



Verdiepingsstudie implementatie Landelijke Standaard Ketenzorg Antistolling (LSKA) 2.0:

Twee best practice-regio's nader in beeld

N. Damen
M. Floor
L. van Dijk

Dit rapport is een uitgave van het NIVEL. De gegevens mogen worden gebruikt met bronvermelding.



ISBN 978-94-6122-391-3

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2016 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Casusbeschrijving regio Groningen	6
Casusbeschrijving regio Nijmegen	15
Samenvatting	25
Aanbevelingen	29

Inleiding

“Antistolling is een hele klus! Er speelt zoveel, er zijn veel problemen mee en zoveel vragen over; dat vereist een goede organisatie van de zorg.”

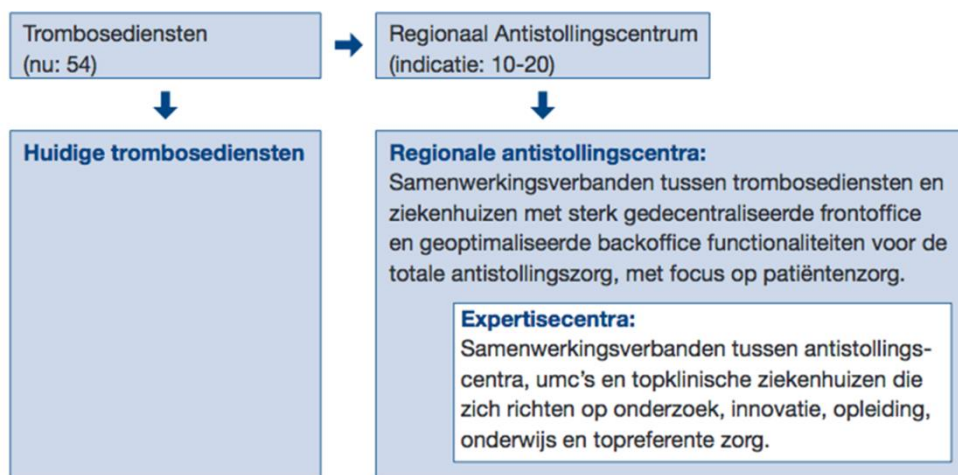
~ Internist-vasculair geneeskundige, regio Nijmegen

In juni 2014 verscheen de Landelijke Standaard Ketenzorg Antistolling (LSKA) 2.0. Deze richtlijn bevat aanbevelingen voor de organisatie van een regionale infrastructuur voor antistolling.

De belangrijkste aanbevelingen uit de LSKA 2.0 zijn als volgt:

1. Implementatie van structurele transmurale samenwerkingsverbanden, zoals een regiotafel;
2. Implementatie van een regionaal antistollingscentrum & expertisecentrum (Figuur 1).

Figuur 1 Schematische weergave vormgeving regionale antistollingscentra en expertisecentra



Bron: visiedocument 'Toekomstscenario Antistollingszorg', Federatie van Nederlandse Trombosediensten (FNT), 2013

In 2015 voerde het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) in opdracht van de Landelijke Stuurgroep Keten Antistollingsbehandeling en gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), een onderzoek uit naar de implementatie van de LSKA 2.0 (Damen e.a., 2015). Uit dit onderzoek bleek onder meer dat er regionaal variatie bestaat in mate en wijze van implementatie van de LSKA 2.0, en dat er behoefte is aan concrete handvatten in regio's waar de implementatie nog niet of slechts deels van de grond komt. Twee regio's in Nederland lijken momenteel voorop te lopen qua implementatie: Groningen en Nijmegen.

Deze verdiepingsstudie

In een verdiepingsstudie brengt het NIVEL, in opdracht van de Landelijke Stuurgroep Keten Antistollingszorg en gefinancierd door de Federatie van Nederlandse Trombosediensten (FNT), de LSKA 2.0-implementatie in 'best practice regio's' Groningen en Nijmegen zo gedetailleerd mogelijk in kaart. In de periode januari - april 2016 zijn hiertoe in totaal 12 semigestructureerde interviews afgenomen bij eerste- en tweedelijnsketenpartners betrokken bij antistollingszorg, waarvan 11 face-to-face en 1 telefonisch:

- *Regio Groningen:* 7 face-to-face interviews afgenomen bij een internist/directeur trombosedienst, internist-hematoloog, huisarts, openbaar apotheker, ziekenhuisapotheker, kaakchirurg en een projectmanager;
- *Regio Nijmegen:* 4 face-to-face interviews afgenomen bij een internist-klinisch farmacoloog, openbaar apotheker, trombosedienst vertegenwoordigers en een specialist ouderengeneeskunde. Daarnaast is één telefonisch interview afgenomen bij een internist-vasculair geneeskundige.

Alle interviews zijn, met toestemming van de geïnterviewde, opgenomen op band en direct na afloop door de onderzoeker (ND) samengevat. Interview gegevens zijn thematisch gecodeerd in MAXQDA 11 en uitgewerkt tot twee casusbeschrijvingen, die ter accordering zijn voorgelegd aan de geïnterviewden.

Als eerste volgt hieronder de casusbeschrijving van de regio Groningen, gevolgd door de casusbeschrijving van de regio Nijmegen.

Casusbeschrijving regio Groningen

In regio Groningen is men ver gevorderd met de implementatie van de LSKA 2.0. Structurele transmurale samenwerkingsverbanden zijn opgezet, en een expertisecentrum is formeel opgericht. In Figuur 2 (zie pagina 13) zijn de verhoudingen tussen deze regionale initiatieven schematisch weergegeven.

Structurele transmurale samenwerkingsverbanden

Regiotafel

In Groningen wordt de regiotafel genoemd als het belangrijkste transmurale samenwerkingsverband. De geïnterviewden zien de regiotafel vooral als een platform voor kennisuitwisseling tussen ketenpartners. De inhoudelijke invulling van het beleid rondom vitamine K-antagonisten (VKA's), nieuwe orale anticoagulantia (NOAC's), en trombocytenuitremmers (TAR's) staat hierbij centraal, evenals de organisatie van de antistollingszorg conform de LSKA 2.0. Vanuit de regiotafel is ook een digitaal netwerk ontstaan, waardoor ketenpartners ook buiten de vergaderingen om via e-mail met elkaar in contact blijven.

“Voor mij heeft de regiotafel echt een forum-/uitwisselfunctie. Ik spreek er mensen die ik anders niet zou spreken. [...] We kijken of zaken onderling verschillen en informeren elkaar over problemen die binnen de beroepsgroep spelen. Ook vind je er partners om protocollen mee te maken.”

~ Internist-hematoloog

Oprichting

In 2009 heeft de Trombosedienst Groningen, als onderdeel van de 'Pilot Regiotafels Antistolling' van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM), een regiotafel opgericht in de regio Groningen. Tijdens de pilot was er een projectmanager beschikbaar, die de oprichting ondersteunde. De regiotafel is 'bottom-up' opgericht, waarbij de projectmanager in eerste instantie met alle belanghebbende eerste- en tweedelijnsketenpartners is gaan praten over hun ervaringen met en behoeften in antistollingszorg. Over dit verkennende onderzoek is een uitgangsnote geschreven. Vervolgens is een klein groepje enthousiaste eerste- en tweedelijnsketenpartners door de projectmanager uitgenodigd voor een eerste gezamenlijk overleg. Dit vormde de start van de regiotafel. In het begin lag de focus van de regiotafel-bijeenkomsten op het elkaar leren kennen en informatie uitwisselen over ieders rol binnen de keten antistolling.

“We zijn eigenlijk heel 'low profile' met een kleine groep mensen gestart, met een lekker plakje cake en koffie en thee, en gewoon eerst maar eens kennismaken. Dat werkte goed, het kwam echt vanuit de inhoud samen.”

~ Projectmanager

Gaandeweg sloten verschillende andere ketenpartners bij de regiotafel aan, allen vanuit een intrinsieke motivatie om het antistollingsbeleid op regionaal niveau beter te organiseren. Sinds 2012 is de regiotafel omgedoopt tot een officiële vereniging genaamd 'Vereniging Regiotafel Antistolling Groningen'.

Samenstelling en betrokkenheid

In de regiotafel in Groningen zitten alle relevante eerste- en tweedelijnsketenpartners aan tafel. Vanuit de tweede lijn is vertegenwoordiging aanwezig vanuit cardiologie, hematologie, algemene chirurgie, thoraxchirurgie, kaakchirurgie, anesthesiologie, oogheelkunde, interne geneeskunde, de ziekenhuisapotheek en de poliklinische apotheek. Deze vertegenwoordiging is afkomstig uit zowel het universitair medisch centrum (UMC) als de verschillende algemene ziekenhuizen in de regio. Daarnaast neemt een specialist ouderengeneeskunde deel. Vanuit de eerste lijn sluiten een openbaar apotheker, tandarts en huisarts aan bij het overleg.

De projectmanager die vanuit de IVM-pilot betrokken was bij de oprichting van de regiotafel, speelt op dit moment nog steeds een actieve rol. Zij is als ZZP'er betrokken en wordt betaald door de trombosedienst. De projectmanager heeft een achtergrond in de organisatiepsychologie en is langdurig werkzaam geweest in de zorg; eerst als operatie-assistente in het ziekenhuis en later als transmuraal adviseur bij het IVM. Daarnaast heeft zij gewerkt als manager zorginkoop eerste lijn bij een zorgverzekeraar. Deze educatieve en professionele achtergrond maakt dat zij vanuit verschillende invalshoeken vertrouwd is met het reilen en zeilen binnen de medische wereld. Zij participeert nu als zelfstandige, onafhankelijke projectmanager/procesbegeleiding in de regiotafel. Gemiddeld besteedt zij maximaal 20 uur per kwartaal aan regiotafel activiteiten, voornamelijk gelieerd aan agendasetting, voorbereiding van bijeenkomsten en procesbewaking.

De meeste eerstelijnsketenpartners nemen met mandaat vanuit een achterliggende regionale beroepsvereniging deel aan de regiotafel. Zo is de huisarts afgevaardigd vanuit de Districts Huisartsen Vereniging (DHV) Groningen en de openbaar apotheker vanuit de Groninger Apotheken Vereniging (GAV). De tweedelijnsketenpartners nemen meestal niet met een officieel mandaat deel, maar zij vertegenwoordigen (een afdeling binnen) het ziekenhuis waar zij werkzaam zijn.

