

Handleiding voor de opzet en uitvoering van Diagnostisch Toetsoverleg (DTO) in de huisartsenzorg

Een gezamenlijk initiatief van:

- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde
- SAN centra voor medische diagnostiek
- Federatie Medisch Coördinerende Centra

Ondersteuning:

- Nederlands Huisartsen Genootschap
- PROVA

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Hoofdstuk 1. Achtergrond	5
Effectiviteit DTO	5
Conclusie	6
Literatuur.....	6
Hoofdstuk 2. Organisatie en samenwerking	8
Welke functies/taken zijn van belang bij de voorbereiding en presentatie van het DTO?.....	8
Erkende kwaliteitsconsulent (EKC).....	8
Voorwaarden voor effectieve deelname aan het DTO	9
DTO-groepen afbakenen	9
Geschikte werkvorm	9
Conclusie	9
Module ontwikkelen (of gebruik maken van bestaande modules).....	10
Spiegelinformatie samenstellen (zie ook hoofdstuk 4)	10
DTO Samenwerkingsafspraken.....	10
Organisatie DTO-bijeenkomsten	11
Wenselijke frequentie.....	11
Vorbereiding door deelnemers en programma.....	11
Eisen/randvoorwaarden DTO voor accreditatie	11
Conclusie	12
Hoofdstuk 3. Inhoud	13
Onderwerpskeuze	13
Vorbereiding	13
Aanvraagssystematiek.....	14
Hoofdstuk 4. Spiegelinformatie	15
Wat moet bekend zijn van het onderzoek, de patiënt, de aanvrager en de aanbieder?	15
Data omzetten naar spiegelinformatie voor DTO.....	16
Bronnen van data.....	16
Referentiecijfers	17
Privacy	17
Overige aandachts- en knelpunten	17
Conclusie	18

Hoofdstuk 5. Resultaten borgen.....	19
Bijlage 1. Samenstelling werkgroep.....	20
Bijlage 2. Verantwoording proces	21
Bijlage 3. Korte beschrijving bronnen.....	22
Bijlage 4. Organisatieschema DTO.....	23
Bijlage 5. Voorbeeld verslag	25
Bijlage 6. Lijst met gebruikte afkortingen	27

Inleiding

Diagnostisch Toetsoverleg (DTO) is een instrument om het rationeel en doelmatig aanvragen van eerstelijns diagnostiek te bevorderen (zinnige en zuinige zorg). In een DTO komen zowel nascholing en feedback middels intervisie, als het maken van (regionale) afspraken aan de orde. Feedback van diagnostiekaanbieders op diagnostische aanvragen is geschikt voor het vergelijken van het aanvraaggedrag van huisartsen met dat van collega's en om de discussie over verschillen in het aanvraaggedrag, in het licht van de professionele standaard, op gang te brengen. Een en ander kan een reden zijn tot het aanpassen van het aanvraaggedrag. Aanbieders van diagnostiek en huisartsen in de regio werken samen bij het organiseren van een DTO. Ook Medisch Coördinerende Centra (centra die de samenhang, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg bevorderen op het snijvlak van de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg; MCC), zorggroepen en werkgroepen deskundigheidsbevordering huisartsen (WDH's) organiseren DTO's in samenwerking met huisartsen en diagnostiekaanbieders.

De laatste jaren wordt in steeds meer regio's DTO georganiseerd voor huisartsengroepen. Om twee redenen is het wenselijk dat er criteria beschreven worden waaraan een goed DTO zou moeten voldoen:

- 1) er is sprake van variatie in vorm, inhoud en kwaliteit;
- 2) het organiseren van DTO's wordt sinds een aantal jaren gecontracteerd als onderdeel van de zorg die door aanbieders van diagnostiek geleverd moet worden.

Deze handleiding heeft tot doel de gewenste voorwaarden voor de ontwikkeling en organisatie van een DTO vast te leggen. Deze handleiding richt zich zowel op de inhoud van het DTO als op de uitvoering ervan, met als doel kwaliteitsbevorderend te werken en doelmatig aanvragen te stimuleren. Deze voorwaarden geven houvast aan huisartsen die hiermee de kwaliteit van een DTO kunnen toetsen aan het format dat is opgesteld, en aan de aanbieders van diagnostiek die op grond van het document weten aan welke basiseisen een door hen te ontwikkelen DTO moet voldoen. Daarnaast bevordert een uniforme werkwijze de landelijke uitwisselbaarheid van DTO-modules. Het ontwikkelen en implementeren van DTO in een regio kan hiermee gefaciliteerd worden.

De primaire doelgroep van deze handleiding zijn de huisartsen en de aanbieders van diagnostiek waar zij diagnostisch onderzoek laten doen. Dat neemt niet weg dat andere doelgroepen (in eerste of tweede lijn) ook profijt kunnen hebben van deze handleiding.

Randvoorwaarden

Deze handleiding beschrijft de inhoudelijke en procesmatige voorwaarden die nodig zijn om een kwalitatief goed DTO te kunnen organiseren.

Daarnaast: de voorbereiding en uitvoering van een DTO kost veel tijd (onder andere voor het opzetten van een module, data-extractie, voorbereiding presentaties en onderhoud logistieke informatie). Voldoende meerjarige financiële middelen voor alle partijen die bijdragen aan het DTO zijn een essentiële randvoorwaarde voor het kunnen uitvoeren van de aanbevelingen uit deze handleiding. Daarbij moeten de onafhankelijkheid van het DTO en de privacy van de data gewaarborgd blijven.

De bij de ontwikkeling van deze handleiding betrokken partijen spannen zich in om deze voorwaarden te realiseren.

Hoofdstuk 1. Achtergrond

Het aantal diagnostische onderzoeken dat door huisartsen wordt aangevraagd is groot en een aantal van deze diagnostische onderzoeken zou volgens vastgestelde evidence-based richtlijnen niet nodig zijn. Anderzijds is er ook sprake van onderdiagnostiek, dat wil zeggen het niet verrichten van diagnostiek in een situatie waarin dit wel wenselijk is. De doelstelling van de richtlijnen van de LESA 'Ratio-neel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek' is het optimaal gebruikmaken van laboratoriumdiagnostiek door de juiste diagnostiek bij de juiste indicatie te bevorderen en onnodige diagnostiek of het aanvragen van diagnostiek op onjuiste indicatie te voorkómen [NHG 2012]. DTO zou dit rationele aanvraagdredrag kunnen faciliteren.

