

Platform voor huisartsen en specialisten verdient stevige basis

# Vloeiend tussen eerste en tweede lijn

Dirk Branbergen,  
huisarts, coördinator MCC Klik  
Zwolle, namens de Federatie  
van Medisch Coördinerende  
Centra (FMCC)

Correspondentieadres:  
dbranber@knmg.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

Dit artikel is online geplaatst op  
5 april 2012.

Een soepele samenwerking tussen huisarts en specialist is nog geen gemeengoed, zeker niet op landelijk niveau. Medisch Coördinerende Centra doen daar wat aan, onder meer door een website die zoveel mogelijk regionale transmurale afspraken bijeenbrengt.

**V**oor een vloeiende overgang tussen huisarts en specialist is meer nodig dan een incidenteel contact in de wandelingen, door de telefoon of bij een – vaak matig bezochte – klinische les.

Een waterdichte samenwerking vraagt om actief, structureel contact tussen beide beroepsgroepen. Contact met een duidelijke inhoud, dat voor beiden zinvol en motiverend is, en waar een adequaat vervolg op plaatsvindt. Daarnaast is er een bestuurlijke visie nodig die deze samenwerking ondersteunt. Want als substitutie voor één van beide partijen bijvoorbeeld financieel onvoordelig uitpakt, verstoort dit het proces. Structurele samenwerking kost ook tijd, waaraan meestal een tekort is. Bovendien wordt die tijd nauwelijks betaald. Er is dus geen zichtbaar 'loon naar samenwerken', althans ma-

terieel en op korte termijn gezien. Het gaat zelfs ten koste van de directe profijtelijke 'productie'. Er zijn dus remmende factoren. Desondanks en dankzij visionaire, initiatiefrijke huisartsen en specialisten,

bestaat er in een kwart van de ziekenhuizen een structuur om die samenwerking te faciliteren en begeleiden, een zogenaamd MCC (Medisch Coördinerend Centrum). Het is een platform dat door huisartsen en specialisten wordt bestuurd, wat leidt tot betrokkenheid en vertrouwen van beide beroepsgroepen.

De MCC's hebben zich ter ondersteuning van elkaar verenigd in een federatie, de FMCC.

## Regionale afspraken

Door hun lokale geboortes, zonder landelijke moeder, verschillen MCC's van elkaar, maar er zijn belangrijke overeenkomsten. De grootste gemeenschappelijke noemer is het formuleren van RTA's (regionale transmurale afspraken) tussen huisartsen en specialisten. Dat kan bijvoorbeeld naar aanleiding van een nieuw gepubliceerde NHG-standaard of LTA (landelijke transmurale afspraak). Maar ook bij gesignaleerde knelpunten. Zo is in Leeuwarden het beleid bij functionele asplenie, vastgelegd en verkondigd in een RTA, aldaar tot een 'levensreddende werkafpraak' benoemd. Een asplenie geeft immers een risico op een sepsis en vraagt daarom om preventieve maatregelen zoals vaccinatie en goede antibiotica-instructies voor de patiënt. De huisarts kan daar een actieve rol in spelen, maar dat moet dan wel afgesproken worden.

Of er zijn nieuwe diagnostische of therapeutische mogelijkheden die specialisten onder de aandacht van huisartsen willen brengen via een RTA, omdat zij consequenties kunnen hebben voor verwijzingsindicaties. Bijvoorbeeld MRI-onderzoek van de knie door de huisarts. Het NHG raadt dit vooralsnog af, sommige regio's volgen dit beleid in hun RTA, andere bieden de mogelijkheid wel, maar dan onder in de RTA genoemde voorwaarden.

**De regionale afspraken brengen meer begrip en enthousiasme**



Het bijzondere van het maken van een regionale transmurale afspraak (RTA) is dat huisartsen en specialisten structureel met elkaar communiceren over de medisch-inhoudelijke aanpak van een probleem.

beeld: Corbis

In Zwolle is een RTA Aneurysma Aortae Abdominalis ontwikkeld omdat daarvoor nu veiligere diagnostiek mogelijk is en er minder risicovolle endovasculaire technieken toegepast kunnen worden. Dat kan consequenties hebben bij het besluit tot ingrijpen en daarvoor moeten huisarts en vaatchirurg beiden dezelfde informatie aan de patiënt verstrekken: het staat op de RTA.

