



Optimale zorg – Dappere dokters

3^e werkconferentie 22 april 2015
Geïntegreerd verslag gespreksgroepen

Werkconferentie 22 april 2015 in Amsterdam huisartsen – specialisten – patiënten - zorgverzekeraars

De hoofdlijnen

De thema's tijdens de conferentie 2015 waren: defensief handelen, vergaande protocollering van de zorg, administratieve overbelasting als gevolg van kwaliteitscontrole, financieringsstructuur van de zorg, preventie, onderwijs, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg (ggz). De tien gespreksgroepen hierover laten de volgende (nieuwe) kernpunten zien.

Indicatorengekte – controledrift - registratiedruk

1. “We moeten van alles van iedereen (zorgverzekeraars, IGZ en eigen beroepsgroepen); het wordt ieder jaar weer meer”.
2. Maar maatwerk, kennen van de patiënt, onderling vertrouwen en bejegening zijn niet te meten.
3. Om de ‘rotte appels’ op te sporen hebben we een transparantie-paradox veroorzaakt: we ‘meten’ zoveel dat we niet weten wat je ziet of wilt zien in de gegevens.
4. We gaan daarom de registratiedruk verminderen:
 - samen met alle betrokkenen
 - vanuit het beginsel: laat kwaliteitsbewaking primair aan de beroepsgroepen
 - ‘grote schoonmaakactie’ onder alle indicatoren > beperkt aantal uniforme indicatoren.
5. Maar: “is de kwaliteit van de zorg wel te vangen in indicatoren? Zijn intercollegiale intervisie of visitatie geen betere manier?”
6. En dan nog: “we hebben alle normen voor onze beroepsgroep zelf bedacht en hebben dus deze ‘Bromsnor’ (controledrift) gecreëerd.”

Richtlijnen - standaarden: status en uitwerking

7. Wetenschappelijke beroepsverenigingen leveren producten op die vervolgens dwingend worden opgelegd. Daarmee schieten de ‘standaarden’ hun doel voorbij: verkeerd of ondoelmatig toepassen, hogere kosten en een keurslijf.
8. De status van een richtlijn is onduidelijk: minimum waar je aan moet voldoen of het maximum? Als je een richtlijn gaat gebruiken als norm en vervolgens als basis neemt voor een indicator moet wel consensus zijn over de inhoud en de status van de richtlijn.

9. Richtlijnen kunnen meer richting doelmatigheid, mogen generieker en moeten niet gebruikt worden als instrument om op af te rekenen.
10. We gaan richtlijnontwikkelaars zoals NHG aanspreken op betere afstemming: invloed op defensief handelen, multi- en comorbiditeit, implementatiekosten, patiënten(organisaties) en andere betrokkenen, draagvlak, vertaling naar prestatie-indicator afschermen.

Substitutie 2^e > 1^e-lijn en financiering

11. Huisartsen zijn bang de grip op hun praktijk kwijt te raken wanneer zij steeds meer alles moeten kunnen (normpraktijk te groot?).
12. Substitutie blijkt moeilijk te financieren; woord en daad sporen niet voldoende.
13. Bij integrale bekostiging – bekostiging voor de eerste en tweede lijn samengevoegd - vervalt de poortwachtersfunctie van de eerste lijn.
14. Bij ouderenzorg speelt nog een probleem ‘de andere kant op’: de noodbeddenregeling is niet meer in werking.
15. Met het oog op doelmatigheid en kosteneffectiviteit ontbreken de zelfstandige behandelcentra (ZBC) bij de conferenties Optimale zorg – Dappere dokters.

Samenwerking – afstemming – regie

16. Bij de ouderenzorg lopen de modellen voor de centrale figuur uiteen: huisarts, praktijkondersteuner ouderenzorg, multidisciplinair overleg, specialist ouderengeneeskunde, geriater, case manager en/of transmurale ‘zorgbrug’ (thuiszorg/wijkverpleegkundige).
17. In de ggz is – ondanks mooie websites – volstrekt onduidelijk welke instelling in een regio werkt, wat die doet, waar en wanneer.
18. Specialistische consultaties, multidisciplinair overleg of ‘regio-carroussels’ zijn een spil in de transmurale samenwerking (in de ggz of bij ouderenzorg).