Effectiviteit DTO

DTO is een interactieve vorm van nascholing. Van een dergelijke vorm van nascholing is aangetoond dat deze effectiever is en meer motiverend werkt dan frontale nascholing. Er is beperkt onderzoek gedaan naar de (kosten)effectiviteit van DTO. Verstappen et al. onderzochten het effect van DTO op het aanvraagdredrag [Verstappen 2003]. In dit onderzoek werden 26 huisartsengroepen geïncludeerd met in totaal 174 huisartsen. Zij werden verdeeld over twee onderzoekarmen, die beide drie verschillende klinische onderwerpen behandelden. Gedurende zes maanden werd driemaal in kleine groepen persoonlijke feedback op het aanvraagdredrag, gerelateerd aan evidence-based richtlijnen, besproken en werden plannen voor verandering gemaakt. De uitkomstmaat was vermindering van het aantal aanvragen. De onderzoekarmen fungeerden als controlegroep voor elkaar. In de ene onderzoekarm (A) verminderde het aantal diagnostische aanvragen met 12% (van 478 naar 422), terwijl dat in de andere groep (B) voor dezelfde onderwerpen (interventie A) nauwelijks veranderde (van 507 naar 503) (resultaat: 67 testen per arts per 6 maanden meer; $p = 0,01$). Bij de andere groep klinische problemen (interventie B) daalde het aantal aanvragen in groep B met 8% (van 724 naar 664) en in groep A met 3% (van 640 naar 624) (resultaat: 28 testen per arts per 6 maanden meer; $p = 0,22$). De auteurs concluderen een lichte verandering van het aanvraagdredrag door invoering van het DTO.

In een vervolgonderzoek van Verstappen et al. is de kosteneffectiviteit onderzocht [Verstappen 2004a]. In dit gerandomiseerde onderzoek werden 13 huisartsengroepen geïncludeerd die DTO, inclusief feedback, kregen en nog eens 14 huisartsengroepen kregen alleen feedback. In dit onderzoek werd gekeken naar ontwikkelkosten, onderzoekskosten, als ook naar kosten van diagnostisch onderzoek (bij baseline en follow-up na zes maanden). De kosten van DTO (3 bijeenkomsten in 6 maanden) waren een veelvoud in vergelijking met de kosten van alleen feedback. Als de tijd van de huisarts daaruit geëxcludeerd werd (berekend als tijd die niet aan 'productie' besteed kon worden), dan waren de meerkosten van DTO boven feedback gering, met een kostenreductie voor het onnodig aanvragen van diagnostische tests tot gevolg. De auteurs adviseren huisartsen om te participeren in DTO, maar concluderen ook dat langetermijnonderzoek wenselijk is.

De effectiviteit ten aanzien van het aantal aangevraagde tests werd onderzocht bij 194 huisartsen in 27 huisartsengroepen [Verstappen 2004b] (zie beschrijving bovenstaand). In de DTO-groep was het aantal aanvragen gemiddeld 51 minder per arts per zes maanden dan in de feedbackgroep ($p = 0,005$). De interdoktervariatie (variatie in handelen tussen individuele artsen) nam bovendien ook af in de DTO-groepen.

Beijer et al. vergeleken het aanvraagbeleid van huisartsen die deelnamen aan een DTO met die van huisartsen die niet deelnamen aan een DTO, aan de hand van het DTO anemie [Beijer 2016]. Hierbij zijn van 20 DTO's de productiecijfers voor en na het DTO verzameld, en ook zijn er vier controlegroepen geïnccludeerd. Hierbij bleken er intraregionale verschillen te bestaan. In het gehele verzorgingsgebied van het initiërende diagnostische centrum daalde het aantal aanvragen voor transferrine, trombocyten, vitamine B12 en foliumzuur. De auteurs concluderen dat deelname aan een DTO bij huisartsen leidt tot zinniger en zuiniger aanvraagbeleid voor laboratoriumdiagnostiek.

Implementatie van DTO-technieken in de reguliere praktijk werd onderzocht in een kwalitatief Nederlands onderzoek [Trietsch 2014]. In dit onderzoek werden 19 huisartsen, apothekers en laboratoriumspecialisten geïnterviewd om knelpunten bij de implementatie van DTO te identificeren. Alhoewel alle deelnemers positief stonden ten opzichte van DTO, bleek de implementatie problemen op te leveren. Met name het genereren van goede spiegelinformatie bleek complex.

De evidence over effectiviteit van DTO is momenteel gebaseerd op feedback ten aanzien van het aanvragen van laboratoriumdiagnostiek. Het is de verwachting dat DTO voor andere vormen van diagnostiek (functioneel onderzoek of beeldvormend onderzoek) kosteneffectiever zou kunnen zijn, vanwege de kosten van de betreffende diagnostiek.

Het nut van feedback en spiegelinformatie op gedrag kan ook worden geëxtrapoleerd uit resultaten van onderzoek naar de effectiviteit van farmacotherapieoverleg (FTO), waarmee meer en langduriger ervaring bestaat dan met DTO (dat sinds het begin van deze eeuw in toenemende mate wordt georganiseerd). Eimers et al. onderzochten of de kwaliteit van voorschrijven van huisartsen samenhangt met de kwaliteit van het FTO waaraan deze huisartsen deelnemen [Eimers 2008]. Hieruit blijkt dat goed FTO (niveau 3 en 4 vergeleken met niveau 1 en 2) een positieve bijdrage levert ten aanzien van een aantal aspecten van kwaliteit van voorschrijven. Op een aantal 'grote' huisartsgeneeskundige onderwerpen was er sprake van beter voorschrijfgedrag bij deelname aan een goed functionerende FTO-groep. Zo was er minder vaak sprake van onderbehandeling met cholesterolverlagers bij diabetici en met inhalatiecorticosteroiden bij astma. Ook werd meer antibiotica van eerste keus voorgeschreven. Ook ander onderzoek laat zien dat er een relatie bestaat tussen het niveau van het FTO en hogere scores op voorschrijfindicatoren (bijvoorbeeld voorkeursmiddelen bisfosfonaten, protonpompremmers, RAS-remmers en triptanen, behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen en volume langdurige gebruikers antidepressiva) [Lambooj 2013, Meulepas 2008].

Conclusie

Er zijn aanwijzingen dat DTO leidt tot veranderingen in aanvraaggedrag en reductie van de interdoktervariatie.
--

Literatuur

- Beijer C, De Jong AM, Stadius Muller I, Eysink Smeets J, Pronk-Admiraal C. Aanvraagbeleid na het diagnostisch toetsoverleg. Huisarts Wet 2016;:434-8.
- Eimers M, Van der Aalst A, Pelzer B, Teichert M, De Wit H. Leidt een goed FTO tot beter voorschrijven? Huisarts Wet 2008;51:340-5.
- Labots-Vogeloesang SM, Ten Boekel E, Rutten WPF, Weel JFL, Guldemond FI, Hens JJH, Klein Ikkink A, Souverein JHM, Van Balen JAM, Van der Laan JR, Van Duijnhoven JLP, Walma EP, Woutersen-Koch H. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek. NHG, Utrecht, 2012.

