten, is een voorbeeld van deze ketenzorg avant la lettre. Een vereiste voor zo'n verplaatsing van zorg is dat eerste en tweede lijn goed samenwerken. Dat de naar de eerste lijn verschoven zorg complexer is en meer en ingewikkeldere diagnostiek nodig maakt, zal ook helder zijn. Om deze doelmatig in te zetten is, naast de – zuinige – NHG-Standaarden en lokale KLIK-werkafspraken, naadloze ondersteuning van lokaal/regionaal goed ingevoerde diagnostische specialisten van essentieel belang. Dat geldt voor zowel de keuze van de juiste diagnostiek, als voor de interpretatie en communicatie van de resultaten met de behandelaar. In sommige gevallen zal verwijzing naar de specialist plaatsvinden, waarbij het essentieel is dat de specialist de beschikking heeft over dezelfde uitslagen, om dubbele diagnostiek te voorkomen. Dat het huisartsconsult voor de patiënt gratis is, maar bijbehorende diagnostiek niet, is dan niet erg behulpzaam, maar dat terzijde.

Vervlochtenheid

Ook patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek van diagnostiek, op het grensvlak van eerste/tweede lijn is iets waar Zwolle een reputatie in heeft opgebouwd. Van het promotieonderzoek van Peter Remkes, *Niet-invasief cardiaal functie-onderzoek op verzoek van de huisarts*, waarbij de patiënt cardiologisch onderzocht werd, maar wel in de eerste lijn bleef, tot het *Streptococcus pyogenes* keelpijnonderzoek van huisarts Sjoerd Zwart en het recente Case Control Gastro-enteritis (CCGE)-onderzoek.[1,2] Financiering van dergelijk onderzoek is beschikbaar vanuit de Hein Hogerzeil Stichting.

PRAKTIJKPERIKEL

WAT DE EERSTE LIJN MOET WETEN

Een kennismakingsgesprek vind ik als huisarts zinvol. Een leuke gelegenheid om nieuwe mensen in de praktijk te leren kennen. Je wordt er altijd wijzer van. Sinds haar 10de heeft mevrouw aanvalsgewijs min of meer ernstig allergisch angio-oedeem, waarvoor mizolastine én ranitidine. Ik trek mijn wenkbrauw kennelijk genoeg op om in te haken. 'Ja, dokter Levi in het AMC zei dat mijn huisarts dat gewoon had moeten weten en u weet dat dus ook niet? Nou, hij wilde mijn huisarts daarvoor niet bellen en hij vond het ook onzin om er iets over te schrijven, hoewel mij dat wel nuttig leek. Het heeft mijn leven drastisch ten goede veranderd hoor; jarenlang heb ik ermee getobt en allerlei specialisten bezocht en pillen geprobeerd, maar sinds ik die combi heb is het gewoon weggebleven. Doodeng hoor als je toet en je tong ineens opzwellen.'
Ik heb haar beloofd het aan te bieden voor publicatie. En omdat het bereik van een praktijkperikel onder huisartsen vele malen groter is dan dat van The Am. J. of Immunology, bij dezen: probeer bij recidiverende aanvallen van allergisch angio-oedeem zonder bekende oorzaak naast de H1- ook de H2-receptor te blokkeren. Dan weet u wat u had moeten weten.

Heeft u ook een perikel?
Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

Wat de medische microbiologie betreft is de epidemiologische vervlochtenheid van huisarts, ziekenhuis, verpleeghuis én GGD in dit tijdschrift al eerder uiteengezet.[3] Op het moment dat de diagnostiek van patiënten in een huisartsenpraktijk op last van de verzekeraars naar verre oorden wordt verzonden en niet naar het eigen, regionaal ingebedde microbiologisch laboratorium, raakt de kennis van de regio over de ontwikkeling van epidemieën of bijvoorbeeld voedselvergiftigingen gefragmenteerd en zal trager worden ingegrepen.
Daarnaast is de toenemende antimicrobiële resistentie actueel. Nederland doet het ten opzichte van bijvoorbeeld Duitsland en België erg goed. Een vergelijking tussen Nederland en de Duitse deelstaat Nordrhein-Westfalen (NRW), met ongeveer evenveel inwoners (circa 17,5 miljoen), leert dat het Nederlandse '*search and destroy*' MRSA-beleid per jaar circa 1000 sepsisepisodes en 150 sterfgevallen door MRSA voorkomt, terwijl bovendien circa 195 miljoen euro per jaar aan MRSA-gerelateerde kosten wordt bespaard ten opzichte van NRW.[4,5]
De meerwaarde van diagnostische faciliteiten in de directe nabijheid beperkt zich niet tot de intelligente toevoegingen die in de loop der jaren zijn ontstaan. Kortere lijnen betekent ook: sneller, goedkoper en minder foutgevoelig, zo is gebleken. Dit nog los van de wederzijdse kennis van de lokale prioriteiten die vanaf intercollegiale consultering tot en met beleidsplanning scherper laat aansluiten.

Dienstverlening
Het eerstelijnsdiagnostiekcentrum is eigenlijk een eerstelijnsdienstverleningscentrum. Het is het product van een fijnmazige structuur die in de loop der jaren door langetermijnrelaties tussen eerste en tweede lijn is opgebouwd. Zou de diagnostiek naar regiovreemde laboratoria worden verplaatst, dan zou veel van deze kostbare samenwerking verloren gaan. Huisartsen weten als geen ander wat dat waard is en de keuzes voor eerstelijnsdienstverlening moeten dan ook niet worden overgelaten aan zorgverzekeraars, maar aan de ter zake deskundige: de huisarts. ■

De namen van de genoemde patiënten zijn gefingeerd.

contact
g.j.h.m.ruijs@isala.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web
De voetnoten en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.





Het klikte toen mijn dokter en ik spraken over deze nieuwe, eenmaal wekelijkse therapie in een gebruiksklare pen.

Trulicity is nu beschikbaar en laat een significante HbA1c daling zien.[1] Trulicity 1,5 mg wordt vergoed conform de huidige vergoedingscriteria van de GLP-1 RA klasse.

Dulaglutide (Trulicity®) is geïndiceerd bij volwassenen met diabetes mellitus type 2 voor verbetering van de glucoseregulatie als:

MONOTHERAPIE:
Wanneer dieet en lichaamsbeweging alleen onvoldoende glucoseregulatie geven bij patiënten voor wie gebruik van metformine onwenselijk wordt geacht vanwege intolerantie of contra-indicaties.

ADJUVANTE THERAPIE:
Wanneer in combinatie met andere glucose verlagende geneesmiddelen, waaronder insuline, deze samen met dieet en lichaamsbeweging onvoldoende glucoseregulatie geven.

trulicity®
Dulaglutide injectie eenmaal per week