“Iedereen met mandaat laten deelnemen is natuurlijk het mooiste, maar dat is vaak niet haalbaar. De keerzijde van mandatering is ook dat mensen dan denken dat ze niet vrijuit kunnen spreken. Een aantal nemen wel met mandaat deel, maar dat is vrij geleidelijk gegaan en berust soms ook op toeval: bijvoorbeeld de apotheker die aan tafel zit, is een voorloper bij de GAV en is toevallig degene die bij de regiotafel betrokken is. Onze huisarts koppelt terug aan de DHV in Groningen.” ~ Projectmanager

De opkomst en betrokkenheid van zowel eerste- als tweedelijnsketenpartners wordt door de geïnterviewden als erg goed ervaren. Gemiddeld zijn bij elke bijeenkomst ongeveer 15 tot 20 ketenpartners aanwezig. Dit zijn niet altijd dezelfde personen, omdat veel ketenpartners te maken hebben met bijvoorbeeld wisselende diensten. De geïnterviewde internist/directeur trombosedienst geeft aan dat ongeveer 60-75% van de ketenpartners altijd aanwezig is: *“De samenstelling van de groep die afwezig is varieert, dus dat betekent over het algemeen een mooie opkomst.”* Ketenpartners wordt geen deelname opgelegd, iedereen neemt deel aan de bijeenkomsten vanuit een intrinsieke motivatie om tot een goede regionale afstemming van het antistollingsbeleid te komen.

De geïnterviewden geven aan dat zich in de regio Groningen een groot aantal kartrekkers bevinden, zowel binnen de eerste als tweede lijn. Zij nemen het voortouw in de organisatie van de regiotafel en LSKA-implementatie in het algemeen. Deze kartrekkers doen dit vanuit hun affiniteit met het onderwerp antistolling, en zijn bereid hier veel van hun eigen tijd in te steken. De geïnterviewde ziekenhuisapotheeker zegt hierover het volgende: *“We zijn in deze regio met een gemotiveerde, enthousiaste club mensen. We kennen elkaar goed en weten elkaar te vinden. Dit helpt enorm wanneer er iets geregeld moet worden.”*

Zowel eerste- als tweedelijnsketenpartners hebben binnen de regiotafel dan ook een actieve inbreng, en alle geïnterviewden voelen zich inhoudelijk betrokken. Hierbij wordt opgemerkt dat de huisarts een wat meer beschouwende rol heeft:

“Je moet aan een huisarts niet vragen om mee te schrijven aan richtlijnen en protocollen, of kartrekker van de implementatie te zijn. De huisarts luistert, beschouwt en vertegenwoordigt de visie van de huisartsen uit de regio. Dat is bruikbaar en werkt op deze manier goed.”
~ Huisarts

Voor deelname aan de regiotafel en uitvoering van de hieruit voortkomende activiteiten, zijn geen vergoedingen beschikbaar. De geïnterviewden ervaren dit als niet-wenselijk, maar het leidt in de regio Groningen niet tot een lagere opkomst:

“We hebben een enthousiaste regio, iedereen komt trouw naar de vergaderingen. We proberen ook altijd een interessante agenda samen te stellen en deze met bijvoorbeeld af en toe een flesje ‘regiotafel wijn’ op te vrolijken. Het is wel belangrijk vast te stellen dat iedereen naast de normale werkzaamheden en doorgaans buiten werktijd aan de regiotafel deelneemt, en bereid is werkzaamheden hiervoor te verrichten. Eigenlijk zou er wel wat tegenover moeten staan en zou je over vacatiegelden moeten beschikken.”
~ Internist/directeur trombosedienst

Het komt voor dat een ketenpartner besluit niet meer deel te nemen aan de regiotafel, bijvoorbeeld omdat hij of zij niet meer buiten kantooruren wil vergaderen. De projectmanager en de internist/directeur trombosedienst ondernemen dan pogingen om diegene toch betrokken te houden, waarbij de nadruk ligt op het met elkaar in contact blijven in plaats van het opleggen van deelname aan de regiotafel.

“Soms wil een bepaalde partij niet meer deelnemen aan de regiotafel, doorgaans om goede redenen. We proberen dan met de betreffende personen in gesprek te gaan of vervanging te zoeken. Meestal komt het goed, en anders zijn er andere manieren om met de betreffende discipline in contact te blijven, want dat is toch uiteindelijk waar het om gaat.”
~ Internist/directeur trombosedienst

Organisatie en vormgeving

In Groningen komt de regiotafel zo'n drie avonden per jaar bij elkaar. De internist/directeur trombosedienst is de voorzitter. Ondersteund door de projectmanager bepaalt zij de agenda, waarbij getracht wordt onderwerpen te agenderen die alle aanwezige ketenpartners aangaan, zodat zij zich voldoende betrokken blijven voelen. Daarnaast brengen de deelnemende ketenpartners ook zelf onderwerpen in.

“Het vinden van geschikte onderwerpen is nooit een probleem, eigenlijk dienen deze zich meestal vanzelf wel aan. We bespreken altijd onderwerpen gerelateerd aan de LSKA en daarnaast staat er meestal wel een casus op het programma of bespreken we nieuwe ontwikkelingen, protocollen of onderzoeksresultaten.”
~ Internist/directeur trombosedienst

De projectmanager ondersteunt tevens de praktische organisatie van de regiotafel en zorgt voor procesbewaking. Dit houdt in dat zij plannings opstelt en bewaakt, en ketenpartners attendeert op gedefinieerde actiepunten. De andere ketenpartners vinden de regiotafel goed georganiseerd en zien de (onafhankelijke) betrokkenheid van de projectmanager als een grote meerwaarde:

“De regiotafel is bij ons keurig georganiseerd. Het heeft een goed secretariaat, goede ondersteuning, de stukken zijn netjes, er worden goede sprekers uitgenodigd en de opkomst is heel behoorlijk.” ~ Ziekenhuisapotheker

“De projectmanager is onafhankelijk, wat het gemakkelijker maakt om ons op gemaakte afspraken aan te spreken of tijdens een vergadering in te grijpen wanneer teveel afgeweken wordt van het onderwerp.” ~ Kaakchirurg

De geïnterviewden zien de regiotafel dus vooral als een uitwisselingsplatform, ofwel een manier om multidisciplinair zaken af te kunnen stemmen. De regiotafel zelf ontwikkelt of update geen protocollen. Vanuit dit overleg worden echter regelmatig kleinere werkgroepjes gevormd, die hiermee buiten de regiotafel om aan de slag gaan. Zo is recent een transmuraal protocol voor het perioperatieve antistollingsbeleid ontwikkeld. Daarnaast worden vanuit de regiotafel soms grotere projecten opgestart, zoals ‘Veilige introductie van NOAC’s in Groningen’, waarvoor aparte financiering van zorgverzekeraar Menzis is verkregen. Tijdens de centrale regiotafel bijeenkomsten worden dergelijke ontwikkelingen vervolgens met alle ketenpartners besproken, en wordt nagedacht over strategieën voor de vertaalslag naar de achterban.

Vertaling naar de achterban

Bij de eerstelijnsketenpartners die met mandaat deelnemen aan de regiotafel, verloopt de vertaalslag van gemaakte afspraken via de achterliggende brancheorganisaties. De ervaringen hiermee zijn positief:

“Alle correspondentie naar de apothekers in de regio wordt vanuit de apothekersvereniging gestuurd. Op hun briefpapier en met hun logo. Dit maakt meer indruk dan wanneer ik dit uit mijn eigen naam doe.” ~ Openbaar apotheker

“Ik koppel nieuwe ontwikkelingen of afspraken vanuit de regiotafel terug aan het bestuur van DHV [districtshuisartsenvereniging], en van daaruit kan er actie ondernomen worden [...] Wanneer vanuit de DHV, of soms LHV [landelijke huisartsenvereniging] wordt gezegd dat er bijvoorbeeld een bepaald protocol geïmplementeerd moet worden, luisteren de meeste huisartsen hier ook naar. Op persoonlijke titel is het toch vaak lastig iedereen te bereiken.” ~ Huisarts

De meeste tweedelijnsketenpartners nemen niet met mandaat vanuit een achterliggende beroepsvereniging aan de regiotafel deel. Desondanks verloopt de vertaling van gemaakte afspraken naar de achterban volgens de geïnterviewde medisch specialisten goed. Iedere arts neemt dit voor de eigen discipline of afdeling voor zijn rekening en houdt in de gaten of er in de praktijk gehoor aan wordt gegeven: *“Wanneer ik iets hoor in de regiotafel wat de kaakchirurgen aangaat, koppel ik dit aan mijn collega’s terug en gaan we hier vanuit de afdeling mee aan de slag”*, aldus de geïnterviewde kaakchirurg.

“Ik neem niet met mandaat aan de regiotafel deel. Maar ik ben het hoofd van de sectie stolling in het ziekenhuis, en vanuit daar probeer ik mijn achterban te bereiken.”
~ Internist-hematoloog

Door de centrale bespreking van nieuwe of geüpdatete protocollen, worden ketenpartners hierover niet alleen geïnformeerd, maar krijgen zij ook de kans hier input op te leveren. Indien nodig worden de protocollen aangepast voordat verspreiding naar de achterban plaatsvindt. De ketenpartners

informereren dan vervolgens – al dan niet via een achterliggende organisatie – hun achterban over een regiotafel product waar zij zelf achter staan. Ook het digitale netwerk wordt ingezet om de achterban te bereiken.

Het feit dat de regiotafel is omgedoopt tot een vereniging, werkt bevorderend voor de vertaalslag van de gemaakte afspraken naar de achterban. Zo heeft de vereniging een eigen huisstijl, die gebruikt wordt in de regiotafel correspondentie. *“Dit komt officiëler en overtuigender over bij andere instanties”*, aldus de geïnterviewde projectmanager. Ook heeft de juridische entiteit bijgedragen aan het verkrijgen van innovatiegelden bij zorgverzekeraar Menzis voor het project ‘Veilige introductie van NOAC’s in Groningen’.

Andere regionale overlegstructuren, zoals het farmacotherapeutisch overleg (FTO, een structureel overleg tussen huisartsen en apothekers), worden ook gebruikt om de achterban te bereiken. De internist/directeur trombosedienst bezocht vorig jaar alle FTO’s in de regio, om met apothekers en huisartsen in gesprek te gaan over antistolling en hen bij te praten over een aantal nieuwe ontwikkelingen, zoals het beleid rondom NOAC’s en de LSKA-implementatie.

“Dit is natuurlijk wel een hele onderneming, en je moet dan net iemand hebben die bereid is om hier zoveel tijd in te steken. Het is fantastisch dat dat in onze regio is gebeurd en het levert heel veel op, maar het is niet iets wat je standaard kunt doen.”
~ Openbaar apotheker

Tot slot wordt de vertaalslag naar de achterban gestimuleerd door het feit dat zich in de regio verschillende kartrekkers bevinden, die allen bereid zijn zich actief voor de regiotafel en LSKA-implementatie in te zetten:

“Hun enthousiasme werkt aanstekelijk, dan ben je zelf ook sneller geneigd net dat stapje extra te zetten.”
~ Ziekenhuisapotheker

Belangrijke succesfactoren

- *Laagdrempelige, bottom-up oprichting:* na inventarisatie van behoeften en ervaringen in het veld, startte de regiotafel in Groningen met een klein groepje geïnteresseerde ketenpartners. Dit groeide langzaam uit tot een structureel overleg van aanzienlijke omvang.