- Lambooij A, Nijpels M. Monitor voorschrijfgedrag huisartsen 2013. Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, Utrecht, 2013.
- Meulepas M. Relatie tussen FTO-niveau en scores op voorschrijfindicatoren. DGV, Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, Utrecht, 2008.
- Trietsch J, Van Steenkiste B, Hobma S, Frericks A, Grol R, Metsemakers J, et al. The challenge of transferring an implementation strategy from academia tot the field. A process evaluation of local quality improvement collaboratives in Dutch primary care using the normalization process theory. *J Eval Clin Pract* 2014;20:1162-71.
- Verstappen WH, Van der Weijden T, Sijbrandij J, Smeele I, Hermsen J, Grimshaw J, et al. Effect of a practice-based strategy on test ordering performance of primary care physicians: a randomized trial. *JAMA* 2003;289:2407-12.
- Verstappen WH, Van Merode F, Grimshaw J, Dubois WI, Grol RP, Van der Weijden T. Comparing cost effects of two quality strategies to improve test ordering in primary care: a randomized trial. *Int J Qual Health Care* 2004a;16:391-8.
- Verstappen WH, Van der Weijden T, Dubois WI, Smeele I, Hermsen J, Tan FE, et al. Improving test ordering in primary care: the added value of a small-group quality improvement strategy compared with classic feedback only. *Ann Fam Med* 2004b;2:569-75.

Hoofdstuk 2. Organisatie en samenwerking

Voor de praktische organisatie van een DTO kan gebruik gemaakt worden van het schema in [bijlage 4](#).

De daar genoemde onderdelen zijn allemaal van belang, maar zullen niet altijd in het kader van het DTO uitgevoerd hoeven te worden. Ook de volgorde in het schema is flexibel. In dit hoofdstuk lichten wij een aantal bijzonderheden toe van de organisatie en samenwerking bij een DTO.

Welke functies/taken zijn van belang bij de voorbereiding en presentatie van het DTO?

Bij de voorbereiding, organisatie en uitvoering van het DTO behoort, naast een huisarts, ook een expert op het gebied van diagnostisch onderzoek dat onderwerp is bij het DTO betrokken te zijn. De betrokken experts onderschrijven het voor huisartsen gangbare beleid (zoals bijvoorbeeld vastgelegd in NHG-Standaarden of LESA's). Een erkende kwaliteitsconsulent (EKC) is betrokken bij DTO's die geaccrediteerd worden. Van tevoren moet vaststaan wie de voorzitter van de DTO-bijeenkomst is en welke huisarts bij de voorbereiding betrokken is. Dit kan een willekeurige huisarts uit de groep zijn, maar ook de EKC, een kaderhuisarts, de medisch coördinator van een MCC, of een huisarts van de WDH. Het voorbereiden door een huisarts is essentieel, omdat de kern van DTO is dat huisartsen onderling hun handelen bespreken.

Behalve dat genoemde professionals belangrijk zijn om inhoudelijk een goed DTO te verzorgen is hun betrokkenheid ook nodig in verband met het verkrijgen van accreditatie (zie daarover verderop in dit hoofdstuk).

Voor het genereren van feedbackdata is data-analyse nodig. Dit kan worden uitgevoerd door een data-expert verbonden aan de aanbieder van diagnostiek. Als voor het DTO gebruik gemaakt wordt van data van meerdere diagnostiekaanbieders kan eventueel gebruik gemaakt worden van een regionaal datacentrum, indien beschikbaar.

Het verdient aanbeveling regionaal afspraken te maken over de organisatie van DTO tussen partijen die betrokken zijn in een DTO. Daarbij is het raadzaam ook af te stemmen met partijen die betrokken zijn bij deskundigheidsbevordering in de eerste lijn (bijvoorbeeld de WDH) en FTO-groepen.

Het initiatief tot de organisatie van een DTO kan van zowel aanvragers (bijvoorbeeld vanuit een WDH of hagro), van aanbieders of (indien aanwezig in de regio) van MCC's komen.

Erkende kwaliteitsconsulent (EKC)

De EKC:

- Is huisarts (doorgaans uit de groep waarbinnen het DTO wordt gehouden).
- Kan de essentiële elementen uit de richtlijnen en werkafspraken naar voren halen en deze op een overzichtelijke manier aan de groep presenteren. Deze taak kan de EKC delegeren aan een collega huisarts uit de groep die een specifiek DTO inhoudelijk voorbereidt.
- Kent de principes van rationeel aanvragen van diagnostiek, zoals die bijvoorbeeld zijn omschreven in de 'LESA Rationeel aanvragen diagnostiek' en de criteria die in deze handleiding zijn omschreven.
- Kan de kwaliteit van het DTO toetsen aan deze principes.
- Kan een veilig leerklimaat creëren en onderhouden en weet de groepsdynamiek (inclusief betrokkenheid van alle deelnemers), verschillen in inzicht, opvatting en beleving op respectvolle wijze te hanteren.

- Heeft aandacht voor het verminderen van een defensieve houding ten opzichte van data die bedoeld zijn voor inhoudelijke bespreking.

Begeleiding van DTO's wordt onderdeel van de EKC-training.

Voorwaarden voor effectieve deelname aan het DTO

Om voldoende deelname aan het DTO te realiseren in kwantitatieve en kwalitatieve zin is het noodzakelijk te voldoen aan een aantal praktische voorwaarden, zoals keuze van een geschikte locatie, een geschikt moment en beschikbaarheid van faciliteiten (bijvoorbeeld ruimte en audiovisuele middelen). Het optimaal aantal deelnemers per DTO wordt door de werkgroep geschat op 6 tot 12 deelnemers. Bij minder deelnemers is er geen sprake van een efficiënte organisatie van het DTO en kan er te weinig discussie plaatsvinden. Bij meer deelnemers in het DTO bestaat het gevaar van passiviteit van de deelnemers, waardoor het DTO minder effectief is.

DTO-groepen afbakenen

Bij een DTO delen huisartsen ervaringen met elkaar en bespreken zij ervaren problemen, met het doel daarvan te leren en op die wijze de kwaliteit van hun professioneel handelen te verbeteren. Het is belangrijk dat het DTO plaatsvindt in een vaste groep, omdat elkaar (leren) kennen en een veilig klimaat nodig zijn voor een optimaal functioneren van de DTO-groep.

Als het DTO gehouden wordt in/met reeds bestaande groepen, zoals FTO-groepen en hagro's, moet er op gelet worden dat deelnemers waarvan geen spiegelinformatie wordt gegeven (bijvoorbeeld praktijkondersteuners en waarnemers) aan genoemde voorwaarden van veiligheid en vertrouwelijkheid geen afbreuk doen. Omdat zij in het algemeen niet deelnemen aan uitwisselen van argumenten voor aanvraagdredag kan hun aanwezigheid de discussie bemoeilijken. Ook daarmee moet rekening gehouden worden.

Geschikte werkvorm

Van oudsher wordt bij toetsoverleggen (zoals ook bij het FTO) een groepsbijeenkomst gehanteerd, met persoonlijke feedback en nascholing. Moderne werkvormen, bijvoorbeeld met videoconferencing, zijn mogelijk een alternatief voor de fysieke bijeenkomst. Interactie, niet alleen tussen de voorzitter(s) en de deelnemers, maar ook tussen de deelnemers onderling, is echter een vereiste. Een kennistoets vindt doorgaans tijdens de DTO-bijeenkomst plaats, maar kan ook voorafgaand aan het daadwerkelijke DTO, bijvoorbeeld digitaal, worden gemaakt door de deelnemers.