Onderwijs en opleiding

19. Ook in de vervolgoopleidingen zijn meer interdisciplinaire bijeenkomsten nodig.
20. Zorg dat we niet alleen protocollen-dokters opleiden. Standaarden krijgen een te centrale plek! De jonge arts moet meer lef willen tonen om te ‘dokteren’.
21. Maar ‘dapper dokteren’ is breder dan klinisch redeneren, het gaat niet alleen om medische kennis maar ook om de kosten en het perspectief van de patiënt.
22. Maar door geïntegreerd op te leiden krijg je nog geen dappere dokters als dat botst met ‘de kleur van de baas’.
23. ’s Nachts werken vaak alleen jonge artsen, volgens protocollen en niet bevoegd / bekwaam om hiervan af te wijken. Ook ervaren krachten in de nacht inzetten?

Patiënten

24. Voer als huisarts “dappere patiënt-gesprekken” over wensen en ideeën over zorg (niet alleen over euthanasie en reanimeren).
25. Ga niet actief op zoek naar problemen die er voor de patiënt niet echt toe doen, zoek naar behandelopties voor ervaren problemen!

Samenleving

26. Verkeerde leefstijl behandelen is aan de dokters, verkeerde leefstijl voorkomen is aan de overheid.
27. Mensen moeten leren gezond te leven en op een goede manier gebruik te maken van de gezondheidszorg. “Gezondheidsleer vanaf de basisschool”.
28. Nu is het moment om als artsen de minister met een burgerinitiatief via de Tweede Kamer te beïnvloeden om de verkrijgbaarheid, prijs en aantrekkelijkheid van sigaretten aan te pakken.

Inleiding

De Huisartsenkring Amsterdam/Almere en de KNMG-Amsterdam brachten samen met Marcel Levi (AMC), Ab Klink (VGZ en VU) en Henriette van der Horst (VUmc) 180 betrokkenen uit de Amsterdamse eerste- en tweedelijns in gebouw de Bazel bijeen met als doel thema's te bespreken, die remmend kunnen werken om optimale zorg te verlenen. De *thema's* waren: defensief handelen, vergaande protocollering van de zorg, administratieve overbelasting als gevolg van kwaliteitscontrole, financieringsstructuur van de zorg en preventie. In zeven gemengde medische *gespreksgroepen* werden over deze thema's vragen geformuleerd aan partijen die grote invloed hebben op de uitvoering van de gezondheidszorg met als leidraad hoe deze betrokkenen optimale zorg en dapper dokters kunnen en willen faciliteren. Vijf partijen waren bij de *paneldiscussie* vertegenwoordigd: Ministerie van VWS, Gezondheidsraad, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Zorgverzekeraar Achmea, Zorgverzekeraar VGZ. De video-samenvatting van deze paneldiscussie¹ vormt een aanvulling op het verslag van de gespreksgroepen in deze tekst. In dit verslag zijn tevens de punten uit *drie andere gespreksgroepen* verwerkt die zich richtten op onderwijs, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg (ggz). De deelnemers aan deze drie groepen waren specifiek bij het onderwerp betrokken.

Dit verslag is een vervolg op de verslagen van eerdere bijeenkomsten vanuit het initiatief Optimale zorg – Dappere dokters².

De notulen van de tien gespreksgroepen³ zijn geïntegreerd in dit verslag⁴. Omwille van de overzichtelijkheid is de informatie uit de groepsgesprekken gebundeld binnen drie invalshoeken:

- gerapporteerde problemen
- achtergronden van problemen
- aanbevelingen / opties voor verbetering.

Binnen deze drie invalshoeken zijn de bovengenoemde thema's als ordening aangehouden tenzij het betreffende punt thema-overstijgend bleek of bij diverse thema's aan de orde was gekomen. Citaten zijn omwille van de leesbaarheid geredigeerd (via parafrasering) zonder de inhoud te vertekenen.

De sfeer in alle gespreksgroepen wordt, voor zover vermeld, omschreven als: constructief, dynamisch, over en weer begrip, enthousiasme om gezamenlijk tot aanbevelingen en afspraken te komen. Tijdens de 1^e conferentie in 2012 werden in enkele groepen startproblemen ('kinderziektes') gesignaleerd als domeindenken of een veroordelende houding over en weer vanuit onwetendheid, rivaliteit en ergernis. Daarover was blijkens de notulen in 2015 niets terug te vinden (evenmin als in 2013).