“Als je zegt, we maken een stuurgroep en een projectgroep, dan denken mensen meteen dat ze heel veel moeten gaan vergaderen over zaken die hen niet aangaan. Wij hebben vanaf het begin ingestoken op de inhoud van zorg, en het agenderen van zaken die iedereen aangaan.”
~ Projectmanager

“Klein beginnen en groot uitrollen, is de sleutel tot succes [...] Ik heb ook nooit gezegd ‘we gaan een project beginnen’, maar we hebben gezegd dat we eens met z’n allen over antistolling willen praten. Wat gaat er goed, wat gaat er niet goed en hoe kunnen we hier met z’n allen afspraken over maken. Dat geeft een wat meer laagdrempelige insteek.”
~ Projectmanager

- *Deelname vanuit intrinsieke motivatie:* ketenpartners wordt deelname aan de regiotafel niet opgelegd, zij nemen allen deel vanuit affiniteit met het onderwerp en intrinsieke motivatie.
- *Ondersteuning door projectmanager:* de betrokkenheid van een projectmanager bij de regiotafel wordt als een belangrijke succesfactor gezien. In Groningen levert een onafhankelijke, zelfstandige projectmanager op ZFP-basis een aantal uur per week

organisatorische en inhoudelijke ondersteuning, en bewaakt het proces. Haar medische achtergrond is een pré om het veld te begrijpen. Het feit dat zij als onafhankelijk, zelfstandig adviseur betrokken is, maakt haar een neutrale partij en stelt haar in staat regiotafel leden aan te spreken op hun verantwoordelijkheden en gemaakte afspraken.

“Een goede projectmanager is eigenlijk onmisbaar bij dit soort initiatieven. Zij neemt ons veel werk uit handen.” ~ Internist-hematoloog

- *Kartrekkers*: in de regio bevinden zich belangrijke kartrekkers, die zich actief inzetten voor de regiotafel en andere antistollings-gerelateerde zaken. Het betreffen zowel medisch specialisten (internist-hematologen en kaakchirurg) als eerstelijnsketenpartners (directeur trombosedienst, huisarts, ziekenhuisapotheker en openbaar apotheker). De kartrekkers weten elkaar te vinden en werken prettig met elkaar samen, hetgeen de organisatie van de regiotafel en de vertaalslag naar de achterban ten goede komt.

“Wat denk ik enthousiasmeert, is dat we er zelf altijd zijn, dat we heel duidelijk en zichtbaar met elkaar samenwerken. En dat we er lol in hebben en andere mensen willen faciliteren. [...] Commitment van de één zorgt voor commitment van de ander.” ~ Internist-hematoloog

- *Vertaalslag naar de achterban via mandatering en vereniging*: verschillende eerstelijnsketenpartners nemen met mandaat vanuit een achterliggende regionale beroepsvereniging deel aan de regiotafel. Dit stimuleert de vertaalslag van gemaakte afspraken naar de achterban. Het feit dat de regiotafel omgedoopt is tot een Vereniging Regiotafel Antistolling Groningen werkt hiertoe ook bevorderend.

Uitdagingen

- *Behouden van betrokkenheid*: hoewel veel verschillende eerste- en tweedelijnsdisciplines vertegenwoordigd zijn in de regiotafel en hieraan een actieve bijdrage leveren, bestaat de zorg dat deze betrokkenheid in de toekomst niet altijd behouden blijft. Deelname aan de regiotafel en uitvoering van daaruit volgende activiteiten gebeurt veelal in eigen tijd, en vacatiegelden ontbreken. Dit levert tot dusver geen grote problemen op, maar de vraag is hoe lang dit goed blijft gaan.
- *Toekomstige vormgeving antistollingsbeleid*: door de recente veranderingen in de antistollingszorg, zoals de komst van de NOAC's, bestaat er nog veel onduidelijkheid over hoe het antistollingsbeleid in de toekomst vormgegeven wordt en wat hierin bijvoorbeeld de rol van de trombosedienst wordt. Dit is binnen de regiotafel ook onderwerp van gesprek.

Regionaal antistollingscentrum

De trombosedienst in Groningen is inmiddels uitgegroeid tot een regionale trombosedienst, met een verzorgingsgebied dat tot buiten de eigen provincie reikt. Verschillende typen trombosediensten zijn hierbij aangesloten: ziekenhuistrombosediensten, zelfstandige trombosediensten en trombosediensten met een huisartsenlaboratorium. In totaal zijn er 110 prikposten door de gehele regio. Conform de LSKA 2.0 bestaat de regionale trombosedienst uit één 'backoffice' en meerdere 'frontoffices' (zie ook Figuur 1). De verschillende aangesloten losse trombosediensten functioneren als frontoffices. De frontoffices zijn verantwoordelijk voor de directe patiëntenzorg. De oorspronkelijke identiteit van de trombosediensten blijft hierbij zoveel mogelijk behouden, zodat de frontoffices herkenbaar blijven voor patiënten en zorgverleners. Vanuit de backoffice vindt centrale coördinatie van het antistollingsbeleid plaats en worden de frontoffices aangestuurd. De ervaringen met een dergelijke werkwijze zijn tot nu toe positief:

“We slagen erin efficiënt met elkaar samen te werken en gebruik te maken van elkaars sterke punten. Wanneer bijvoorbeeld de ene trombosedienst een mooi formulier ontwikkeld heeft, kunnen we dit bij de andere trombosediensten ook gebruiken.”
~ Internist/directeur trombosedienst

De regionale trombosedienst heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan uniformering van het antistollingsbeleid in de regio. De losse VKA-protocollen van de verschillende trombosediensten zijn samengevoegd tot één protocol: *“Als je protocollen maakt, kun je veel beter één centraal protocol hebben dan losse protocollen op verschillende plaatsen. Ook het updaten en beheren van protocollen verloopt beter wanneer je dit centraal regelt”*, aldus de geïnterviewde internist/directeur trombosedienst.

Hoewel met de oprichting van de grote, regionale trombosedienst de basis is gelegd voor een regionaal antistollingscentrum, is men zich er in Groningen van bewust dat een dergelijk centrum meer omvat dan de som der trombosediensten. Structurele samenwerkingsverbanden tussen de regionale trombosedienst en de ziekenhuizen zijn echter wel (deels) gerealiseerd, maar vaak niet formeel vastgelegd. Zo is de directeur van de trombosedienst tevens werkzaam als internist in het UMC en participeert de trombosedienst in de antistollingscommissies van verschillende ziekenhuizen uit de regio.

De geïnterviewde internist/directeur trombosedienst is van mening dat er niet te ingewikkeld gedacht moet worden over de aparte oprichting van regionale antistollingscentra, die waarschijnlijk natuurlijk voort zullen vloeien uit de regionale trombosediensten. Het gaat om definiëring, positionering ten opzichte van de expertisecentra (zie volgende paragraaf), en vooral de invulling die aan de centra gegeven wordt.

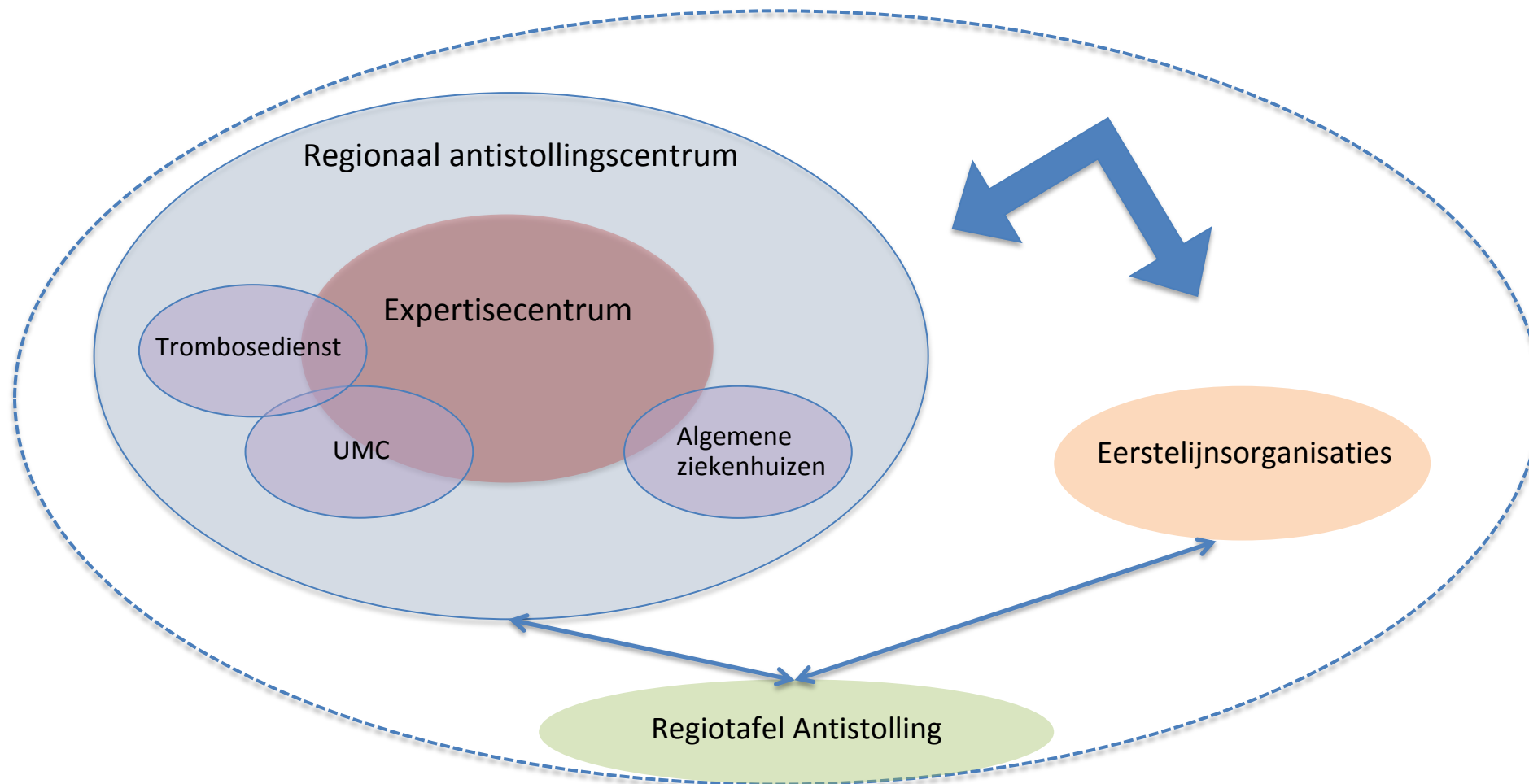
“Wanneer trombosediensten binnen een regio structureel met elkaar gaan samenwerken, ben je eigenlijk al een heel eind op de goede weg. Vanuit afzonderlijke trombosediensten bestaan er vaak al samenwerkingsverbanden met andere ketenpartners, zoals de regionale ziekenhuizen en de openbare apotheek, waardoor gezamenlijke aansluiting tot een regionale transmurale zorgketen kan worden gerealiseerd.”
~ Internist/ directeur trombosedienst