Het gebruik van spiegelinformatie en feedback is essentieel voor een goed DTO. Tijdens het DTO kan gebruik gemaakt worden van verschillende werkvormen, zoals voordrachten, bespreking van casuïstiek, stellingen en kennistoetsen. Hierbij kan ook ingegaan worden op aandachtspunten bij het aanvragen van diagnostiek (bijvoorbeeld testeigenschappen, versturende factoren, referentiewaarden en tarieven).

Conclusie

Interactie tussen deelnemers op basis van spiegelinformatie en expertise op het gebied van diagnostisch onderzoek zijn onmisbare elementen van een effectief DTO.

Module ontwikkelen (of gebruik maken van bestaande modules)

Het ontwikkelen van een DTO-module kost veel tijd en een tijdige planning is zeer aan te bevelen (zie ook hoofdstuk 3). De ervaring is dat een diagnostiekaanbieder per jaar maximaal 1 tot 2 verschillende DTO-modules kan ontwikkelen.

Uitwisseling van DTO's tussen regio's kan de efficiëntie van het ontwikkelen en aanbieden van DTO's bevorderen. Centrale beschikbaarheid van DTO-modules kan dit faciliteren.

Bij het ontwikkelen van een module moet aandacht besteed worden aan de volgende aspecten:

- afbakening onderwerp;
- formulering doelstelling;
- werkmethoden kiezen en ontwikkelen:
 - kennistoets;
 - voordracht en/of kenniscondensaat;
 - casuïstiek;
 - format voor spiegelinformatie;
 - anders: bijvoorbeeld presentatie karakteristieken van de test, kosten (NZA-tarieven).
- onafhankelijke bronnen (algemeen geaccepteerde richtlijnen en RTA's);
- afspraak voorbereiden (praktische aspecten).

Spiegelinformatie samenstellen (zie ook hoofdstuk 4)

- Het is essentieel dat aanbieders van diagnostiek samenwerken bij het maken van overzichten van het aanvraagdgedrag van de huisarts. Het gebeurt met enige regelmaat dat huisartsen diagnostiek aanvragen bij meerdere aanbieders; het overzicht van het aanvraagdgedrag kan alleen compleet zijn indien de aanvraaggegevens van de verschillende aanbieders gecombineerd worden.
- In principe wordt spiegelinformatie gedeeld binnen de DTO-groep, tenzij de gezamenlijke groep aanvragers tevoren aangeeft de voorkeur te geven aan per aanvrager geanonimiseerde data. Deelnemers moeten van tevoren op de hoogte zijn dat spiegelinformatie gedeeld wordt.
- De spiegelinformatie mag uitsluitend gebruikt worden voor de doeleinden van het DTO.
- Soms is het nuttig casuïstiek te bespreken. De privacy van patiënten mag hierbij niet in het geding komen.

DTO Samenwerkingsafspraken

- In de samenwerkingsafspraken moet zijn overeengekomen wie verantwoordelijk is voor de gezamenlijke data-analyse (voor spiegelinformatie), voor de didactische inhoud, de vormgeving en de organisatie van de DTO-bijeenkomsten. Deze taken kunnen gedelegeerd worden aan één van de samenwerkingspartners (bijvoorbeeld een aanbieder van diagnostiek), onderling verdeeld worden of gedelegeerd worden aan een derde partij. Bijvoorbeeld voor de spiegelinformatie een partij die bekend is met data-analyses voor de huisartsenpraktijken (zoals een regionaal datacentrum) indien deze in een regio aanwezig is.
- Een DTO ontwikkelen is zeer arbeidsintensief (bijvoorbeeld in voorbereiding/ontwikkeling, genereren spiegelinformatie en het daadwerkelijk organiseren en geven van het DTO). Indien meerdere aanbieders samenwerken, moeten deze onderling overeenkomen hoe kosten verrekend worden over de betrokken aanbieders/aanvragers.

Organisatie DTO-bijeenkomsten

Wenselijke frequentie

Vanwege de forse tijdsinvestering die nodig is om een DTO goed voor te bereiden volgens de stappen zoals genoemd in het werkplan (zie ook bijlage 4), verdient het aanbeveling te streven naar een frequentie van DTO van ten minste éénmaal per jaar per toetsgroep, alhoewel de verwachting is dat de effectiviteit groter is bij een hogere frequentie. Hier speelt ook mee dat de scholingskalender voor huisartsen meestal al erg vol is.

Vorbereiding door deelnemers en programma

Het verdient aanbeveling dat deelnemers het DTO voorbereiden. Dit kan bijvoorbeeld door ze van tevoren de kennistoets (digitaal) te laten maken, ze hun aanvraaggegevens van tevoren te verstrekken of juist te laten raden, of door ze te vragen casuïstiek in te dienen. Het DTO zelf bestaat uit:

- evaluatie van afspraken uit het voorgaande DTO;
- kennistoets: dit is een wenselijk onderdeel. Deze kan eventueel in een e-learning voorafgaand aan het DTO gemaakt worden (en tijdens de bijeenkomst besproken worden). Het doel van de kennistoets is om de deelnemers bewust te maken van het thema en de problematiek;
- presentatie van spiegelinformatie, ten minste per huisarts en voor de gehele groep en zo mogelijk gespiegeld aan een grotere groep huisartsen;
- inleiding met betrekking tot het kennisdeel; hierbij moet informatie gebruikt worden uit algemeen geaccepteerde richtlijnen. Dit kan eventueel verwerkt zijn in een kennistoets;
- discussie, bijvoorbeeld vergelijking feedback met richtlijnen, toetsing feedback aan kennis, en beschouwing feedback in relatie tot testeigenschappen en kosten (ook: consequenties voor het eigen risico van de patiënt), gebruik (probleemgeoriënteerd) aanvraagformulier;
- eventueel casuïstiek bespreken;
- leerpunten, conclusies en daaruit voortvloeiende afspraken en implementatie (zo mogelijk vastgelegd in een implementatieplan) daarvan.

De volgorde van deze punten staat niet vast.

Een DTO duurt minimaal anderhalf tot twee uur.

Eisen/randvoorwaarden DTO voor accreditatie

De eisen die aan te accrediteren nascholing worden gesteld, zijn vastgelegd in het landelijk reglement voor accreditatie (<https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/gaia/regelgeving-en-faq.htm>). Voor DTO gelden vergelijkbare eisen als voor FTO.

Voor het FTO zijn vier niveaus van kwaliteit vastgesteld. Een DTO is functioneel als het voldoet aan de eisen vergelijkbaar met FTO niveau 3 (*“Het FTO functioneert op niveau 3 als de deelnemers tevens prescriptiecijfers gebruiken die het voorschrijfgedrag weergeven van de deelnemende huisartsen en waarbij zij afspraken maken over de farmacotherapie”*) en optimaal is niveau 4 (*“Het FTO functioneert op niveau 4 als de deelnemers tevens de afspraak als resultaatdoelstelling formuleren en evalueren op basis van prescriptiecijfers”*).