Gerapporteerde problemen

Algemeen

- Hebben verzekeraars, inspectie en de overheid wel voldoende *vertrouwen* in de samenwerkende zorgverleners?
- Onduidelijkheid bestaat over de *status van een richtlijn*. Is dat nu het minimum waar je aan moet voldoen of het maximum? Wordt in het laatste geval de richtlijn opgesteld door (en voor) de beste jongetjes van de klas (de hobbyisten)? Dat is niet wenselijk! Als je een richtlijn gaat gebruiken als norm en vervolgens als basis neemt voor een indicator moet wel consensus zijn over de inhoud en de status van de richtlijn.

¹ <https://amsterdam-almere.lhv.nl/actueel/in-beeld/optimale-zorg-dappere-dokters-2015>

² <https://amsterdam-almere.lhv.nl/dappere-dokters-0>

³ De gespreksgroepen werden geleid door: Anne-Mariëke van der Veldt, Frans Meijman, Joost Leferink, Mai Neijens, Paul van Dijk, Moniek van den Ende, Marianne Bramson, Andreas Keck, Chris Rietmeijer en Marije Holtrop.

De notulen zijn gemaakt door: Ruud Stam, Cees Dekker, Lisette Luykx, Odiel Wassenaar, Karlien Douma, , Willemien Rietman, Annemieke van Dijk, Riet Kemp, Ron de Hoon en Frans van Eck.

⁴ Samensteller: Frans Meijman, fj.meijman@vumc.nl

- Standaarden van het NHG zijn gekaapt door de zorgverzekeraar en worden vervolgens kwaliteitsindicatoren, waar de financiën aan gekoppeld worden. In de FTO-groep wordt bijvoorbeeld gekeken of je die 'NHG'-indicator wel hebt gehaald.
- Individueel zijn we machteloos om de *indicatorengekte* op persoonlijke titel te bestrijden.
- "Substitutie in de huidige vorm betekent dat de aard van het huisartsenvak wordt aangetast: specialistische dingen moeten doen in plaats van huisartsendingen."
- Veel projectvoorstellen binnen segment 3 op regionaal niveau worden door Achmea afgekeurd. Dit bevordert projecten ter verbetering van kwaliteit van zorg niet.

Defensief handelen en Protocollering

- Een richtlijn blijkt vaak leidend, maar tegelijk realiseren wij ons ook dat deze richtlijnen lang niet altijd gebaseerd zijn op wetenschappelijk bewijs. Bovendien spreken ze elkaar soms tegen omdat ze vanuit uiteenlopend perspectief zijn opgesteld.
- Wetenschappelijke beroepsverenigingen leveren producten op die vervolgens dwingend worden opgelegd. Daarmee *schieten de 'standaarden' hun doel voorbij*: verkeerd of ondoelmatig toepassen, hogere kosten en een keurslijf waardoor je gedwongen wordt tegen je intuïtie in te handelen.
- Het nut van richtlijnen, protocollen en standaarden staat of valt met hoe je ze gebruikt. Uiteindelijk gaat het erom *zorg op maat* te leveren aan iedere patiënt. Daarvoor moet het protocol zorgvuldig worden gevolgd tot het moment dat het niet meer past. Dan komt het aan op de kunde van de arts om gemotiveerd af te wijken.
- De *maximale kwaliteitswinst* die is te behalen door meer geprotocolleerd te werken is *bereikt*.
- *Ketengekte*. Als je meedoet met al die ketens heb je een goed lopende praktijk, maar of dat kwalitatief goede zorg is, is zeer de vraag. Je moet als beroepsgroep niet meer meedoen met de eisen van en aan de beroepsgroep.
- Wordt bij de specialistische richtlijnen wel gekeken naar het *kostenaspect* (zoals bij de NHG standaarden)?
- Wie controleert het inkoopgedrag van zorgverzekeraars of dit daadwerkelijk gericht op kwaliteit van de zorg gebeurt?

Administratieve (over)belasting als gevolg van kwaliteitscontrole

- "We moeten van alles van iedereen; het wordt ieder jaar weer meer". De zorgverzekeraars, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de eigen beroepsgroep(en) worden het vaakst genoemd als de partijen die van alles vragen aan de artsen.
- "Waar gaat het nou eigenlijk om: de indicatoren zelf of de gestructureerde zorg waarbij de huisarts maatwerk kan leveren?"
- "De indicatoren van de verzekeraars komen uit een 'macrowereld' en passen niet bij de micro-leefwereld van de individuele huisarts."
- De *kern van het huisartsenvak* (het kennen van de patiënt en het onderling vertrouwen) is bovendien *moeilijk in maat en getal* uit te drukken.
- "De patiënt moet kunnen merken dat de kwaliteit van de zorg verbetert. Vaak gaat het daarbij voor de patiënt over *bejegening* en dat meten we nou net niet."
- "Tijd besteed aan administratie zou ik liever besteden aan gesprekken met mijn patiënten. Ieder meetsysteem onttrekt energie aan het gehele systeem." Bovendien: als je niet meedoet kom je op een *zwarte lijst*.
- "Het lijkt wel of we elkaars taal niet spreken. We begrijpen elkaar niet."
- Er zijn teveel uiteenlopende formulieren die elkaar wel overlappen. Daarbij komt: "Als je niet weet met *welk doel* je registreert (wat er met de verzamelde gegevens gebeurt) dan wordt het achteloos ingevuld."
- "Als verzekeraar kunnen wij met inzicht in de *interdoktervariatie* toegevoegde waarde bieden voor de patiënt. Ik schrik overigens als ik bij Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hoor dat men binnenkort weer een set met nieuwe uitkomstindicatoren wil gaan maken. Daar geloof ik niet in."

Preventie (toegesplitst op primaire preventie gericht op roken)

- De vraag is of primaire preventie wel een *taak van de dokter* is.
- Verkeerde leefstijl behandelen is aan de dokters, verkeerde leefstijl voorkomen is aan de *overheid*.
- Hoe staan verzekeraars tegenover primaire preventie van roken? De *zorgverzekeraar* zou graag de schadelast gerelateerd aan een verkeerde lifestyle kleiner zien worden, maar verzekeraars worden nu niet afgerekend op preventie. Bovendien is het verzekerings-technisch niet lonend.

Financieringsstructuur

- “Moeten we niet gewoon concluderen dat de financiering in de zorg enorm ingewikkeld is? We zijn al een groot deel van dit gesprek kwijt aan het uitleggen van de structuur.”
- Hoe meer zorg wordt overgenomen door de huisarts, des te minder tijd er beschikbaar is voor de basiszorg. Huisartsen zijn bang de *grip op hun praktijk kwijt* te raken wanneer zij steeds meer alles moeten kunnen. Situaties waarin patiënten steeds een andere huisarts of zorgverlener hebben worden als niet wenselijk ervaren.
- Een aantal huisartsen is van mening dat de omvang van de *normpraktijk te groot* is en dat dit onvoldoende leidt tot een prikkel voor kwalitatief goede zorg.
- Het is vrijwel niet mogelijk om projecten gericht op *substitutie* te financieren. De zorgverzekeraar en artsen zullen hier samen een plan voor moeten maken.
- Wanneer je als huisarts een tweede specialist raadpleegt wordt je hier (soms) op afgerekend door de zorgverzekeraar – bijvoorbeeld omdat de zorg volgens de zorgverzekeraar al valt onder ketenzorg.

Ouderenzorg

- De *noodbeddenregeling* is niet meer in werking. Niemand wil iemand opnemen omdat je bang bent dat de patiënt niet meer “weggaat”.

Geestelijke gezondheidszorg (ggz)

- Is in de eerste lijn voldoende kennis aanwezig om ernstiger psychiatrie op tijd te onderkennen en snel door te verwijzen? *POH's* worden soms *overvraagd* in hun draaglast/kracht (jong/onervaren, zware caseload). Dit vraagt van huisartsen een actief superviserende rol en voldoende kennis om deze rol in te vullen.
- In een woud van glossy websites is het moeilijk om nazorg te regelen omdat volstrekt *onduidelijk* is *wie in een regio werkt*, wat die instelling dan doet en waar en wanneer ze dat doen.

Onderwijs

- Door geïntegreerd op te leiden krijg je nog geen dappere dokters. Het gevaar is dat de student het wel allemaal geïntegreerd heeft geleerd maar uiteindelijk in de praktijk binnen een half jaar *‘de kleur’ van de baas* aanneemt. Persoonlijkheidsontwikkeling is noodzakelijk, in welke mate durf je je te onttrekken aan de bestaande cultuur.