Expertisecentrum

In Groningen is een expertisecentrum voor antistolling sinds 2015 formeel opgericht. *“Het centrum is gebaseerd op een samenwerkingsverband tussen het UMC en de trombosedienst, en heeft echt een derdelijns functie”*, aldus de geïnterviewde internist-hematoloog. De projectmanager van de regiotafel is ook bij de oprichting van het expertisecentrum betrokken. Vergelijkbaar met de totstandkoming van de regiotafel, is zij ook hier gestart met het bevragen van relevante belanghebbenden om hun behoeften en ideeën te peilen. De input uit de interviews is verwerkt tot een projectplan dat ter goedkeuring aan de Raad van Bestuur van het UMC is voorgelegd. Andere ketenpartners zijn niet direct betrokken bij het expertisecentrum, maar zij kunnen vooral van de aangeboden diensten gebruik maken. Zo kan het expertisecentrum geconsulteerd worden bij complexe casuïstiek en worden complicatieregistratie, onderwijs en wetenschappelijk onderzoek vanuit het centrum gecoördineerd. Het projectplan is recent goedgekeurd door de Raad van Bestuur van het UMC, en de komende tijd staat de nadere uitwerking van de plannen centraal. De juridische formalisatie van de samenwerkingsovereenkomst tussen het UMC en de regionale trombosedienst wordt verwacht voor 1 juli 2016. Er is geen rechtspersoon opgericht. De regie van het expertisecentrum ligt bij het UMC. Dit is volgens de geïnterviewden ook de aangewezen partij, omdat in dit ziekenhuis een aparte afdeling Stolling is opgericht, waar stollingsexperts werkzaam zijn. Zij vervullen nu ook al een consultfunctie voor de andere ketenpartners in de regio.

Over de verhouding tussen het regionaal antistollingscentrum en het expertisecentrum zegt de geïnterviewde internist/directeur trombosedienst het volgende: *“Het regionaal antistollingscentrum is echt de uitvoerder van de antistollingszorg. Het expertisecentrum omvat eigenlijk drie items: topreferente zorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs.”*

Figuur 2 Schematische weergave structurele transmurale samenwerkingsverbanden in regio Groningen



Toelichting bij Figuur 2: de regionale trombosedienst, met een backoffice en verschillende frontoffices, vormt de basis voor het regionale antistollingscentrum. Van daaruit vindt afstemming met het expertisecentrum plaats. De regiotafel antistolling vormt een uitwisselingsplatform, waarbinnen kennis samenkomt over de aanwezige structuren.

Casusbeschrijving regio Nijmegen

In de regio Nijmegen is men ook ver gevorderd met de implementatie van de LSKA 2.0. In vergelijking met regio Groningen sluit de implementatie minder nauw aan bij de aanbevelingen uit de LSKA 2.0, maar desondanks zijn veel van de aanbevolen elementen gerealiseerd. Nijmegen geeft een eigen draai aan de implementatie, passend bij de uitgangssituatie in de eigen regio.

Structurele transmurale samenwerkingsverbanden

In Nijmegen zijn verschillende structurele samenwerkingsverbanden aanwezig, waarbinnen op transmurale niveau het antistollingsbeleid wordt afgestemd: NOAC-commissie, TAR-commissie en een regiotafel antistolling. In Figuur 3 (zie pagina 22) wordt de verhouding tussen deze regionale initiatieven schematisch weergegeven.

NOAC-commissie

Als belangrijkste transmurale samenwerkingsverband wordt door de geïnterviewden de NOAC-commissie genoemd. De hoofdactiviteit van de commissie is het ontwikkelen en up-to-date houden van een regionaal, transmurale protocol voor NOACs. Het protocol is inmiddels ontwikkeld, en momenteel staat het updaten centraal. Daarnaast gebruiken de ketenpartners de commissie als platform om informatie uit te wisselen.

Oprichting

Vergelijkbaar met de regiotafel in Groningen, is de NOAC-commissie 'bottom-up' opgericht, vanuit een gedeelde behoefte in het veld aan uniformering en protocollering van het NOAC-beleid. De geïnterviewde internist-klinisch farmacoloog uit het UMC in de regio nam hiertoe in 2012 het initiatief: *"De NOACs waren al even op de markt. We wisten dat de Leidraad [voor begeleide introductie van nieuwe orale antistollingsmiddelen] eraan kwam en beseften ons, 'hier moeten we wat mee'."* De arts nodigde verschillende eerste- en tweedelijnsketenpartners uit om samen om de tafel te gaan en te brainstormen over de behoeften in de regio met betrekking tot de vormgeving van het NOAC-beleid. Dit groeide al snel uit tot een gedegen commissie van aanzienlijke omvang, omdat iedereen de relevantie en noodzaak voelde om iets met het NOAC-beleid te doen.

"Het is gegroeid vanuit een gezamenlijke onwetendheid, dat werkt; je bent dan heel blij dat iets of iemand houvast biedt. Er was een gedeelde behoefte."

~ Trombosedienst vertegenwoordiger

"Iedereen zit met het dossier in z'n maag, en voor iedereen is het te groot. Dan is het ontzettend fijn wanneer er een clubje is die het gaat organiseren."

~ Internist-klinisch farmacoloog

Samenstelling en betrokkenheid

De commissie bestaat uit vertegenwoordiging van zowel eerste- als tweedelijnsketenpartners. Uit de ziekenhuizen in de regio nemen verschillende medisch specialisten deel: internist-vasculair geneeskundigen, internist-hematologen, klinisch farmacologen, stollingsartsen, cardiologen, laboratorium artsen, radiologen, chirurgen, anesthesiologen en ziekenhuisapothekers. Vanuit de eerste lijn maken vertegenwoordigers van de trombosedienst en openbare apotheek deel uit van de commissie. De meesten van deze eerste- en tweedelijnsvertegenwoordigers zijn (bijna) altijd

aanwezig bij de commissie vergaderingen. Daarnaast sluiten regelmatig apothekers en cardiologen in opleiding aan. Tot slot is er nog een kleinere groep ketenpartners die niet naar de vergaderingen komt, maar wel meeleest met de opgestelde stukken. Het gaat hierbij om orthopeden, apothekers, huisartsen en enkele aanvullende medisch specialisten. Op de openbaar apotheker na, neemt geen van de ketenpartners met mandaat vanuit een achterliggende beroepsvereniging deel aan de commissie.

De opkomst en betrokkenheid van zowel eerste- als tweedelijnsketenpartners bij de NOAC-commissie, wordt door de geïnterviewden als goed ervaren:

“In het algemeen is het zo dat de tweede lijn expertise inbrengt, en de eerste lijn zorgt dat we dingen zeggen waar ze wat mee kunnen. Dat is heel erg vruchtbaar.”

~ Internist-klinisch farmacoloog

Vertegenwoordigers van de trombosedienst en apotheek zijn meestal aanwezig bij de commissie vergaderingen, de huisartsen lezen enkel mee en voelen niet altijd de noodzaak om actief bij het NOAC-beleid betrokken te zijn. Aan het betrekken van eerstelijnsketenpartners, en in het bijzonder huisartsen, wordt binnen de commissie extra aandacht besteed. Zo organiseerde de NOAC-commissie een debat voor medisch specialisten en huisartsen met als titel ‘NOACs, bloedlink of een zege?’, waarin gediscussieerd werd over de verschillende perspectieven op het NOAC-beleid in de eerste- en tweedelijnspraktijk.

“De meningen lopen soms uiteen, maar door er met elkaar over in gesprek te blijven, komen we steeds een stapje verder. Uiteindelijk willen we heel graag dat we allemaal ongeveer hetzelfde over de middelen denken.” ~ Internist-vasculair geneeskundige

Daarnaast komt er in Nijmegen een ontwikkeling op gang dat huisartsen in bepaalde situaties NOAC's mogen gaan voorschrijven. Wanneer dergelijke onderwerpen op de agenda van de commissievergadering staan, sluiten huisartsen vaak wel aan. Met actieve inbreng van de eerstelijnsketenpartners is naast het transmurale protocol ook een eerstelijnsvariant van het NOAC-protocol geschreven, om het voor hen beter toepasbaar te maken. Hieraan hebben huisartsen, tandartsen, apothekers en de trombosedienst actief bijgedragen, hetgeen hun betrokkenheid bij de commissie vergroot.

Organisatie en vormgeving

De geïnterviewde internist-klinisch farmacoloog is de voorzitter van de commissie, al is dit nooit officieel vastgelegd. In de praktijk wordt de organisatie van de commissie vooral door arts-assistenten in opleiding tot klinisch farmacoloog uitgevoerd. Vanuit opleidingsperspectief wordt het belangrijk geacht dat zij overstijgende taken doen, en de commissiewerkzaamheden passen hier goed bij. De arts-assistenten hebben vanuit hun opleiding dus tijd en ruimte om de kar te trekken en de commissie vergaderingen te organiseren, met de internist-klinisch farmacoloog als achterwacht. Ook aan het NOAC-protocol hebben de assistenten een belangrijke bijdrage geleverd en een groot deel van het protocol is door hen geschreven, gebaseerd op input van de commissieleden.

Elke drie maanden vergadert de NOAC-commissie zo'n 1,5 uur, waarin het updaten van het transmurale NOAC-protocol centraal staat. De frequentie was hoger - één keer per maand - ten tijde van de ontwikkeling van het protocol. De vergaderingen vinden altijd overdag onder werktijd plaats, omdat bleek dat vooral de medisch specialisten dan gemakkelijker bij elkaar te krijgen zijn.

Vertaling naar de achterban

De meerderheid van de eerste- en tweedelijnsketenpartners nemen dus niet met mandaat vanuit een achterliggende beroepsvereniging deel aan de NOAC-commissie. Echter, omdat er een gedeelde behoefte is aan uniformering en protocollering van het NOAC-beleid, verloopt de vertaling van de gemaakte afspraken naar de achterban goed. Elke ketenpartner neemt dit voor zijn/haar discipline op zich en geeft hier een eigen invulling aan. Zo wordt het regionale NOAC-protocol middels presentaties op verschillende ziekenhuisafdelingen onder de aandacht gebracht, en worden NOAC-bijscholingen georganiseerd. Het opstellen van een eerstelijns-NOAC protocol vormde een enorme stimulans voor de implementatie van het protocol in de eerste lijn.