Om effectief een accreditatiewaardig DTO te kunnen organiseren en uitvoeren moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan (vergelijkbaar met niveau 3 van een FTO):

- vooraf formuleren van onderwerp en doel;
- beschikbaarheid van betrouwbare gegevens over het aanvraaggedrag per deelnemer;

- voorbereiding door een huisarts/voorzitter en een arts of klinisch chemicus met expertise op het gebied van diagnostisch onderzoek;
- aanwezigheid van een erkende kwaliteitsconsulent tijdens het DTO, indien de DTO-groep als toetsgroep geaccrediteerd wil worden;
- verslaglegging van de gemaakte afspraken (een voorbeeld van een DTO-verslag is opgenomen in bijlage 5).

Een optimaal DTO (niveau 4) besteedt bovendien aandacht aan:

- implementatie en evaluatie van het onderwerp en de bereikte doelen, inclusief afspraken en follow-up.

Conclusie

Voor een effectief DTO is het nodig dat deelnemers ten minste feedback krijgen over het eigen aanvraagdgedrag en dat van de groep, waarbij afspraken gemaakt worden over aanvraagdgedrag. Bij een optimaal DTO maken de deelnemers bovendien afspraken als resultaatdoelstelling, gericht op het terugdringen van de interdoktervariatie, die geëvalueerd worden op basis van aanvraagcijfers na een bepaalde termijn.

Hoofdstuk 3. Inhoud

Onderwerpskeuze

In principe kunnen alle diagnostische thema's inhoudelijk behandeld worden tijdens een DTO, mits er voldoende diagnostische data verkregen kunnen worden zodat feedback op het aanvraaggedrag mogelijk is.

Het is van belang het gekozen onderwerp tijdens de voorbereiding goed af te bakenen.

Het ligt voor de hand een start te maken met onderwerpen die frequent voorkomen (bijvoorbeeld veel voorkomende aandoeningen (bijvoorbeeld anemie) of veel voorkomende diagnostiek (bijvoorbeeld diagnostiek naar schildklierafwijkingen)), onderwerpen met een grote maatschappelijke impact (bijvoorbeeld vanwege het chronische karakter van de aandoening (bijvoorbeeld diagnostiek naar cardiovasculaire risicofactoren of diabetes mellitus)) of onderwerpen met een grote mate van interdoktervariatie (bijvoorbeeld diagnostiek bij prostaatklasten).

Criteria waarmee verder rekening gehouden kan worden bij de onderwerpskeuze zijn:

- actualiteit (bijvoorbeeld nieuwe richtlijn, of veelgevraagd in de spreekkamer);
- landelijke of lokale thema's (bijvoorbeeld in zorggroep);
- evidente verbeterpunten (bijvoorbeeld grote interdoktervariatie, grote afwijking ten opzichte van standaard);
- (niet) doelmatig aanvraaggedrag (bijvoorbeeld gerelateerd aan grote volumes en/of hoge kosten per onderzoek).

Vorbereiding

Bij de voorbereiding wordt uitgegaan van algemeen geaccepteerde richtlijnen eventueel aangevuld met regionale transmurale afspraken (zie bijlage 3) en wordt onderzocht welke aanvraaggegevens noodzakelijk zijn en beschikbaar gemaakt kunnen worden. Er wordt een samenvatting van de benodigde kennis gemaakt, die aan de deelnemers beschikbaar kan worden gesteld, bijvoorbeeld in de vorm van e-learning. Ook worden (SMART-)doelstellingen voor het DTO voorbereid.

Aandachtspunten bij de discussies in het DTO zijn:

- indicatie voor aanvragen;
- welke diagnostiek/test en waarom; rol van het onderzoek (bijvoorbeeld aantonen of uitsluiten van pathologie);
- zinnig en zuinig aanvraaggedrag;
- interpretatie van de uitslagen, indien nodig vervolgonderzoek en/of follow-up; relatie tussen diagnostiek, beleid en patiëntrelevante uitkomsten;
- aspecten bij aanvragen:
 - testeigenschappen (diagnostische accuratesse (bijvoorbeeld sensitiviteit, specificiteit, positief en negatief voorspellende waarde) en invloed van populatieverschillen (prevalentie) daarop);
 - preanalytische fouten, meetfouten, biologische variatie testuitslag;
 - referentie-, afkap- en streefwaarden;
 - kwaliteitsborging en kwaliteitscontrole in het diagnostisch centrum;

Algemene thema's (zoals diagnostische accuratesse en kwaliteitsborging) kunnen tijdens het DTO belicht worden in relatie tot het medisch inhoudelijke onderwerp van het DTO, of kunnen als separaat DTO worden aangeboden.

Aanvraagssystematiek

Tijdens het DTO kunnen ook verschillende manieren van aanvragen behandeld worden. Daarbij kan aandacht besteed worden aan bijvoorbeeld:

- probleemgeoriënteerd aanvragen;
- digitaal aanvragen versus schriftelijk of per fax aanvragen;
- (automatische) vervolgdagnostiek (reflex-testen, reflecterend-testen);
- POCT (testen in de nabijheid van de patiënt);
- spertijden (voorkomen dubbeldiagnostiek doordat eerdere uitslag nog 'geldig' is).

Hoofdstuk 4. Spiegelinformatie

Betrouwbare en volledige spiegelinformatie is nodig om een DTO effectief te laten zijn. De huisarts die feedback krijgt op zijn aanvraagdraag moet ervan uit kunnen gaan dat de gegevens die hij over zijn eigen praktijk terug krijgt juist zijn én bovendien dat deze zijn afgezet tegen weloverwogen referentiecijfers.

Voor een DTO is een bestand nodig met de door de deelnemende huisartsen aangevraagde onderzoeken die horen bij het voor het betreffende DTO gekozen onderwerp. Deze data kunnen afkomstig zijn van één aanbieder van diagnostiek, maar ook van meerdere aanbieders. Voor het ene onderwerp kan een enkel onderzoek volstaan (bijvoorbeeld coeliakie), bij een ander onderwerp kan het om een reeks onderzoeken gaan (bijvoorbeeld Hb, TSH, glucose, Vitamine B₁₂, Vitamine D, Natrium, Kalium, et cetera bij DTO over Diagnostiek bij vermoeden van dementie). Puntsgewijs worden onderstaand enkele aspecten besproken die van belang zijn om tot een bruikbare set spiegelinformatie voor een DTO te komen.

Wat moet bekend zijn van het onderzoek, de patiënt, de aanvrager en de aanbieder?