Achtergronden van problemen

Defensief handelen en Protocollering

- De enorme diversiteit van voorbeelden van defensief handelen volgt mede uit technische mogelijkheden, protocollen, regels, standaarden en indicatoren. E.e.a. bedoeld om *controle* te krijgen op de *kwaliteit* van de zorg maar ervaren als een *prikkel om meer onderzoek en behandeling te doen* dan nodig vanuit een professioneel medisch perspectief.
- Daarnaast spelen extra verwarrende elementen: de eventuele juridische gevolgen als je iets mist in je achterhoofd (tuchtrecht), en dan toch ook nog informed consent, is de familie wel redelijk.

- In de kliniek werken *in de nacht alleen jonge artsen* die hele batterijen aan onderzoek volgens protocollen afhandelen en niet bevoegd / bekwaam zijn om hiervan af te wijken. Moeten we ervaren krachten in de nacht inzetten? Kost de maatschappij natuurlijk meer geld.
- De cultuur verandert: we willen/de patiënt wil het NU weten. “Mensen leven in een waan dat het noodlot niet bestaat”.
- *Risicominimalisatie* is ook capaciteitsafhankelijk (“de laagdrempeligheid maakt het te makkelijk om aanvullend onderzoek te doen of te verwijzen”). Dus je moet de capaciteit reduceren; “Er moeten gewoon nog 20 ziekenhuizen dicht!”. Maar ook: het verschil tussen overcapaciteit en een beetje ondercapaciteit is minimaal. Het is moeilijk aan te geven waar de optimale balans is.
- Is het gevoel unaniem dat *een beetje schaarste* toch ook wel gunstig kan werken?

Administratieve (over)belasting als gevolg van kwaliteitscontrole

- Huisartsen zien vooral de *verzekeraars* als veroorzaker van de registratiedruk terwijl de aanwezige medisch specialisten de *IGZ* en *de eigen beroepsgroep* als belangrijke veroorzaker aanwijzen.
- Enkele huisartsen vinden dat de beroepsgroep (huisartsen) zelf heeft bijgedragen tot de controledrift. “We hebben alle normen voor onze beroepsgroep zelf bedacht en hebben dus deze ‘*Bromsnor*’ gecreëerd.”
- Anderzijds wordt door huisartsen onderschreven dat het op zich *goed* is dat er een normering van kwaliteit is. Het doel moet zijn dat je *je meetbaar en toetsbaar wilt opstellen*.
- Maar: “Je moet echt met elkaar in gesprek gaan over wat we kunnen doen aan kwaliteitsbevordering en dat doen we nu niet.”
- Huisartsen hebben er begrip voor dat er gesprekken worden gevoerd met de zogenaamde ‘rotte appels’. Maar momenteel is er sprake van de *transparantie-paradox*: zoveel meten dat je niet meer weet wat je precies ziet of wilt zien in gegevens.
- Een gynaecoloog geeft aan dat hij gemotiveerd is tot goede registratie als het dienstbaar is voor zijn *reflectie op z'n eigen handelen*.
- Het gevoel van registratiedruk leek bij huisartsen groter dan bij de andere artsen.
- Een verzekeraar stelt: “We willen jullie niet frustreren in jullie kwaliteitsontwikkeling.” Zij erkent dat de *verzekeraars* steeds meer van hetzelfde zijn gaan doen. “We hebben heel veel data verzameld en beginnen zo langzamerhand ook meer grip op deze data te krijgen. We hebben mooie rapportjes die we in het kader van de zorginkoop met elkaar kunnen bespreken. Nu zijn we op zoek naar een zinvol vervolg. *We zitten in een vacuüm*. We willen jullie (dokters) niet frustreren in jullie eigen kwaliteitsontwikkeling. Wat voor verbeterdoelen kunnen we voor de toekomst afspreken?”
- Maar een andere verzekeraar stelt: “De interdoktervariatie kan ik soms niet uitleggen. Het is belangrijk dat een verzekeraar zich met zowel kwaliteit als kosten bezig houdt. Beide zaken zijn nauw verbonden. Een verzekeraar die zich niet met kwaliteit bemoeit wordt een *schadeverzekeraar* die alleen geïnteresseerd is in een lage prijs.”

Preventie (toegespitst op primaire preventie gericht op roken)

- Bij preventie gaat het om de hele bevolking. Door Cliëntenbelang wordt ingebracht dat voor veel burgers de maatschappij ziekmakend is. Mensen zijn laaggeletterd, hebben weinig kansen, worden gezien als product met schadelast. De samenleving moet *kwetsbare mensen* een *gelijkwaardige plek* geven, dat verkleint de ziekmakende factor.
- Hoe gaan we deze liberale minister beïnvloeden? Zij wil niet betuttelen en bemoeien en heeft bovendien een financieel belang. Toch is de tijd rijp.

Financieringsstructuur

- Huisartsen en specialisten weten eigenlijk vrij weinig van elkaars financieringsstructuur.
- Enkele huisartsen geven aan bang te zijn dat er voor specialisten *onvoldoende prikkels* zijn om werkzaamheden over te dragen aan de eerstelijnszorg. De specialisten geven echter aan een deel van hun werkzaamheden juist graag over te dragen aan de huisartsen, omdat zij dan meer tijd overhouden voor datgene waar ze voor zijn opgeleid, hun specialisme.

- *Integrale bekostiging* – waarbij bekostiging voor de eerste en tweede lijn samen wordt gevoegd zoals in de geboortezorg – kan niet voor alle typen zorg gelden. Immers wanneer je de bekostiging integreert *vervalt de poortwachtersfunctie* van de eerste lijn met een gezonde spanning tussen eerste en tweede lijn om duurdere zorg te voorkomen.
- Geld kan/moet niet leidend zijn in discussies over financiering van zorg maar kwaliteit.

Ouderenzorg

- De diversiteit is (nog) groot: *uiteenlopende modellen* worden toegepast of voorgesteld:
 - a. praktijkondersteuner ouderenzorg als centrale figuur met daarnaast een MDO (multidisciplinair overleg) met een specialist ouderengeneeskunde, geriater en case manager;
 - b. de specialist ouderengeneeskunde een grotere rol toekennen, maar de regie wel bij de huisarts laten;
 - c. de geriater als verbinder en zorgcoördinator in de keten;
 - d. een transmurale zorgbrug rond alle ziekenhuizen in contact met de thuiszorg (wijkverpleegkundige?) waar de patiënt mee bekend is.
- Wie binnen het ziekenhuis kan de *regie* nemen bij patiënten bij wie vele specialisten zijn betrokken?

Geestelijke gezondheidszorg (ggz)

- Diverse psychiaters en huisartsen hebben goede ervaring met naar de eerstelijns brengen van diagnostische expertise in de vorm van *specialistische consultaties*. Dit kan per telefoon, mail of door face to face onderzoek van de patiënt in de praktijk van de huisarts.
- Zowel huisartsen als psychiaters zijn van mening dat onder voorwaarden een groot deel van stabiele chronische patiënten *terug* zou kunnen *naar de huisarts*. Daarbij is in ieder individueel geval *maatwerk* nodig.

Onderwijs

- Onderwijs gaat over het *levenslang leren*-principe (de verticale lijn) en de *interdisciplinaire* communicatie tussen 1e en 2e lijn (de horizontale lijn).
- Brede kennis is een voorwaarde voor een dappere dokter. Dapperheid kan alleen maar bestaan als je jezelf kunt funderen op kennis. Anders is het roekeloosheid.
- ‘Dapper dokteren’ is wel *breder dan klinisch redeneren*, het gaat niet alleen om medische kennis maar ook om de kosten en het perspectief van de patiënt.
- *Intervisie* kan een belangrijke bijdrage leveren aan de noodzakelijke persoonlijkheidsontwikkeling tot dappere dokter. Vaste groepen, vaste begeleider en veiligheid zijn hierbij aandachtspunten.
- De *opleider als rolmodel* van dappere dokter is voorts essentieel.
- De aanwezige huisartsen in opleiding geven aan dat zij bij het begin van hun studie zich niet hadden gerealiseerd dat *financiering* zo’n belangrijke rol speelt binnen je werk als arts.

Aanbevelingen of mogelijkheden voor verbetering

Algemeen

- “Waarom hebben we als arts eigenlijk nog een wachtkamer? Is dat niet heel arrogant? Moet onze zorg niet nog veel meer om de patiënt draaien?”
- Een belangrijke partij bij deze conferenties ontbreekt te weten de zelfstandige behandelcentra (ZBC). De doelmatigheid en kosteneffectiviteit lijkt daar minder hoog op de agenda staat, dus het lijkt tijd om de *DBC’s* ook *in deze belangrijke discussie* te *betrekken*.
- Mensen moeten *leren gezond te leven* en op een goede manier gebruik te maken van de gezondheidszorg. “Gezondheidsleer vanaf de basisschool”.

Defensief handelen en Protocollering

- De geest van de richtlijn moet *meer richting doelmatigheid* en minder gericht op risicoreductie (defensief handelen); dus actie is vereist. Eerst een richtlijn evalueren aan de hand van harde meetgegevens, dan eventueel aanpassen.

- De richtlijnen mogen veel *generieker*: “Laat meer ruimte voor de arts”. Dit is een verzoek aan de Gezondheidsraad.
- De inspectie moet richtlijnen *niet gebruiken als instrument om op af te rekenen*, dus er moet voldoende ruimte zijn en ook worden ervaren om weloverwogen te kunnen en durven afwijken.
- We moeten het *NHG (en andere richtlijnontwikkelaars) aanspreken op het proces rond de standaard- en richtlijnontwikkeling*. De *afstemming* moet beter:
 - a. onderzoek naar de beleving van de richtlijnen en de invloed op defensief handelen;
 - b. andere belanghebbenden (patiënten en zorgverzekeraars) betrekken;
 - c. multi- en comorbiditeit meenemen, individualisering mogelijk maken;
 - d. rekening houden met implementatiekosten in de praktijk;
 - e. geen directe koppeling (mogelijk maken) met prestatie-indicatoren;
 - f. eerst draagvlak creëren voor de lancering van een nieuwe of herziene standaard.
- *Neem de patiënt mee* in de communicatie: “Ik moet u volgens richtlijn zo behandelen, maar ik zou u anders willen adviseren want ...” Kost tijd maar het levert wel vaak wat op!
- Vertrouwen is de sleutel. Daarom de suggestie om *met patiëntenorganisaties in gesprek* te gaan.
- De maatschappij moeten we de *grenzen van de geneeskunde benoemen* en uitleggen, inclusief de beperkingen van het wetenschappelijke bewijs.
- Verken certificeringssystemen in plaats van ‘rare indicatoren’.

Administratieve (over)belasting als gevolg van kwaliteitscontrole

- “Laat kwaliteitsbewaking/-bevordering aan de *beroepsgroep zelf* over.” Uitgangspunt moet zijn dat alleen dat geregistreerd moet worden wat voor dokters nodig is om kwaliteit te stimuleren, te meten en elkaar via *onderlinge visitatie* de maat te nemen.” Eén registratie (ook voor intern gebruik) zou voldoende moeten zijn.
- “Als huisarts mag je best trots zijn op de kwaliteit die je biedt. Je wilt dat dan ook graag uitdragen. De huisartsenberoepsgroep zou die mate van kwaliteit dus gewoon zelf naar buiten moeten willen brengen.”
- Verzekeraars, stelt een huisarts, zouden zich kunnen beperken tot de vraag of artsen complicaties met elkaar bespreken en zich dus niet met de inhoud moeten bemoeien.
- “Ik zou als *verzekeraar* graag willen aansluiten bij het horizontale toezicht van de beroepsgroep(en) zelf en alleen de diepte in willen gaan bij uitzonderingen. Het begint dus bij de beroepsgroepen zelf. De beroepsgroepen moeten zich daarbij wel toetsbaar willen opstellen.”
- Maar het voorbeeld van Achmea (artsen zelf laten definiëren wat kwaliteit van zorg is) kan volgens sommige huisartsen niet goed werken in de 1ste lijnszorg.
- Wel vindt een andere huisarts dat de beroepsgroep zelf een grote(re) rol zou moeten spelen bij het onderling vergelijken. Dat kan monodisciplinair maar moet *ook multidisciplinair* gebeuren.
- Samenvattend: “Wij willen als partijen hier aanwezig graag de registratiedruk op artsen verminderen en willen daarvoor samen om tafel gaan. Overheden/verzekeraars/Inspecties etc. stop met alle lopende en nieuwe initiatieven op het gebied van verantwoording, registratie en indicatoren en wacht op de uitkomsten van ons overleg. We moeten eerst kijken naar wat we nu hebben en daarvan vaststellen wat zinvol is en wat niet.”
- We moeten terug naar de basis: na een ‘*grote schoonmaakactie*’ onder alle indicatoren definieert de beroepsgroep de uniforme indicatoren en de andere partijen maken daar gebruik van. Per jaar wordt er gekeken of er indicatoren af kunnen of bij moeten, rekening houdend met patiëntervaringen en met de gegevens die de verzekeraar nodig heeft voor de rapportages aan de toezichthoudende instanties.
- Blijft een *tegengeluid*: “Is de kwaliteit van de zorg wel te vangen in indicatoren? Is een audit door collega’s (interview) geen betere manier?”

- Nog een ander geluid: “Kunnen we *kwaliteit meten op basis van patiënttevredenheid*? Redt dit ons dat van de administratieve rompslomp? Uit onderzoeken blijkt dat dit interessant kan zijn als je veel verschillende aspecten van patiënttevredenheid meet.”

Preventie (toegesplitst op primaire preventie gericht op roken)

- Voorkomen van roken bij de jeugd is een *haalbaar doel*, mits verkrijgbaarheid, prijs en aantrekkelijkheid van sigaretten worden aangepakt. Hulp van bedrijven in bijvoorbeeld sport en reclame is essentieel.
- Het moment is nu om massaal de minister te beïnvloeden. We moeten zorgen dat het onderwerp via een *burgerinitiatief* in de Tweede Kamer op de agenda komt.

Financieringsstructuur

- Over de financieringsstructuur zijn meer gesprekken nodig tussen beleidsmakers, zorgverzekeraars en zorgverleners.
- Substitutie kan nog verder worden bevorderd wanneer er tegenover *consultatie en organisatiekosten* voor de huisartsen ook een vergoeding staat.

Ouderenzorg

- Voer als huisarts “*dappere patiënt gesprekken*” over wensen en ideeën over zorg (niet alleen over euthanasie en reanimeren).
- Nodig elke patiënt die zich inschrijft hiervoor uit, of koppel de uitnodiging aan de informatie bij de griepvaccinatie.
- Vraag vooral ook de ouderen zelf wat hij/zij wil. Ga niet actief op zoek naar problemen die er voor de patiënt niet echt toe doen, *zoek naar behandelopties voor ervaren problemen!*
- Denk over een *multidisciplinair overleg* (MDO) voor hoog kwetsbare patiënten, en de rol die de specialist ouderengeneeskunde hier in kan spelen.
- Creëer in de wijk een zogeheten screenteam (psychiater, geriater en specialist ouderengeneeskunde) die de opname beoordeelt en een keten maakt, gekoppeld aan de wijkbedden die verschillende thuiszorgorganisaties hebben.
- *Patiënten zijn dapperder dan de dokter* en zeggen makkelijker nee tegen een operatie dan de dokter, blijkt in Groningen bij multidisciplinair overleg over de kwetsbare oudere patiënt die op de wachtlijst staat voor een operatie. Hierbij wordt het functioneren van de patiënt meegewogen in de overweging tot opereren. Resultaat: tot 30% minder operatie bij deze groep patiënten.

Geestelijke gezondheidszorg (ggz)

- Organiseer ‘*regio-carrouzels*’ om samenwerkingsverbanden tussen huisartsenpraktijken, generalistische basis-ggz-praktijken en (consulterende) psychiaters te bevorderen. Nodig hierbij ook (de restanten van) het welzijnswerk uit.
- Er wordt gepleit voor een kenniscentrum waarin zorgaanbieders van doelmatige ggz-basiszorg hun aanbod inzichtelijk presenteren.

Onderwijs

- De interdisciplinaire communicatie in de opleiding en via nascholingsactiviteiten moeten we terug laten komen, want huisartsen en specialisten zijn elkaar na de basisopleiding uit het oog verloren. Denk aan de goede ervaring met *interdisciplinaire intervisiegroepen* van aios-en.
- Zorg dat we *niet alleen protocollen-dokters* opleiden. Standaarden krijgen een te centrale plek! De jonge arts moet meer lef willen tonen om te ‘dokteren’.
- Opleiders psychiatrie communiceren naar de opleiding dat beschrijvende diagnostiek (in plaats van classificerende diagnostiek volgens de DSM) in ere hersteld moet en brengen dit zelf in praktijk.