“Dus je hebt een grote groep mensen die het allemaal interessant vindt om ermee bezig te zijn. En je merkt ook dat de commissie steeds meer mandaat krijgt vanuit de achterban, omdat ze zo gedegen bezig is.” ~ Trombosedienst vertegenwoordiger

Er blijven altijd disciplines die in hun beleid afwijken van de gemaakte afspraken in het protocol. Men ziet dit als iets wat haast niet te voorkomen is. De geïnterviewde internist-klinisch farmacoloog zegt hierover het volgende: *“Er moet ook ruimte zijn voor flexibiliteit. Zolang je er in ieder geval van op de hoogte bent en de betreffende specialismen de afwijkingen van het protocol kunnen beargumenteren, is er niks aan de hand.”* Echter, niet altijd is de commissie op de hoogte van de protocol afwijkingen, hetgeen soms voor verwarring zorgt.

Daarnaast belemmert de beperkte kennis over NOAC's onder sommige disciplines de implementatie van het NOAC-protocol:

“De achterban bereiken is altijd lastig. Mensen zijn soms ook bang, bijvoorbeeld voor bloedingen, en hier is dus duidelijk extra scholing nodig, ook bij collega-internisten. We geven er onderwijs over, maar het kost tijd om zo iets voor elkaar te krijgen.”
~ Internist-vasculair geneeskundige

Andere regionale overlegstructuren, zoals FTO's, worden tevens aangewend om de vertaling naar de achterban te realiseren. Dit is volgens de geïnterviewden een zinvolle strategie, maar gezien de grote hoeveelheid FTO's die in de regio bestaat, is het praktisch niet haalbaar bij elk van deze overleggen het NOAC-protocol onder de aandacht te brengen.

Belangrijke succesfactoren

- *Bottom-up organisatie vanuit een gedeelde behoefte:* vergelijkbaar met de regiotafel in Groningen is de commissie opgericht vanuit een gedeelte behoefte in het veld, in dit geval aan protocollering en uniformering van het NOAC-beleid. Hierdoor bestaat de commissie uit vertegenwoordigers die er de relevantie en noodzaak van inzien.
- *Deelname vanuit intrinsieke motivatie:* tevens vergelijkbaar met de regiotafel in Groningen wordt ketenpartners geen deelname aan de commissie opgelegd en nemen zij deel vanuit affiniteit met het onderwerp en intrinsieke motivatie. Dit leidt tot actieve betrokkenheid van de verschillende ketenpartners.

“Iedereen moet het toch regelen, dus ze vinden het fijn wanneer wij hierin het voortouw nemen. Wanneer je mensen verplicht laat komen, gaat het niet werken.” ~ Internist-klinisch farmacoloog

“Er moet een behoefte zijn, dat is een belangrijke succesfactor.”
~ Trombosedienst vertegenwoordiger

- *Kartrekkers*: arts-assistenten in opleiding nemen het voortouw in de organisatie van de commissie. Vanuit hun opleiding hebben zij hier tijd en ruimte voor.
- *Flexibiliteit*: tussen ziekenhuisafdelingen bestaat onderlinge variatie in wijze van implementatie van het NOAC-protocol. Hoewel een uniform antistollingsbeleid het streven is, hoeft dit geen problemen op te leveren, zolang men elkaar op de hoogte houdt en met elkaar erover in gesprek blijft. Ook is er een apart eerstelijns NOAC-protocol opgesteld, om implementatie in de eerste lijn te stimuleren.

Uitdagingen

- *Betrokkenheid van de huisartsen*: huisartsen lezen in principe vooral mee met de opgestelde documenten en voelen zich niet altijd genoodzaakt om actief bij het NOAC-beleid betrokken te zijn. Wanneer huisartsen-gerelateerde onderwerpen op de agenda staan, sluiten zij vaak wel aan bij de commissie vergaderingen en voelen zij zich meer betrokken.
- *Vertaling naar de achterban*: afwijkingen van het NOAC-protocol en beperkte kennis over NOAC's belemmeren in sommige gevallen de implementatie van het NOAC-protocol bij de achterban.

“NOAC's scherp op het netvlies krijgen bij iedereen, daar ligt de uitdaging.”

~ Internist-vasculair geneeskundige

TAR-commissie

In 2015 is in regio Nijmegen de TAR-commissie opgericht, volgens een vergelijkbare structuur als de NOAC-commissie. Ook deze commissie ontstond vanuit een gezamenlijke behoefte aan uniformering en protocollering van het TAR-beleid. De hoofdactiviteit van de commissie is de ontwikkeling van een regionaal, transmuraal TAR-protocol. De TAR-commissie vertoont veel raakvlakken met de NOAC-commissie: in beide commissies zijn vergelijkbare eerste- en tweedelijnsdisciplines vertegenwoordigd en deels zitten dezelfde personen aan tafel. Daarnaast wordt de organisatie van de TAR-commissie ook grotendeels uitgevoerd door arts-assistenten in opleiding. Inhoudelijk zal het in ontwikkeling zijnde TAR-protocol tevens raakvlakken vertonen met het NOAC-protocol, onder andere omdat het beleid bij een combinatie van beide medicijnen erin opgenomen wordt en er in de indicering van NOAC's en TAR's overlap bestaat. De eerste vergaderingen van de TAR-commissie hebben inmiddels plaatsgevonden, en naar verwachting zal het TAR-protocol binnen afzienbare tijd verschijnen.

Er is bij oprichting van de TAR-commissie gesproken over samenvoeging met de NOAC-commissie, maar hier is bewust niet voor gekozen. *“Voor het bespreken van het NOAC-protocol is doorgaans minimaal 1.5 uur nodig, waarna niemand nog zin heeft om aansluitend de TAR's te bespreken”*, aldus de geïnterviewde internist-klinisch farmacoloog. Een frisse blik op een ander tijdstip is dan gewenst. Daarnaast komt de TAR-commissie op dit moment vaker bij elkaar dan de NOAC-commissie, omdat de TAR-commissie zich in de fase van protocolontwikkeling bevindt. Een toekomstige integratie van beide commissie – eventueel in combinatie met de regiotafel – wordt niet uitgesloten (zie paragraaf Toekomstmuziek).

Regiotafel

Naast de NOAC- en TAR-commissie, bestaat er in de regio Nijmegen ook een Regiotafel Antistolling.

Oprichting

In 2009 heeft de Nijmeegse trombosedienst, als onderdeel van de IVM-pilot 'Regiotafels Antistolling', een regiotafel opgericht in de regio Arnhem. In 2012 richtte de trombosedienst volgens een vergelijkbare structuur een regiotafel op in de regio Nijmegen¹. Een eerste overleg werd gepland, waarvoor alle relevante eerste- en tweedelijnsketenpartners door de trombosedienst werden uitgenodigd.

Hoofdactiviteiten

De hoofdactiviteiten van de regiotafel zijn tweeledig: 1) inhoudelijke invulling van het VKA-beleid, 2) organisatie van de antistollingszorg conform de LSKA 2.0, voor zowel VKA's, NOAC's en TAR's.

Samenstelling en betrokkenheid

De regiotafel is breed opgezet, met vertegenwoordiging vanuit de relevante eerste- en tweedelijnsdisciplines. Vanuit de tweede lijn zitten cardiologen, hematologen, chirurgen, anesthesiologen en internisten uit zowel het UMC als de algemene ziekenhuizen in de regio aan tafel. Daarnaast neemt een specialist ouderengeneeskunde deel. Vanuit de eerste lijn worden een openbaar apotheker, tandarts en huisarts uitgenodigd voor het overleg. Uniek aan de regiotafel is de deelname van een aantal patiënten, afgevaardigd vanuit de trombosedienst, die het patiëntperspectief op de LSKA-implementatie en het antistollingsbeleid vertegenwoordigen. Op de openbaar apotheker na, neemt geen van de ketenpartners met mandaat vanuit een achterliggende beroepsvereniging deel aan de commissie.

De opkomst en betrokkenheid van zowel eerste- als tweedelijnsketenpartners wordt als goed ervaren. Omdat het VKA-beleid centraal staat, speelt de eerste lijn een grotere rol in de regiotafel dan in de NOAC- en TAR commissies, waar zij een meer beschouwende rol hebben. Over de mate van actieve betrokkenheid tijdens de bijeenkomsten zegt de geïnterviewde internist-vasculair geneeskundige het volgende: *“De ene ketenpartner heeft een heel actieve inbreng in de regiotafel, terwijl de ander vooral komt om te luisteren en informatie te halen. Hier is niks mis mee, zolang iedereen zich maar voldoende betrokken voelt. En dat is bij ons het geval, iedereen komt trouw naar de bijeenkomsten toe. We zitten altijd met een man of 10 aan tafel.”*

“Het is een stukje persoonlijke betrokkenheid, maar ook je vak serieus nemen en beseffen dat je als specialist ouderengeneeskunde daar aan tafel hoort. Een substantieel deel van onze mensen loopt bij de trombosedienst onder onze verantwoordelijkheid. Dan moet je elkaar wel weten te vinden en goed zaken met elkaar weten te doen.”

~ Specialist ouderengeneeskunde

De betrokkenheid van de huisartsen is echter laag: slechts één keer nam een huisarts deel aan de regiotafel. Ook na raadpleging van regionale huisartsenvereniging werd geen afvaardiging gerealiseerd. Via FTO's vindt in de regio wel afstemming tussen apothekers en huisartsen plaats.

¹ Zowel de regiotafel in Arnhem als Nijmegen bestaat nog steeds, maar de trombosedienst is op dit moment enkel betrokken bij de regiotafel Nijmegen dus het onderzoek richt zich op deze regiotafel.

Organisatie en vormgeving

De regiotafel wordt georganiseerd door de trombosedienst. Dit wordt door de andere ketenpartners prettig ervaren: *“De trombosedienst heeft de meeste expertise op het gebied van VKA’s en het past binnen hun taken, dus zij zijn een geschikte partij om de regiotafel te organiseren”*, aldus de geïnterviewde internist-vasculaire geneeskundige. De trombosedienst zelf vindt het soms lastig de regiotafel organisatie te combineren met de dagelijkse werkzaamheden. Er is geen ondersteuning vanuit arts-assistenten in opleiding of projectmanagement aanwezig, en declaratiemogelijkheden voor dergelijke werkzaamheden ontbreken.

De regiotafel komt jaarlijks twee tot drie avonden bij elkaar. De trombosedienst bepaalt de agenda, waarbij zij streven naar het behandelen van onderwerpen die de verschillende aanwezige ketenpartners aanspreken. De focus ligt hierbij op VKA-inhoudelijke onderwerpen en onderwerpen gerelateerd aan implementatie van de LSKA 2.0. Daarnaast is er ruimte voor casuïstiek bespreking en is de toekomstige vormgeving van de antistollingszorg onderwerp van gesprek.