Voor het samenstellen van spiegelinformatie is de volgende informatie van belang:

- Het onderzoek
 - Aangevraagde onderzoeken met eenduidige codering (bijvoorbeeld NHG-Tabel Diagnostische Bepalingen); het is gebruikelijk de aanvraaggegevens gedurende een periode van een jaar te includeren, tenzij het gaat om onderzoek dat erg weinig wordt aangevraagd. In dat geval kan worden gekozen voor een periode van bijvoorbeeld twee of drie jaar.
 - Datum aanvraag/uitslag.
 - Resultaat onderzoek (getal of waarde positief/negatief).
 - Referentiewaarden onderzoek (deze kunnen per diagnostisch centrum verschillen; mogelijk kan dan worden gedichotomiseerd (in dit geval in ‘afwijkend’/’niet-afwijkend’), waarbij eventueel verschillende referentiewaarden niet genoemd hoeven te worden.
 - Voor het verkrijgen van optimale data is ook de volgende informatie nodig:
 - Naam aanbieder van diagnostiek.
 - Kenmerk (seriecode o.i.d.) waaruit te herleiden valt of een onderzoek onderdeel uitmaakt van een protocol met meerdere onderzoeken (probleemgeoriënteerd aanvragen). Dit maakt inzichtelijk welk hokje is aangekruist op het fysieke of digitale aanvraagformulier. Bijvoorbeeld: is een Hb aangevraagd als onderdeel van een anemieprotocol of in het kader van ‘algemeen klinisch chemisch onderzoek’ of als ‘psychogeriatrisch onderzoek’ et cetera.
 - Vast format. De leverancier van diagnostiek levert de data idealiter via een vast format waarbij de inhoud en vorm vaststaan.
 - Aanvraagssystematiek (probleemgeoriënteerd et cetera).
- De patiënt
 - Huisarts
 - Voor het verkrijgen van optimale data is de volgende informatie ook nodig:
 - Geslacht patiënt.
 - Leeftijd patiënt.
 - Geanonimiseerde unieke patiëntidentificatie (alleen door de aanvrager herleidbaar tot de persoon): dit is nuttig als er meerdere onderzoeken bij één patiënt zijn uitgevoerd.
- De aanvrager

- Naam aanvrager.
- AGB-code aanvrager.
- Praktijkgrootte aanvrager.
- Feit of in een groepspraktijk alle huisartsen op eigen naam aanvragen of dat er maar één naam/aanvraagcode gebruikt wordt.
- DTO-groep.
- Voor het verkrijgen van optimale data is de volgende informatie ook nodig:
 - Indien van toepassing: aanbieder van diagnostiek specifiek aanvraagnummer van aanvrager (Laboratorium Informatie (Management) Systeem (LIMS) nummer). Dit nummer kan dan worden gekoppeld aan AGB-code aanvrager, zodat per aanbieder de aanvrager te herkennen is.
 - Indien van toepassing: percentage diagnostiek dat per aanbieder wordt aangevraagd door de aanvrager ('dekkingsgraad' laboratoria).
- Een knelpunt is dat huisartsen niet altijd op een eigen aanvraagcode aanvragen, maar bijvoorbeeld op praktijkcode. Hiervan kan door verschillende praktijkmedewerkers (bijvoorbeeld waarnemers en huisartsen in loondienst (hidha's), maar ook praktijkondersteuners en assistenten) gebruik worden gemaakt. Bij het genereren van de data zou duidelijk moeten zijn hoe dit per huisarts/praktijk geregeld is. Voor praktijkondersteuners en assistenten geldt voor het aanvragen van diagnostisch onderzoek de verlengde-arm constructie.

Voor de organisatie van het DTO is het daarnaast van belang over de volgende gegevens te beschikken:

- e-mailadres aanvragers; bijvoorbeeld wanneer onderwijsmateriaal digitaal wordt verspreid of kennistoetsen via een app worden ingevuld;
- BIG-nummer, voor accreditatie.

Data omzetten naar spiegelinformatie voor DTO

Zinnige spiegelinformatie kan voor elk onderzoek anders zijn. De volgende info is vaak zinvol gebieden:

- aantal aangevraagde onderzoeken per aanvrager in absolute aantallen gecorrigeerd voor praktijkgrootte/deeltijdfactor;
- aangevraagde onderzoeken naar uitslag (normaal/ afwijkend of in verschillende categorieën) per aanvrager (of per praktijk);
- bovenstaande voor de gehele DTO-groep gezamenlijk;
- bovenstaande voor de hele regio (bijvoorbeeld huisartscoöperatie of zorggroep) gezamenlijk;
- aangevraagde onderzoeken (naar uitslag) per leeftijdscategorie, indien relevant;
- idem maar uitgesplitst naar M/V, indien relevant.

De opgestelde spiegelinformatie geeft bij voorkeur 90-100% van de totaal door een aanvrager aangevraagde diagnostiek over de betreffende onderzoek(en) weer om een representatief beeld te geven van zijn aanvraagbeleid.

Bronnen van data

Data om spiegelinformatie voor een DTO te maken kunnen worden gehaald uit:

- de informatiesystemen van de diverse aanbieders van diagnostiek;
- de informatiesystemen van de huisartsen;

Indien huisartsen bij meerdere aanbieders van diagnostiek aanvragen doen, zullen in het eerste geval de data moeten worden samengevoegd. Dit vraagt om het nauwkeurig afstemmen en synchroniseren van de data.

Bij gebruik van data uit informatiesystemen van huisartsen kan aanvullende informatie over onderzoeken (optimale data) moeilijker te achterhalen zijn en is het bewerklijker om de gegevens van verschillende deelnemers bij elkaar in overzichten te zetten. Overzichten waarbij het aangevraagde onderzoek gekoppeld kan worden aan de indicatie (International Classification of Primary Care (ICPC)-codes) heeft de voorkeur indien mogelijk: het geeft de huisarts meer inzicht in zijn aanvraagdreg waardoor hij dit beter kan veranderen. ICPC-codes zijn echter vaak nog niet, of zeer variërend, toegekend omdat er nog geen sprake is van een diagnose voordat er aanvullend diagnostisch onderzoek heeft plaatsgevonden.

Zowel bij gebruik van data van aanbieders van diagnostiek als van huisartsinformatiesystemen kan hercoderen van de data nodig zijn om goede spiegelinformatie te kunnen genereren (er zijn bijvoorbeeld meerdere codes voor γ -GT en ook zijn er verschillende manieren om 'positieve testuitslag' aan te geven). Dataverwerking op bovenregionaal niveau kan hierin faciliteren.

Referentiecijfers

Het moet duidelijk zijn welke referentiecijfers gebruikt zijn (bijvoorbeeld de eigen hagro, de regio of bijvoorbeeld een landelijke referentiedatabase). Het meest betrouwbaar wordt gespiegeld ten opzichte van een groep aanvragers met tevoren vastgestelde kritische vergelijkbare patiëntkenmerken (bijvoorbeeld leeftijdsverdeling, urbanisatie, opleidingspraktijk).

Voor het verkrijgen van data kan samengewerkt worden met een datacentrum dat zijn data conform geldende wet- en regelgeving geleverd krijgt.