Ook sneller ontslag, waardoor de huisarts meer met vroege complicaties (bijvoorbeeld infecties bij implantaten) geconfronteerd kan worden, is een aanleiding voor het maken van een RTA. Verder starten MCC's projecten op en zorgen ze voor een brede inbedding daarvan. Zo is in diverse regio's de bewaking van nierfunctiestoornissen meer naar de eerste lijn verschoven, soms zelfs meer dan in de LTA gepropageerd. Er is daarbij afgesproken wat daarvoor nodig is, zoals extra laboratoriumonderzoek. Ook organiseren MCC's regelmatig gezamenlijke bijeenkomsten voor huisartsen en specialisten, die overigens beter worden bezocht dan

bijeenkomsten enkel vanuit een ziekenhuis of specialisme georganiseerd.

Tot slot stroomlijnen MCC's de huisartsen-inbreng bij visitaties, en onderhouden ze een communicatiemedium.

Dat deze inspanningen resultaat opleveren, bleek onder meer in twee regio's, waar is aangetoond dat na invoering van een RTA minder te vroege verwijzingen voor het lumbosacraal radiculair syndroom plaatsvonden.<sup>1</sup>

### Leuk

Het bijzondere van het maken van een RTA is dat huisartsen en specialisten structureel met elkaar communiceren over de medisch-inhoudelijke aanpak van een probleem. De ervaring leert dat deze uitwisseling gaandeweg tot meer begrip en enthousiasme leidt. Vaak wordt het uiteindelijk zelfs leuk gevonden. Van belang is dan wel dat het vlot en efficiënt verloopt. En dat vraagt zowel om een adequate en goed ingevoerde gespreksleider als om goed uitgangsmateriaal. Evidence-based standaarden en richtlijnen zijn belangrijk uitgangsmateriaal. Maar ze zijn vaak te uitgebreid en in opzet niet geschikt om snel tot een regionale samenvatting van belangrijke punten te komen. Ervaringen in regio's hebben geleid tot kortere, overzichtelijke samenvattende kaarten, die snel tijdens het spreekuur te raadplegen zijn. Die zijn echter, door de wisselende geboortes van de MCC's, in diverse gedaantes ontwikkeld. De FMCC stimuleert nu dat alle MCC's tot een en dezelfde lay-out komen. Dat heeft het grote voordeel dat makkelijker gebruikgemaakt kan worden van elkaars RTA's als basismateriaal.

### Verzamelsite

Om het gebruik van elkaars RTA's te stimuleren en te faciliteren is enkele jaren geleden door MCC Klik Zwolle een verzamelsite ontwikkeld waarop vele in den lande ontwikkelde RTA's te vinden zijn. Met financiering van de FMCC is deze site sinds januari 2012 openbaar toegankelijk en bevat inmiddels honderden RTA's, gerangschikt op onderwerp, plaats van herkomst en jaar van publicatie. Sommige zijn beperkt en bevatten vooral de logistiek, andere zijn uitgebreid en vermelden bijvoorbeeld wat een huisarts kan doen voordat hij eventueel verwijst. Vooral die uitgebreide zijn waardevol, omdat die ook nuttig kunnen zijn voor presentaties en nascholing. Presentatie van een RTA en nascholing via een RTA maken dat deze goed bekend raakt bij de huisartsen, waardoor er meer kans is op een succesvolle implementatie.

**SAMENVATTING**

- Samenwerking tussen huisarts en specialist is belangrijk, maar een landelijke structuur daarvoor ontbreekt.
- Wel zijn er op sommige plaatsen Medische Coördinerende Centra die de eerste en tweede lijn beter op elkaar afstemmen.
- Deze MCC's werken nu landelijk samen.
- Zij wisselen onder meer materiaal uit via een openbare verzamelsite van regionale transmurale afspraken.

**MCC's dreigen nogal eens de sluitpost van de begroting te zijn**

Ook met implementatiemethoden hebben verschillende MCC's ervaring. Succesvol is de zogenoemde interlinemethode, waarbij de samenstellers van de RTA deze interactief aan huisartsengroepen presenteren. De presentaties blijken door huisartsen zeer gewaardeerd te worden en hebben een opkomst van 70 tot 80 procent. De interlineprogramma's uit verschillende steden staan eveneens op de verzamelsite.

**Lippendienst**

MCC's hebben niet altijd een makkelijk bestaan. Ze dreigen nogal eens de sluitpost van lokale begrotingen te zijn. Allereerst is het fenomeen niet iedereen bekend. Bovendien zijn de door bestuurders en zorgverzekeraars gewenste prestatie-indicatoren bij een besluit tot financiering makkelijker te leveren voor de instelling van diabetes dan voor een verbetering van de samenwerking. Maar als we de gedachte dat samenwerking tussen huisartsen en specialist essentieel is voor een goede gezondheidszorg, meer dan lippendienst willen bewijzen, dan zou het belang van een platform waar beide beroepsgroepen zich in thuis voelen toch onomstreden moeten zijn. MCC's bieden zo'n platform en zullen nog beter functioneren als zij in belangrijke zaken samen optrekken. De nu gelanceerde verzamelsite is daar een goed voorbeeld van. 



Bij dit artikel op [www.medisch-contact.nl](http://www.medisch-contact.nl) vindt u links naar de verzamelsite en de website van de FMCC. Daar staat ook de voetnoot.

Van dezelfde auteur verscheen 18 januari 2008 in Medisch Contact een ingezonden brief over samenwerken, getiteld 'Dinsdag 16 uur: samenwerkingstijd'.



**veldwerk**

*De baas*

'Wie is hier eigenlijk de baas?!' Het was niet lang nadat ik mijn plek als ziekenhuisbestuurder had gevonden dat die vraag mij voor de voeten werd geworpen. Meer met uitroepteken dan met vraagteken. Het was tijdens de rondvraag van een stafvergadering. Aanleiding was een radio-interview over operatiegaranties, iets waar ik wel voordelen in zag. Het staflid dat de vraag stelde, dacht daar blijkbaar anders over of vond althans dat ik me niet met zijn snijwerk had te bemoeien. Mijn dochtertje denkt dat ik de baas ben in het ziekenhuis. Maar ja, zij is 6. Ik laat haar graag nog even in de waan. Jammer genoeg straalt de vermeende autoriteit op het werk niet af op de situatie thuis. Daar zijn de verhoudingen volstrekt duidelijk: zij is de baas over zichzelf – die malligheid leren ze op de basisschool – en wat haar betreft ook over de rest van het huishouden. Laatst was een staflid ziek. Er was sprake van handletsel en opereren ging niet meer. Maar het bloed kruipt waar het niet gaan kan: hoewel de bedrijfsarts vond dat de botbreuk nog niet genezen was, wilde de dokter weer gaan opereren. Wie is dan de baas die bepaalt of dit verantwoord is? De telefoniste van P&O, die de ziek- en betermelding in ontvangst neemt? De voorzitter van de vakgroep? De raad van bestuur? Of is de dokter baas over zichzelf? Die malligheid van professionele autonomie wordt er tijdens de opleiding ingestampt. Jammer, want de angst voor bazen is misplaatst. Bazigheid werkt niet, verantwoording wel. En dat, met een toefje leiderschap, doet wonderen.

Hugo Keuzenkamp, lid van de raad van bestuur van het Westfriesgasthuis

#### Voetnoot

1 Implementation of a shared care guideline for backpain: effect on unnecessary referrals, Fleuren, Dusseldorp, Van den Bergh, Vlek, Wildschut, Van den Akker, Wijkel. *International Journal for quality in health care*, 2010; 22(5): 415-20.