“Iedereen moet zich vanuit professionaliteit betrokken voelen bij de onderwerpen die besproken worden, anders werkt het niet. Ook moet je mensen niet verplichten om naar vergaderingen te komen, iedereen moet dit zelf willen.”

~ Trombosedienst vertegenwoordiger

Vertaling naar de achterban

Uit de regiotafel in Nijmegen komen weinig tot geen concrete producten, zoals protocollen, voort. In de vertaalslag naar de achterban staan dan ook vooral transmurale afstemming van het VKA-beleid en het op het netvlies krijgen van de LSKA 2.0-implementatie centraal. Iedere discipline probeert hiertoe de eigen achterban te bereiken met de gemaakte afspraken. Zo heeft de betrokken internist-vasculair geneeskundige een document geschreven voor het ziekenhuis waarin zij werkzaam is, waarin de stand van zaken met betrekking tot de LSKA-implementatie voor het ziekenhuis weergegeven wordt: *“Het onder de aandacht brengen van een dergelijk document vergroot het bewustzijn onder de medewerkers”*, aldus de geïnterviewde.

Het feit dat - op de openbaar apotheker na - niemand met mandaat vanuit een achterliggende beroepsvereniging deelneemt aan de regiotafel, vormt een belemmering voor de vertaling van de gemaakte afspraken naar de achterban:

“Wat ik lastig vind bij de regiotafel is dat je daar met mensen zit met een hart voor antistolling, maar bijna niemand spreekt namens een hele groep. Je zit er als individueel cardioloog, internist, arts trombosedienst. Je hebt dan geen zeggingskracht om dingen die in de regiotafel besloten worden, uit te dragen.”

~ Trombosedienst vertegenwoordiger

De openbaar apotheker neemt als kaderapotheker vanuit de regionale apothekersvereniging deel aan de regiotafel en de commissies, en haar ervaringen met deze mandatering zijn positief:

“Als district Rijk van Nijmegen neem ik deel aan al die commissies en de regiotafel. Dit bevalt goed, want zo kan ik mijn achterban ook uit naam van de vereniging vertellen wat ze moeten doen en niet op persoonlijke titel. Protocollen en dergelijke worden ook vanuit de vereniging rondgestuurd naar de apothekers in de regio.” ~ Openbaar apotheker

De regiotafel richt zich dus vooral op de vormgeving van het VKA-beleid. Dit stuit regelmatig op weerstand bij de achterban, omdat dit beleid al zo'n 50 jaar op een bepaalde manier wordt uitgevoerd. De gedeelde behoefte aan uniformering en verandering wordt hier dan ook minder gevoeld dan in de NOAC- en TAR-commissies, en de intrinsieke motivatie ontbreekt bij sommige ketenpartners. Trombosedienst vertegenwoordigers geven aan dat het hierdoor lastiger is om iedereen actief bij de regiotafel betrokken te houden en met de gemaakte afspraken de achterban te bereiken.

“Iedereen heeft er al z'n eigen weg in gevonden, en dat wil je nu uniformeren, 50 jaar na dato. Dat is heel lastig.[...] De motivatie tot verandering wordt niet gedeeld gevoeld door alle ketenpartners zoals bij de NOACs.” ~ Trombosedienst vertegenwoordiger

Meerwaarde regiotafel ten opzichte van de NOAC- en TAR-commissies

Niet elke geïnterviewde ketenpartner ziet de meerwaarde van de regiotafel antistolling ten opzichte van de NOAC- en TAR-commissies, deels vanwege de focus op het VKA-beleid dat een lange historie kent, maar vooral ook omdat er veel overlap bestaat in de vormgeving en samenstelling van het drietal overlegstructuren.

“Het is uiteraard goed om zaken onderling af te stemmen en je moet elkaar weten te vinden. Maar we zitten allemaal al in de NOAC-commissie, en velen van ons sinds kort ook in de TAR-commissie. Met de trombosedienst overleggen wij als apothekers ook regelmatig, dus ik zie niet zo goed in wat de regiotafel als extra overleg dan nog voor meerwaarde heeft?” ~ Openbaar apotheker

De geïnterviewde internist-vasculair geneeskundige en internist-klinisch farmacoloog geven aan deze meerwaarde wel te zien: tussen de NOAC- en TAR-commissies en de regiotafel bestaat inderdaad overlap, maar de insteek is anders. Binnen de commissies staat de inhoudelijke invulling (protocollering) van het NOAC- en TAR- beleid centraal. VKA-beleid en de organisatie van antistollingszorg komt hier niet aan bod, tenzij in relatie tot NOAC's of TAR's. De regiotafel richt zich juist op het inhoudelijke beleid rondom VKA's en de organisatie van de gehele antistollingszorg door de focus op implementatie van de LSKA 2.0. De eerste lijn is binnen de regiotafel sterker vertegenwoordigd, en heeft een actievere inbreng dan in de commissies. Het feit dat patiëntvertegenwoordigers onderdeel uitmaken van de regiotafel, wordt ook als een meerwaarde ten opzichte van de commissies beschouwd.

“De kracht van de regiotafel is dat het over antistolling in zijn geheel gaat, en verder reikt dan de muren van het ziekenhuis.” ~ Internist-vasculair geneeskundige

Belangrijke succesfactoren

- *Focus op antistolling in brede zin:* LSKA-implementatie staat bij de regiotafel centraal, evenals het VKA-beleid. Hiermee worden onderwerpen besproken die van toepassing zijn op de gehele keten antistolling, en die alle ketenpartners aangaan.
- *Betrokkenheid van patiënten:* aan de regiotafel nemen ook patiënten, afgevaardigd vanuit de trombosedienst, deel. Zij vertegenwoordigen het patiëntperspectief op VKA-beleid en LSKA-implementatie, hetgeen als een meerwaarde wordt beschouwd.

Uitdagingen

- *Meerwaarde*: de meerwaarde van de regiotafel ten opzichte van de NOAC-en TAR-commissies wordt niet door iedere ketenpartner gezien. Er bestaat overlap, maar de insteek is anders. De uitdaging is om deze structuren in de toekomst met elkaar te verbinden.
- *Betrokkenheid van de huisartsen*: huisartsen nemen niet deel aan de regiotafel. Via andere overlegstructuren, zoals FTO's, vindt wel afstemming met hen plaats, maar in het algemeen is het huisartsenperspectief op het (regionale) VKA-beleid en LSKA-implementatie beperkt vertegenwoordigd.
- *Organisatie door de trombosedienst*: andere ketenpartners zien de trombosedienst als een geschikte partij voor de regiotafel organisatie, vanwege hun expertise op het gebied van antistolling. De trombosedienst zelf weet echter niet altijd hoe dit te combineren met hun huidige werkzaamheden, aangezien het een tijdrovende klus is, en declaratiemogelijkheden en organisatorische ondersteuning ontbreken.
- *Vertaling naar de achterban*: op de openbaar apotheker na, neemt niemand met mandaat vanuit een achterliggende beroepsvereniging deel aan de regiotafel, wat de vertaalslag naar de achterban belemmert. Daarnaast hebben VKA's al een lange historie, waardoor iedereen inmiddels zijn of haar eigen draai aan het beleid gegeven. Dit maakt het lastig om de achterban te overtuigen van de relevantie en noodzaak van de gemaakte afspraken: *"Uniformeren of veranderen 50 jaar na dato stuit op weerstand"*, aldus een geïnterviewde trombosedienst vertegenwoordiger.

Toekomst

In Nijmegen vindt binnenkort het eerste overleg plaats over een mogelijke toekomstige integratie van de NOAC-commissie, de TAR-commissie en de regiotafel tot een breed antistollingsoverleg. Een integratie van het NOAC-, TAR- en VKA-protocol is dan het uiteindelijke doel. *"Het zou goed zijn de groep die al op elkaar ingespeeld is, te gebruiken voor wat breder"*, aldus een geïnterviewde trombosedienst vertegenwoordiger.

De vraag is of een volledige integratie logistiek gezien mogelijk zal zijn, aangezien de transmurale overleggen allen een andere organisatorische structuur en invalshoek hebben. Een betere aansluiting van de beide commissies bij de regiotafel is in ieder geval het streven:

"In de NOAC- en TAR-commissie wordt inhoudelijk invulling gegeven aan de protocollen. Dit is met name gericht op de tweede lijn. De vertaalslag naar de eerste lijn zou via de regiotafel plaats kunnen vinden." ~ Internist-vasculair geneeskundige

"We moeten ieder geval met elkaar in gesprek blijven erover, dan kom je er vanzelf achter waar iedereen behoefte aan heeft en wat wel en niet gaat werken. Dan komen we er wel uit." ~ Internist-vasculair geneeskundige

Regionaal antistollingscentrum

Een regionaal antistollingscentrum zoals aanbevolen in de LSKA 2.0 is in regio Nijmegen nog niet formeel opgericht. Over de vormgeving ervan wordt wel gebrainstormd binnen de regiotafel. Vergelijkbaar met de trombosedienst in Groningen, beslaat het verzorgingsgebied van de trombosedienst de gehele regio, en vanuit zes verschillende ziekenhuizen in de regio Nijmegen worden patiënten naar hen doorverwezen. Hiermee vervullen zij dus al deels de functie van een regionaal antistollingscentrum, al zijn een backoffice en frontoffices niet als zodanig gedefinieerd. De trombosedienst voert gesprekken met andere trombosediensten om deze samenwerking verder uit te breiden. Afstemming met de overige ketenpartners vindt op dit moment vooral plaats door deelname van de trombosedienst aan antistollingscommissies in ziekenhuizen, de NOAC- en TAR-commissie en de regiotafel. Vanwege onder meer fusies tussen ziekenhuizen in de regio, is de implementatie van een regionaal antistollingscentrum nog niet verder van de grond gekomen.

Expertisecentrum

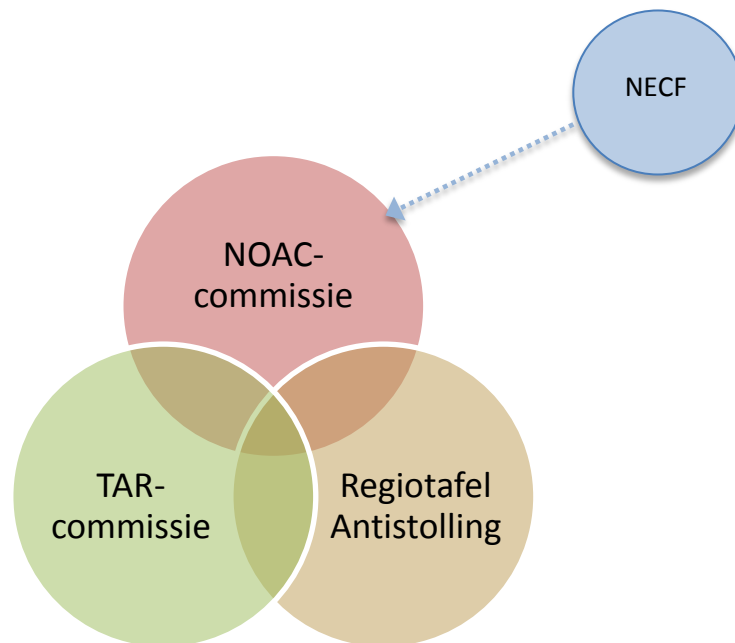
Vergelijkbaar met het regionaal antistollingscentrum, is een expertisecentrum in Nijmegen niet formeel opgericht. Over de toekomstige vormgeving van het centrum conform de LSKA 2.0 wordt tevens binnen de regiotafel gesproken. Vanuit het UMC is wel een 24/7 regionale consultfunctie geborgd, en werkt men aan een regionale complicatieregistratie voor alle typen antistollingsmiddelen.

In 2012 is het 'Nijmeegs Expertisecentrum voor Complexe Farmacotherapie (NECF)' opgericht, waarvan de geïnterviewde internist-klinisch farmacoloog de voorzitter is. Het centrum is gebaseerd op een geformaliseerde samenwerking tussen de drie ziekenhuizen in de regio, en zowel medisch specialisten als ziekenhuisapothekers zijn erbij betrokken. Het nog in ontwikkeling zijnde NECF is een platform dat verschillende activiteiten op het gebied van patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek initieert en stimuleert, waarbij integrale samenwerking tussen eerste en tweede lijn centraal staat. Het NOAC-beleid maakt tevens onderdeel uit van het NECF, en het idee voor de oprichting van de NOAC-commissie is uit dit regionale platform voortgekomen (Figuur 3). Mogelijk kan het NECF in de toekomst een centrale rol vervullen in de regionalisering van het antistollingsbeleid, inclusief de oprichting van een expertisecentrum, en wordt ook het beleid rondom TAR's en VKA's hierin opgenomen.

“Eigenlijk is het NECF als platform gebruikt om het regionale antistollingsbeleid vorm te geven. Vanuit daar is het idee voor de NOAC-commissie ontstaan.”

~ Internist-klinisch farmacoloog

Figuur 3 Schematische weergave structurele transmurale samenwerkingsverbanden in regio Nijmegen



Toelichting bij Figuur 3: tussen de transmurale samenwerkingsverbanden in de regio Nijmegen bestaat overlap, maar er zijn ook duidelijke verschillen. Zo is de invalshoek (deels) anders, wat elk transmuraal verband een eigen meerwaarde geeft. Een formeel expertisecentrum conform de LSKA 2.0 is in Nijmegen (nog) niet opgericht. Binnen het nog in ontwikkeling zijnde Nijmeegs Expertisecentrum voor Complexe Farmacotherapie (NECF) staat het NOAC-beleid al op de agenda, en mogelijk kan het centrum in de toekomst een centralere rol gaan vervullen.

Samenvatting

Het doel van deze verdiepingsstudie was het zo gedetailleerd mogelijk schetsen van de wijze van implementatie van een regionale infrastructuur voor antistolling, zoals aanbevolen in de LSKA 2.0, in 'best practice regio's' Groningen en Nijmegen.

De aanbevelingen uit de LSKA 2.0 die in deze verdiepingsstudie centraal stonden, zijn als volgt:

1. Implementatie van structurele transmurale samenwerkingsverbanden, zoals een regiotafel
2. Implementatie van een regionaal antistollingscentrum & expertisecentrum

In totaal zijn 12 semigestructureerde interviews afgenomen bij eerste- en tweedelijnsketenpartners betrokken bij antistollingszorg (7 interviews in Groningen en 5 in Nijmegen). De resultaten zijn uitgewerkt tot twee casusbeschrijvingen die regio's waar de implementatie nog wat meer in de kinderschoenen staat *concrete handvatten* kunnen bieden om een bij de regio passende invulling aan de implementatie te geven. Hieronder worden de belangrijkste resultaten uit de casusbeschrijvingen samengevat (zie ook Tabel 1).

Algemeen beeld

In het algemeen bevindt de implementatie van de LSKA 2.0 zich in zowel regio Groningen als Nijmegen in een vergevorderd stadium. Opvallend is dat beide regio's hier op verschillende manieren invulling aan geven, maar beide aansluiten bij de aanbevelingen van de LSKA 2.0. Er is dus niet één gouden standaard voor implementatie. De best passende vorm kan per regio worden bepaald.

Aanbeveling 1 uit de LSKA 2.0: Implementatie van structurele transmurale samenwerkingsverbanden

Structurele transmurale samenwerkingsverbanden zijn in beide regio's gerealiseerd, afgestemd op de eigen regionale situatie.

Regio Groningen

In de regio Groningen is de regiotafel de belangrijkste transmurale overlegstructuur. De regiotafel is 'bottom-up' opgericht, waarbij de projectmanager startte met het inventariseren van de ervaringen en behoeften van de verschillende ketenpartners ten aanzien van antistollingszorg. Een kleinschalig overleg met een groepje geïnteresseerden groeide al snel uit tot een structureel overleg van aanzienlijke omvang. Momenteel zijn alle relevante ketenpartners in de regiotafel vertegenwoordigd. De regiotafel komt enkele avonden per jaar bij elkaar, en de opkomst en betrokkenheid van zowel de eerste- als tweedelijnsketenpartners is goed. Ketenpartners wordt geen deelname opgelegd, allen zitten aan tafel vanuit interesse en intrinsieke motivatie. De regiotafel wordt vooral gezien als een platform voor kennisuitwisseling, waarbinnen transmurale afstemming over het VKA-, NOAC- en TAR-beleid en LSKA 2.0-implementatie centraal staan. De trombosediens organiseert de regiotafel, hierbij voor een aantal uur per kwartaal organisatorisch en inhoudelijk ondersteund door een projectmanager, wat gezien wordt als een belangrijke succesfactor. Het feit dat de meeste ketenpartners met mandaat vanuit een achterliggende regionale beroepsvereniging deelnemen en de omdoping van de regiotafel tot een officiële vereniging, werken bevorderend voor de vertaalslag naar de achterban. Binnen de regio bevinden zich een groot aantal kartrekkers, die zich actief inzetten voor de regiotafel en andere antistollings-gerelateerde zaken. Men kent elkaar goed en weet elkaar te vinden, wat de betrokkenheid bij de regiotafel en het bereiken van de

achterban met de gemaakte afspraken ten goede komt.

Regio Nijmegen

In regio Nijmegen zijn verschillende transmurale samenwerkingsverbanden opgericht: een NOAC-commissie, een TAR-commissie en een regiotafel. Binnen de NOAC-commissie is een regionaal transmuraal NOAC-protocol ontwikkeld. Momenteel staat het updaten van het protocol centraal. Vergelijkbaar met de regiotafel in Groningen is de commissie 'bottom-up' opgericht, vanuit een gedeelde behoefte in het veld aan uniformering en protocollering van NOACs. Alle relevante eerste- en tweedelijnsketenpartners zijn in de commissie vertegenwoordigd. De NOAC-commissie komt eens in de drie maanden bij elkaar. De opkomst en betrokkenheid van zowel de eerste- als tweedelijnsdisciplines is goed. Een kleine groep ketenpartners, waaronder de huisartsen en een aantal medisch specialisten, neemt geen deel aan de vergaderingen maar leest enkel mee met de opgestelde stukken. Op de apotheker na, neemt niemand met mandaat deel aan de commissie. In de praktijk nemen arts-assistenten in opleiding de organisatie van de commissie voor hun rekening. Deze ondersteuning wordt gezien als een grote meerwaarde. Omdat het veld in het algemeen de relevantie en noodzaak van implementatie van het NOAC-protocol ziet, verloopt de vertaalslag naar de achterban goed. Onderlinge variatie in implementatie van het NOAC-beleid tussen ziekenhuisafdelingen bestaat, maar hetzij beargumenteert levert dit geen problemen op. Er is daarnaast een apart eerstelijns-NOAC protocol opgesteld, wat een stimulans vormt voor implementatie in de eerste lijn. In 2015 is in Nijmegen de TAR-commissie opgericht, volgens een vergelijkbare structuur als de NOAC-commissie. Binnen de TAR-commissie wordt op dit moment gewerkt aan een regionaal transmuraal TAR-protocol.

De derde overlegstructuur is de regiotafel, waaraan tevens zowel eerste- als tweedelijnsketenpartners deelnemen. Uniek aan de regiotafel is de betrokkenheid van een aantal patiënten, afgevaardigd vanuit de trombosedienst. Binnen de regiotafel staan de afstemming van het VKA-beleid en LSKA-implementatie centraal. Omdat deze onderwerpen hen nauwer raken, heeft de eerste lijn heeft hier een actievere inbreng dan in de commissies. De betrokkenheid van de huisartsen is ook in de regiotafel echter laag. De regiotafel komt jaarlijks twee tot drie avonden bij elkaar en wordt georganiseerd door de trombosedienst. Dit lijkt de aangewezen partij, al is het voor hen soms lastig deze taak te combineren met de dagelijkse werkzaamheden. Ondersteuning en declaratiemogelijkheden ontbreken. De vertaalslag van gemaakte afspraken naar de achterban stuit regelmatig op weerstand: in tegenstelling tot NOAC's, bestaan VKA's al zo'n 50 jaar, waardoor ketenpartners niet altijd de noodzaak van uniformering en/of verandering van het beleid inzien. Daarnaast zien niet alle ketenpartners de toegevoegde waarde van de regiotafel, naast de NOAC- en TAR-commissie. Er wordt in Nijmegen nagedacht over de toekomstige integratie van het drietal overlegstructuren tot een groot antistollingsoverleg, waarbij integratie van het VKA-, NOAC- en TAR-protocol het uiteindelijke streven is.

Aanbeveling 2 uit de LSKA 2.0: Implementatie van een regionaal antistollingscentrum en expertisecentrum

De implementatie van een regionaal antistollingscentrum en een expertisecentrum bevindt zich in zowel regio Groningen als Nijmegen meer in de beginfase. Hierbij wordt zoveel mogelijk uitgegaan van bestaande samenwerkingsverbanden tussen bijvoorbeeld een regionale trombosedienst en ziekenhuizen, maar de formalisering van deze verbanden – en daarmee de implementatie – kost tijd.

Regio Groningen

Een grote, regionale trombosedienst waarbij alle losse trombosediensten uit de regio aangesloten zijn, vormt in Groningen de basis voor het regionaal antistollingscentrum. De regionale trombosedienst heeft – conform de LSKA 2.0 - één backoffice en meerdere frontoffices. Vanuit de backoffice vindt de centrale coördinatie van het antistollingsbeleid plaats, terwijl de verschillende frontoffices verantwoordelijk zijn voor de directe patiëntenzorg. Men is zich ervan bewust dat voor een regionaal antistollingscentrum tevens structurele samenwerkingsverbanden met de regionale ziekenhuizen nodig zijn. Hoewel niet formeel vastgelegd, zijn deze wel (deels) gerealiseerd door participatie van de trombosedienst in de antistollingscommissies van de diverse ziekenhuizen, de regiotafel en het feit dat de directeur van de trombosedienst tevens werkzaam is als internist in het UMC.

Een expertisecentrum voor antistolling is in Groningen in 2015 formeel opgericht, gebaseerd op een samenwerkingsverband tussen de regionale trombosedienst en het UMC. Juridische formalisatie wordt verwacht voor 1 juli 2016. De projectmanager van de regiotafel was tevens betrokken bij de oprichting van het expertisecentrum. Zij is ook hier gestart met een inventarisatie van de behoeften van betrokkenen. Andere ketenpartners kunnen van de diensten van het expertisecentrum gebruik maken (zoals consultering bij complexe casuïstiek), maar zijn niet direct betrokken. Het regionaal antistollingscentrum wordt in Groningen gezien als de uitvoerder van de antistollingszorg, terwijl in het expertisecentrum topreferente zorg, onderwijs en wetenschappelijk onderzoek centraal staan. Het projectplan voor het expertisecentrum is recent goedgekeurd door de RvB van het UMC en komende tijd staat de nadere uitwerking van de plannen centraal.

Regio Nijmegen

Een regionaal antistollingscentrum is in Nijmegen nog niet formeel en conform de LSKA 2.0 opgericht. Vergelijkbaar met de regio Groningen, beslaat het verzorgingsgebied van de trombosedienst de gehele regio, en vanuit zes verschillende regionale ziekenhuizen worden patiënten naar hen doorverwezen. De basis voor een regionaal antistollingscentrum is hiermee gelegd, al zijn frontoffices en een backoffice (nog) niet als zodanig gedefinieerd. Afstemming met overige ketenpartners vindt plaats door participatie van de trombosedienst in de NOAC- en TAR-commissies, de regiotafel en antistollingscommissies van enkele ziekenhuizen.

Een expertisecentrum is in Nijmegen ook niet formeel opgericht. Vanuit het UMC is wel een 24/7 regionale consultfunctie geborgd. Daarnaast is in 2012 het Nijmeegs Expertisecentrum voor Complexe Farmacotherapie (NECF) opgericht, een platform dat zich richt op integrale samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Het NECF is gebaseerd op een formele samenwerking tussen drie ziekenhuizen in de regio en zowel medisch specialisten als ziekenhuisapothekers zijn erbij betrokken. Het NOAC-beleid maakt onderdeel uit van het NECF, en vanuit dit platform is het idee voor de NOAC-commissie ontstaan. Mogelijk kan het in ontwikkeling zijnde centrum in de toekomst een centralere rol vervullen in de regionalisering van de antistollingszorg.

Tabel 1 Overzicht implementatie activiteiten regio Groningen en regio Nijmegen

	Structurele transmurale samenwerkingsverbanden	Regionaal antistollingscentrum	Expertisecentrum	Belangrijke succesfactoren	Uitdagingen
Regio Groningen	Regiotafel	Regionale trombosedienst: <ul style="list-style-type: none"> • Verzorgingsgebied beslaat de hele regio • Eén backoffice en meerdere frontoffices 	<ul style="list-style-type: none"> • Formeel opgericht: samenwerking tussen regionale trombosedienst en UMC • Andere ketenpartners maken van diensten gebruik • Regionale consultfunctie geborgd door internisten UMC 	<ul style="list-style-type: none"> • Laagdrempelige, bottom-up oprichting van regionale structuren • Deelname vanuit affiniteit met het onderwerp en intrinsieke motivatie • Kartrekkers aanwezig in zowel eerste als tweede lijn • Projectmanagement ondersteunt regiotafel en expertisecentrum • Mandatering vanuit achterliggende regionale beroepsverenigingen bevordert vertaalslag van gemaakte afspraken naar achterban 	<ul style="list-style-type: none"> • Behouden van betrokkenheid van ketenpartners: vacatiegelden ontbreken, iedereen doet implementatie-activiteiten in eigen tijd • Toekomstige vormgeving antistollingsbeleid, onder meer door komst NOAC's
Regio Nijmegen	<ul style="list-style-type: none"> • NOAC-commissie • TAR-commissie • Regiotafel 	Regionale trombosedienst: <ul style="list-style-type: none"> • Verzorgingsgebied beslaat de hele regio • Backoffice en frontoffices nog niet als zodanig gedefinieerd 	<ul style="list-style-type: none"> • Nog niet formeel opgericht conform LSKA 2.0 • Nijmeegs Expertisecentrum voor Complexe Farmacotherapie (NECF) richt zich wel op NOAC-beleid • Regionale consultfunctie geborgd door internisten UMC 	<ul style="list-style-type: none"> • Bottom-up oprichting van NOAC-en TAR-commissie • Deelname aan commissies vanuit gedeelde behoefte aan uniformering en protocollering • Ondersteuning van commissies door arts-assistenten in opleiding • Flexibiliteit in implementatie NOAC-protocol is acceptabel, zolang men met elkaar in gesprek blijft • Regiotafel beslaat volledige antistollingszorg • Betrokkenheid patiënten bij regiotafel 	<ul style="list-style-type: none"> • Betrokkenheid van huisartsen bij commissies en regiotafel is laag • Ondersteuning bij organisatie regiotafel ontbreekt • Niet elke ketenpartner overtuigd van meerwaarde regiotafel t.o.v. andere structuren (commissies) • Vertaalslag naar achterban bemoeilijkt door ontbreken van mandaten vanuit achterliggende verenigingen, beperkte kennis over NOAC's (NOAC-commissie) en weerstand tegen veranderingen in VKA-beleid (regiotafel)

Aanbevelingen

Uit deze verdiepingsstudie volgt een aantal aanbevelingen voor Nederlandse regio's die aan de slag gaan met de LSKA 2.0-implementatie, of die de implementatie willen optimaliseren. Belangrijk hierbij is dat regio's beseffen dat om de implementatie van de grond te krijgen, niet per definitie aan *alle* onderstaande aanbevelingen voldaan hoeft te worden. Regio's kunnen verschillen in hoe ver ze zijn met implementatie. Ook kunnen zij verschillen in de mate waarin aangehaakt kan worden bij bestaande initiatieven (zoals bijvoorbeeld in Nijmegen is gebeurd). Het startpunt voor implementatie is dan ook het in kaart brengen van reeds aanwezige structuren, aangevuld met een inventarisatie van wat nog nodig is om tot succesvolle implementatie te komen. Onderstaande aanbevelingen worden ondersteund door de belangrijkste conclusies uit deze verdiepingsstudie. Als eerste geven we de argumenten weer waarop de aanbeveling stoelt. Vervolgens doen we de aanbeveling zelf. In het kader volgen tot slot concrete handvatten voor implementatie, gebaseerd op de aanbevelingen.

Algemene invulling van implementatie

- Regio's Groningen en Nijmegen geven op verschillende manieren invulling aan de implementatie;
- Beide regio's sluiten aan bij de LSKA 2.0-aanbevelingen;
- Er is niet één gouden standaard voor implementatie;
- Aansluiten bij bestaande structuren werkt bevorderend.

Aanbeveling 1: Bepaal binnen de regio de best passende vorm voor implementatie, afgestemd op de situatie in de eigen regio en zoveel mogelijk voortbordurend op bestaande structuren.

Tijdspad voor implementatie

- Regio's Groningen en Nijmegen zijn goed op weg met implementatie, maar niet alle onderdelen zijn reeds georganiseerd
- Dit komt omdat implementatie op regionaal niveau tijd kost, waardoor niet alle doelen even snel gerealiseerd kunnen worden

Aanbeveling 2: Stel als regio een implementatieplan op, afgestemd op de eigen situatie en waarin zowel korte als lange termijn doelen gedefinieerd worden.

Oprichting van regionale structuren

- Kartrekkers uit zowel de eerste als tweede lijn zijn essentieel bij de oprichting (en continuering) van regionale structuren;
- Starten met laagdrempelige, informele gesprekken helpt om gedeelde behoeften, voorkeuren en ervaringen in kaart te brengen;
- Deelname aan regionale structuren vanuit intrinsieke motivatie zorgt voor de grootste betrokkenheid.

Aanbeveling 3: Geef regionale structuren laagdrempelig en 'bottom-up' vorm, door vooraf voorkeuren en behoeften te inventariseren. Identificeer ketenpartners die binnen de regio bereid zijn het voortouw te nemen in de oprichting en organisatie van regionale structuren. Leg de ketenpartners deelname aan deze structuren niet op, maar betrek hen vanuit affiniteit en intrinsieke motivatie.

Organisatie van regionale structuren

- Vertegenwoordiging van zowel eerste- als tweedelijnsketenpartners is van belang;
- Betrokkenheid van patiënten geeft inzicht in het patiëntperspectief;
- Aansprekende agendering vergroot betrokkenheid;
- Vacatiegelden motiveren tot lange termijn betrokkenheid;
- Ondersteuning is van grote meerwaarde voor de organisatie en vormgeving van regionale structuren.

Aanbeveling 4: Zorg voor vertegenwoordiging vanuit de relevante eerste- en tweedelijnsdisciplines (incl. patiënten), en houd hen betrokken door aansprekende onderwerpen te agenderen en indien mogelijk vacatiegelden te realiseren.

Aanbeveling 5: Realiseer organisatorische en inhoudelijke ondersteuning bij regionale structuren, bijvoorbeeld in de vorm van arts-assistenten of een onafhankelijke projectmanager.

Vertaalslag naar de achterban

- Mandatering vanuit een achterliggende regionale beroepsvereniging bevordert de vertaling van gemaakte afspraken naar de achterban;
- Flexibiliteit in implementatie kan bestaan, mits beargumenteerd en bespreekbaar.

Aanbeveling 6: Laat ketenpartners zoveel mogelijk met mandaat vanuit een achterliggende regionale beroepsvereniging participeren in regionale structuren.

Aanbeveling 7: Blijf met elkaar in gesprek over de (eventuele onderlinge verschillen in) implementatie, en maak afspraken over wat er ten aanzien van implementatie van elkaar verwacht wordt.

Kader: Concrete handvatten voor implementatie van de aanbevelingen uit de LSKA 2.0

- Sluit aan bij bestaande structuren
- Werf kartrekkers
- Stel een project- / implementatieplan op
- Definieer zowel korte als lange termijn doelen
- Werk zo mogelijk met gemandateerde afgevaardigden
- Neem een projectmanager aan
- Leg deelname niet op
- Houd het laagdrempelig
- Betrek patiënten
- Zorg desgewenst voor vacatiegelden
- Blijf te allen tijde met elkaar in gesprek