Bij voorkeur wordt gespiegeld naar een zo groot mogelijke regio, indien de data compleet zijn. Alternatief is om te spiegelen aan data van een beperkt aantal aanvragers dat bekend is, maar de representativiteit van de data is in dat geval beperkt.

Privacy

- Indien gebruik wordt gemaakt van een (regionaal) datacentrum, dient dit datacentrum in staat te zijn data uit verschillende bronnen met elkaar te combineren. Hierbij moet worden voldaan aan de geldende wet- en regelgeving op gebied van privacy- en gegevensbescherming. Dit wordt vastgelegd in een overeenkomst.
- Verzamelde data moeten in verhouding staan tot het doel waarvoor deze worden gebruikt (doelmatig zijn). Alleen data die nodig zijn om zinvolle feedback te kunnen geven, dienen te worden verzameld. Zo moet bijvoorbeeld voorkomen worden dat data verspreid worden die de privacy van de patiënt bedreigen.
- De spiegelinformatie is eigendom van de aanvrager. Aanvragers dienen van tevoren toestemming te geven dat de data gedeeld worden.

Overige aandachts- en knelpunten

- Samenwerking tussen aanbieders om spiegelinformatie te combineren voor een DTO, kan problematisch zijn aangezien aanbieders elkaars concurrenten zijn.
- Een voorwaarde voor goede spiegelinformatie is dat er voldoende aanvragen per huisarts aanwezig moeten zijn.

Conclusie

Dekkingsgraad: de opgestelde spiegelinformatie geeft bij voorkeur 90-100% van de totaal door een aanvrager aangevraagde diagnostiek over de betreffende onderzoek(en) weer om een representatief beeld te geven van zijn/haar aanvraagbeleid. Indien de dekking lager is, dan wordt ernaar gestreefd deze te verhogen door samen te werken met regionale partijen. De betrouwbaarheid van de gegevens dient bij een lage dekking onderwerp te zijn van het DTO. Er kan dan sprake zijn van selectieve informatie.

Hoofdstuk 5. Resultaten borgen

Over evaluatie van DTO's is nog weinig informatie beschikbaar.

Een optimaal DTO besteedt aandacht aan evaluatie van het onderwerp en de bereikte doelen, inclusief afspraken en follow-up.

Bij het DTO kunnen afspraken gemaakt worden, bijvoorbeeld over indicaties, of over voorkomen van over- en onderdiagnostiek. Aan de inhoud van een goede DTO-afpraak zijn drie dimensies te herkennen:

- de richtlijn waarop deze gebaseerd is;
- plan van aanpak: wie doet wat, hoe en wanneer;
- resultaatdoelstelling: indien mogelijk meetbare eindpunten aan de hand waarvan de afspraak kan worden geëvalueerd.

Voor evaluatie van de gemaakte afspraken is het belangrijk dat er voldoende tijd is verstreken om blijvende veranderingen in gedrag te kunnen vaststellen. Een termijn van bijvoorbeeld een jaar is hiervoor een richtlijn.

Het DTO kan geëvalueerd worden aan het begin van een volgend DTO, waarbij het van belang is dat hiermee niet teveel tijd gemoeid gaat.

De aanbieder van diagnostiek kan na verloop van tijd evaluatiecijfers naar de deelnemende aanvragers sturen, zodat zij deze in eigen kring kunnen bespreken.

Bijlage 1. Samenstelling werkgroep

- Mevrouw drs. Jacintha van Balen, huisarts, Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht (voorzitter)
- De heer drs. Stijn van den Broek, huisarts, senior beleid & organisatie huisartsenzorg, Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht (projectleider)
- Mevrouw drs. Mariska Tuut, epidemioloog, PROVA, Varsseveld (secretaris)
- Mevrouw dr. Annelies Lucas, huisarts, Diagnostiek voor U, Eindhoven (namens SAN centra voor medische diagnostiek)
- De heer drs. Arnoud Frericks, programmacoördinator scholing/DTO, SHL-groep, Etten-Leur (namens SAN centra voor medische diagnostiek)
- Mevrouw dr. Ayşe Demir, klinisch chemicus, Meander Medisch Centrum, Amersfoort (namens Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde)
- De heer dr. Leo Jacobs, klinisch chemicus, Meander Medisch Centrum, Amersfoort (namens Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde)
- De heer drs. Eric van der Vorm, arts-microbioloog, Reinier de Graaf Groep, Delft (namens Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie)
- Mevrouw ir. Patricia Jansen, coördinator, MCC CONNECT (namens Federatie Medisch Coördinerende Centra)
- De heer dr. Jan Weel, arts-microbioloog, IZORE, Leeuwarden (namens Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie)

Bijlage 2. Verantwoording proces

Op initiatief van het Nederlands Huisartsen Genootschap, SAN centra voor medische diagnostiek en de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde is een multidisciplinaire werkgroep samengesteld. Deze werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Genootschap, SAN centra voor medische diagnostiek, de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde, de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie en de Federatie Medisch Coördinerende Centra. De projectleiding en het voorzitterschap van de werkgroep liggen bij het Nederlands Huisartsen Genootschap. De werkgroep wordt procedureel en methodologisch ondersteund door PROVA en heeft secretariële ondersteuning vanuit het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Na de eerste bijeenkomst waarin knelpunten zijn geïnventariseerd die volgens de werkgroep in de handleiding geadresseerd zouden moeten worden, is een bredere knelpunteninventarisatie gedaan. De partijen die in de werkgroep vertegenwoordigd zijn, zijn gevraagd naar knelpunten voor de organisatie en uitvoering van DTO, evenals andere experts en organisaties (de heer dr. W. Verstappen, Meetpunt Kwaliteit, Zorgverzekeraars Nederland, InEen, Landelijke Huisartsen Vereniging, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, Patiëntenfederatie Nederland). Het resultaat hiervan is besproken in de werkgroep en een concept handleiding is opgesteld, geconcentreerd rond beantwoording van de knelpunten.

De concept handleiding voor DTO is, nadat deze is vastgesteld door de multidisciplinaire werkgroep, voor commentaar rondgestuurd naar dezelfde partijen die in de knelpunteninventarisatie zijn aangeschreven, aangevuld met enkele experts. Na verwerking van de commentaren door de werkgroep, is de handleiding voor autorisatie naar de in de werkgroep vertegenwoordigde organisaties gestuurd.

Na autorisatie van de handleiding wordt deze gepubliceerd op de websites van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Andere deelnemende organisaties zullen een link naar deze handleiding op hun website opnemen. Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven deze handleiding als referentiekader te gebruiken bij het contracteren van DTO.

Bijlage 3. Korte beschrijving bronnen

NHG-Standaarden bieden concrete, medisch-inhoudelijke richtlijnen met (wetenschappelijke) achtergronden. In vrijwel alle standaarden worden aanbevelingen gegeven omtrent de indicatie en plaatsbepaling van specifiek aanvullend onderzoek (laboratorium-, beeldvormend en functieonderzoek) binnen de huisartsenvoorziening. Zie: <https://www.nhg.org/nhg-standaarden>.

De **LESA Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek** geeft op basis van NHG-Standaarden en algemeen geaccepteerde (multidisciplinaire) richtlijnen, aanbevelingen voor de samenwerking tussen huisartsen, laboratoriumspecialisten klinische chemie en artsen-microbiologie ten aanzien van de laboratoriumdiagnostiek. Naast algemene samenwerkingsafspraken bevat deze richtlijn voor de meest aangevraagde laboratoriumdiagnostiek informatie over de indicaties voor aanvragen, testeigenschappen achtergronden bij de bepalingen en referentiewaarden. Zie: <https://www.nhg.org/themas/publicaties/lesa-rationeel-aanvragen-van-laboratoriumdiagnostiek>.

Landelijke Transmurale Afspraken bevatten richtlijnen voor de samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Zie: <https://www.nhg.org/thema/landelijke-transmurale-afspraken-ltas>.

NVKC-richtlijnen en veldnormen, zie: <http://www.nvkc.nl/kwaliteit/richtlijnen/normen-en-richtlijnen>.

NVMM-richtlijnen, zie <http://www.nvmm.nl/richtlijnen>.

SAN Praktijkrichtlijnen geven aanbevelingen voor de standaardisatie van procedures rondom de uitvoering van functieonderzoek en beeldvormende diagnostiek, zoals die wordt uitgevoerd door Medisch Diagnostische Centra. Indicatiestelling voor het diagnostisch onderzoek valt buiten het bestek van de SAN-Praktijkrichtlijnen. Zie: <http://54387044.swh.strato-hosting.eu/Praktijkrichtlijnen/>.

Regionale Transmurale Afspraken zijn veelal een regionale vertaling van landelijke richtlijnen, zoals NHG-Standaarden, multidisciplinaire richtlijnen of Landelijke Transmurale Afspraken. In deze afspraken staat idealiter verwoord welke zorg door de huisarts wordt geleverd, wat de waarde en interpretatie is van aanvullend onderzoek en zijn verwijfsafspraken opgenomen. Zie: <http://www.afspraken-huisartsenspecialist.nl/home>.

Multidisciplinaire richtlijnen geven evidence-based aanbevelingen die doorgaans voor eerste en tweede lijn bedoeld zijn. Zie: <https://richtlijnen database.nl/>.

Bijlage 4. Organisatieschema DTO

Verkort schema of stroomdiagram



Stappen <i>Concrete uitvoeringsstappen, onderverdeling in fasen: Voorbereiding, Uitvoering, Nazorg</i>	Verantwoordelijkheden <i>De rollen en verantwoordelijkheden van de betrokken medewerkers</i> B = beslissen U = uitvoeren O = ontvangen
VOORBEREIDING	
1. Zorgdragen voor een structuur of samenwerkingsverband om een DTO aan te bieden	
2. Inventariseren van inhoudelijke en organisatorische wensen van de toekomstige DTO-groep van huisartsen	
3. Bekendheid geven aan DTO-aanbod <ul style="list-style-type: none"> • Onderwerpen • Jaartheme • Organisatie 	

4. Opstellen van een DTO-scholingsplan <ul style="list-style-type: none"> • Onderwerpskeuze • Leerdoelen • Onderwijskundige uitwerking • Taakverdeling • Planning 	
5. Werven en reserveren van inhoudsdeskundige voor DTO-scholingsplan	
6. Selecteren beschikbaar of inrichten nieuw data- en administratiesysteem voor het genereren van feedbackrapportages	
7. Op orde brengen of aanpassen database van huisartsen en laboratoria	
8. Inventariseren van beschikbare inhoudelijke materialen en scholingsaanbod	
9. Selecteren en aanpassen van bestaande inhoudelijke scholingsmaterialen	
10. Ontwikkelen van nieuw scholingsmateriaal op basis van scholingsplan <ul style="list-style-type: none"> • PowerPoint • (Digitale) kennistoets • Workshop 	
11. Inventariseren van gegevens deelnemers per DTO-groep <ul style="list-style-type: none"> • NAW • E-mail • BIG-nummer 	
12. Plannen en reserveren van data en locaties	
13. Aanvragen van GAIA-accreditatiepunten voor het DTO-scholingsplan	Erkend KwaliteitsConsulent
14. Publiceren digitale kennistoets <ul style="list-style-type: none"> • Eventueel aanvragen van licenties • Koppelen e-mailadressen 	
15. Aanmaken van feedbackrapportages/spiegelinformatie op basis van DTO-scholingsplan	
16. Voorbereiden van DTO-bijeenkomst <ul style="list-style-type: none"> • Locatie + koffie/thee • Presentatiematerialen (ICT, flipover, presentielijst, et cetera) • Inhoud 	
UITVOERING	
17. Uitnodigen van deelnemers en toezenden van kennistoets, feedbackrapportage en huiswerkopdracht	
18. Voorzitten en presenteren van DTO-bijeenkomst	
19. Verslagleggen van leerpunten en verbeteracties	
20. Registreren presentie van deelnemers in GAIA	Erkend KwaliteitsConsulent
NAZORG	
21. Toezenden van verslaglegging	
22. Uitvoeren van afgesproken acties	
23. Plannen van evaluatie- en borging van gemaakte afspraken na afgesproken termijn, eventueel ondersteund door nieuwe en vergelijkende feedbackcijfers	

Bijlage 5. Voorbeeld verslag

Verslag groepsbijeenkomst *Eventueel eigen verslag als extra bijlage toevoegen*

Basisgegevens

Naam toetsgroep	
Naam EKC	
Naam contactpersoon	

Verslaglegging

Datum bijeenkomst	
Doel bijeenkomst	
Welk(e) onderwerp(en) is (zijn) behandeld?	
Welke werkvormen zijn gebruikt?	
Werden er richtlijnen/protocollen gebruikt? Zo ja welke?	
Zijn er andere bronnen gebruikt? Zo ja welke?	
Zijn de leervorderingen van de deelnemers getoetst? Zo ja Hoe?	
Wat zijn de uiteindelijke resultaten van het overleg?	

Zijn er afspraken gemaakt over het vervolg? Zo ja, wanneer worden die getoetst?	
Werden de activiteiten gesponsord? Zo ja door wie?	

Bijlage 6. Lijst met gebruikte afkortingen

- AGB: Algemeen GegevensBeheer
- DTO: Diagnostisch Toetsoverleg
- EKC: Erkend kwaliteitsconsulent
- FMCC: Federatie van Medisch Coördinerende Centra
- FTO: Farmacotherapieoverleg
- ICPC: International Classification of Primary Care
- LESA: Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken
- LTA: Landelijke Transmurale Afspraak
- MCC: Medisch Coördinerend Centrum
- NHG: Nederlands Huisartsen Genootschap
- NVKC: Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie
- NVMM: Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie
- SAN: Branchevereniging voor diagnostische centra
- RTA: Regionale Transmurale Afspraak
- WDH: Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen