

## Werkconferentie 19 november 2013 in Amsterdam huisartsen – specialisten – patiënten - zorgverzekeraar

### ***In kort bestek***

De Huisartsenkring Amsterdam bracht samen met Marcel Levi (AMC), Ab Klink (VU) en Henriette van der Horst (VUmc) betrokkenen uit de Amsterdamse eerste en tweedelij bijeen met als doel:

- zorg en dapperheid opnieuw tegen het licht houden, voortbouwend op de voornemens en projecten sinds 2012;
- samen op zoek gaan naar concrete mogelijkheden om de zorg te optimaliseren;
- een actieagenda formuleren of bijstellen voor de Amsterdamse ziekenhuisregio's.

De opmaat was een welkomswoord, een film met impressies van de activiteiten<sup>1</sup> sinds de eerste werkconferentie<sup>2</sup> en een adhesiebetuiging van minister Edith Schippers via een beeldverbinding<sup>3</sup>. Daarna volgden zes multidisciplinaire, transmurale gespreksgroepen, inclusief medewerkers van zorgverzekeraar Achmea en vertegenwoordigers van Cliëntenbelang Amsterdam, met als onderwerpen:

- spiegelinformatie
- cruciale zorgkeuzes en gezamenlijke besluitvorming van arts en patiënt
- intramurale kwaliteit
- aandacht voor zinnige en zuinige zorg in de opleiding
- intercollegiale consultatie
- transmurale communicatie en samenwerking

### **Samen dapper**

De zes gespreksgroepen laten brede steun zien voor (hernieuwde) initiatieven vanuit drie invalshoeken.

#### De patiënt

1. Contact zoeken met **dappere patiënten** - binnen en buiten het verband van de eigen populatie – om een **draaiboek** samen te stellen voor gezamenlijke besluitvorming in de spreekkamer en aan het ziekbed gericht op optimale zorg en ter vermindering van onnodige zorg.
2. Het **kennismakingsgesprek** met een patiënt in de huisartspraktijk opnieuw bezien op inhoud, functie en (uniforme?) organisatie. Welke informatie kan als basis dienen voor de situatie waarin die achtergrondgegevens anders node gemist worden bij de huisarts of de specialist?

#### De samenwerking

3. **Transmurale platforms in alle ziekenhuisregio's** starten of versterken als basis voor tal van vormen van samenwerking tussen specialisten en huisartsen.
4. Kleinschalige en simpele **spiegelprojecten** blijken effectief en plezierig voor contact, uitwisseling en afspraken. Casuïstiek gekoppeld aan gegevens uit registraties van huisartsen, ziekenhuizen, diagnostische faciliteiten en zorgverzekeraar(s) vormen de start.
5. Onder de loep nemen van de belangrijkste categorieën **herhaalconsulten bij specialisten**.
6. De digitale **uitwisseling van diagnostisch beeldmateriaal**, juist ook tussen ziekenhuizen.
7. Specialisten en huisartsen maken zich sterk om regelmatig over en weer **'in elkaars keuken te kijken en te proeven'**!
8. Specialisten en huisartsen kunnen meer dan voorheen – in de vervolgoopleidingen en tijdens nascholing – elkaar **leren de juiste vragen te stellen** bij voorgenomen verwijzingen, consultatie en terugverwijzingen.

#### Het bredere kader

9. Onder de loep nemen van **richtlijnen van zorgverzekeraars** die overdiagnostiek of overbehandeling veroorzaken.
10. Wijkgebonden contact zoeken met **dappere scholen** om basis- en middelbaar onderwijs over de mogelijkheden en beperkingen van medische zorg te realiseren.
11. Concrete initiatieven om het **maatschappelijk debat** (in Amsterdam) aan te blijven gaan over optimale zorg - dappere dokters – dappere patiënten - dappere politiek.

---

<sup>1</sup> [terugblik op de projecten](#)

<sup>2</sup> [de eerste invitational conference 2012](#)

<sup>3</sup> [videoboodschap](#)

## Optimale zorg – Dappere dokters

2<sup>e</sup> werkconferentie 19 november 2013

Geïntegreerd verslag

### Inleiding

Gebouw Felix Meritis, 19 november 2013, de Huisartsenkring Amsterdam/Almere bracht samen met Marcel Levi (AMC), Ab Klink (VU) en Henriette van der Horst (VUmc) net als in 2012 betrokkenen uit de Amsterdamse eerste en tweedelij bijeen. Het doel was opnieuw tweeledig: samen op zoek gaan naar concrete mogelijkheden om de zorg te optimaliseren, waarbij aangrijpingspunten die dapperheid vereisen op de voorgrond staan.

In de oorspronkelijke convocatie stond het uitgangspunt geformuleerd:

*“Zorginhoud als leidraad voor kostenbesparing*

Om optimale in plaats van maximale zorg te leveren hebben we dappere dokters nodig die met de patiënt, met elkaar door de echelons heen, en met zorgverzekeraars en beleidsmakers in gesprek gaan over welke behandeling nu echt iets toevoegt aan het leven van de patiënt. Dappere daden in de dagelijkse zorg, ondersteund door afspraken, organisatie en financiering die dat mogelijk maken en stimuleren.”

### Gespreksgroepen

Een welkomswoord, een film met impressies van de activiteiten<sup>4</sup> sinds de eerste werkconferentie<sup>5</sup> en een adhesiebetuiging van minister Edith Schippers via een beeldverbinding<sup>6</sup> vormden de opmaat voor zes multidisciplinaire, transmurale gespreksgroepen, inclusief medewerkers van zorgverzekeraar Achmea en vertegenwoordigers van Cliëntenbelang Amsterdam, met als onderwerpen:

- spiegelinformatie
- cruciale zorgkeuzes en gezamenlijke besluitvorming van arts en patiënt
- intramurale kwaliteit
- (interdisciplinaire) aandacht voor zinnige en zuinige zorg in de opleiding
- intercollegiale consultatie
- transmurale communicatie en samenwerking

Iedere gespreksgroep ging van start met een inleiding waarin geschetst werd welke resultaten, mogelijkheden en beperkingen het afgelopen jaar aan het licht waren gekomen met betrekking tot het onderwerp van de gespreksgroep. De concrete projecten waarover is gerapporteerd zijn:

- PSA-project (huisartsen Amsterdam west, urologen SLAZ, klinisch chemici ATAL en begeleiding De Galan Groep);
- Op basis van het rapport Kwaliteit als medicijn (Booz & Company) een proefproject shared decision making bij het Gastro Intestinaal Oncologisch Centrum Amsterdam;
- Interdisciplinair scholen in optimale zorg (arts-assistenten huisartsgeneeskunde, cardiologie en interne geneeskunde VUmc en SLAZ);
- MultiDisciplinair Overleg geriatrie;
- Transmuraal Platform BovenIJ – OLVG - SLAZ;
- Samenwerking SLAZ-SEH en HAP.

Verdeeld over de zes groepen waren aanwezig:

- 39 huisartsen
- 30 medisch specialisten uit 6 ziekenhuizen
- 8 leden van de raden van bestuur of directie van een ziekenhuis of ATALmedial
- 5 vertegenwoordigers van de preferente zorgverzekeraar Achmea
- 17 overige deelnemers.

### Aanpak van dit verslag

De notulen van de zes gespreksgroepen<sup>7</sup> zijn geïntegreerd in dit verslag<sup>8</sup>. Omwille van de overzichtelijkheid is de informatie uit de zes groepsgesprekken gebundeld binnen drie invalshoeken:

---

<sup>4</sup> [terugblik op de projecten](#)

<sup>5</sup> [de eerste invitational conference 2012](#)

<sup>6</sup> [videoboodschap](#)

<sup>7</sup> De gespreksgroepen werden geleid door resp.: Stella Zonneveld, Frans Meijman, Joost Leferink, Ferry Bastiaans, Marianne Bramson en Mirella Buurman.

‘de patiënt’, het samenspel tussen huisarts en specialist, het financieel-organisatorische en maatschappelijke kader. Bij de selectie en ordening van de punten uit de notulen zijn pluspunten, minpunten of verbeterpunten die in 2012 ook al zijn genoteerd<sup>9</sup>, meestal weggelaten tenzij nieuwe aspecten aan de orde zijn gekomen.

De sfeer in alle multidisciplinaire gespreksgroepen wordt omschreven als: constructief, dynamisch, over en weer begrip, enthousiasme om gezamenlijk tot aanbevelingen en afspraken te komen. Tijdens de 1<sup>e</sup> conferentie in 2012 weden in enkele groepen startproblemen (‘kinderziektes’) als domeindenken, veroordelende houding vanuit onwetendheid, rivaliteit en ergernis gesignaleerd. Daarover was blijkens de notulen niets terug te vinden in 2013.

Sleuteltermen zijn: doelmatigheid, kwaliteit, gesprek met de patiënt, spiegelinformatie, ontmoeting, overleg, samenwerking, werkafspraken, regio-gerichtheid en samenspel met zorgverzekeraar.

### **De patiënt**

Meer tijd nemen voor en *beter communiceren* met de patiënt. Daarin vindt opnieuw iedereen zich als een van de belangrijkste aangrijpingspunten voor het realiseren van optimale in plaats van maximale zorg. De verzuchtingen en andere tekenen van moedeloosheid die tijdens de 1<sup>e</sup> conferentie ten aanzien van de realiteit in de spreekkamer en aan het ziekbed werden geuit, waren nu niet zo zwaar aangezet. Ook op dit punt blijkt de toonzetting van de discussies positief en optimistisch. Wel worden aanvullend op 2012 beperkingen en obstakels benadrukt.

“De patiënt snapt er niets van. Je maakt hen doodongelukkig door ze allerlei keuzes voor te leggen. Keuzes maken is de professionele verantwoordelijkheid van de dokter.”

“Specialisten moeten de zorgvraag van de patiënt beter verkennen voordat ze met een zorgaanbod komen. Nu zie je dat ze enerzijds mededelen dat er niets aan te doen is, maar tegelijkertijd bieden ze opties voor als je er toch iets aan wilt doen.”

“Mensen gaan pas shoppen als ze angstig zijn. Daarom moet je uitleggen, vaak meerdere keren. Angst wegnemen. Of als een patiënt op een raar tijdstip op de SEH komt, terwijl het om iets gaat dat ook op maandag gezien kan worden: is Angst!”

Het *kennismakingsgesprek* met een patiënt in de huisartspraktijk moet opnieuw worden bezien op inhoud, functie en (uniforme?) organisatie. Welke informatie kan als basis dienen voor de situatie waarin de achtergrondgegevens anders node gemist worden bij de huisarts of de specialist? Te denken valt aan de visie van de patiënt op ingrijpende medische bemoeienissen als het er om spant. Maar hoe staat het met de duurzaamheid, de geldigheid en de relevantie van de notities? Gaat een wilsbeschikking over meer dan non-reanimatie? Hoe geven we dit soort informatie consequent en zorgvuldig door aan de tweedelijfn? Het blijkt overigens niet vanzelfsprekend dat initiatieven met betrekking tot het vastleggen van opvattingen en wilsbeschikkingen bij alle patiënten in goede aarde vallen (of geschikt uitkomen). Het vereist daarom dapperheid van artsen, niet alleen huisartsen, en patiëntenorganisaties om dit concrete aangrijpingspunt serieus te nemen. Het is complex.

“Je moet je niet te veel illusies maken bij de vraag hoe men in het leven staat. Als het acuut wordt, is die informatie niets meer waard. We moeten juist veel paternalistischer worden.”

---

De inleiders waren resp.: Joan Boeke, Frans Meijman, Sophia de Rooij, Moniek van den Ende, Jos van Campen, Marije Holtrop en Els Kuijt.

De notulen zijn gemaakt door resp.: Niek Bosman, Ruud Stam, Marcel Otten, Odiel Wassenaar, Riet Kemp en Anne-Mariëke van der Veldt.

<sup>8</sup> Samensteller: Frans Meijman, fj.meijman@vumc.nl

<sup>9</sup> Zie voor een samenvatting van de werkconferentie in 2012 de bijlage bij dit verslag.

## Optimale zorg – Dappere dokters

2<sup>e</sup> werkconferentie 19 november 2013

Geïntegreerd verslag

“Er is ruimte voor de patiënt als de arts zegt er bij niet-behandelen ook te zullen zijn voor de patiënt.”

“Pas op met vastleggen van de visie van de patiënt in het dossier. Dat is levensgevaarlijk! Je weet nooit hoe actueel die punten voor de patiënt zijn.”

Beter communiceren in de spreekkamer en het eventueel (her)invoeren van het kennismakingsgesprek richten zich op individuele patiënten. Daarnaast blijft het zoeken naar praktische vuistregels om optimaal met keuzen in de zorg om te gaan. Een aanzet daartoe kan voortkomen uit contact met dappere patiënten - binnen en buiten het verband van de eigen populatie – om een *draaiboek in diverse varianten samen te stellen voor gezamenlijke besluitvorming* in de spreekkamer en aan het ziekbed gericht op optimale zorg en ter vermijding van onnodige zorg.

### De samenwerking

#### Overleg: vast en kortdurend

De breed onderschreven rode draad blijkt opnieuw: huisartsen en specialisten moeten elkaar op reguliere basis treffen, bijvoorbeeld aan de hand van casuïstische patiënteninformatie gekoppeld aan spiegelinformatie uit diverse registraties, ook van de zorgverzekeraar. Vanuit dat *duurzame overleg in een veilige omgeving* wordt toegewerkt naar lokaal gedragen werkafspraken voor (terug)verwijzing, diagnostiek en behandeling.

Een specialist in een van de gespreksgroepen merkte op dat zij juist altijd had gemeend de huisarts een plezier te doen door intern door te verwijzen . . . . .

*Transmurale platforms* zijn in alle ziekenhuisregio's de ‘natuurlijke’ basis voor tal van vormen van samenwerking tussen specialisten en huisartsen. In sommige regio's, zoals BovenIJ-OLVG-SLAZ, komt het aan op versteviging van het platform, in andere kan vanuit bestaande overlegstructuren toegewerkt worden naar een stevig platform.

“Een ‘tussenstop’ maken voor een verwijzing of een extra onderzoek. Als het ‘voor de zekerheid’ is moet een dappere dokter eerst even overleggen: specialist met huisarts, huisarts met specialist.”

De vaste overlegvormen zijn een basis voor kortdurende, kleinschalige en simpele *spiegelprojecten*. Het PSA-project bleek effectief en plezierig voor contact, uitwisseling en afspraken. Het succes nodigt uit ook elders in de stad de spiegelinformatie over de PSA-bepalingen in huisartspraktijken en ziekenhuizen spiegelenderwijs met elkaar te bespreken. Voor een dergelijke *transmurale intervisie* vormen casuïstiek en registraties van huisartsen, ziekenhuizen, diagnostische faciliteiten en zorgverzekeraar(s) de start. Daarbij gaat het om nieuwsgierigheid over en weer, (be)oordelen maar niet veroordelen, laat staan afstraffen en delen van informatie ter verbetering van de kwaliteit van de zorg. Focus kan liggen op onnodige onderzoeken of ingrepen, dubbele diagnostiek, dubbele declaraties, variaties in voorschrijfgedrag en obsoleete diagnostiek zoals een Rö-buikoverzicht. Via spiegelprojecten ontstaat zicht op de uiteenlopende variatie in medisch handelen bij specialisten en huisartsen die ook dit jaar in diverse gespreksgroepen is gesignaleerd. Bijvoorbeeld de verschillen in beleid bij tonsillectomie tussen vakgroepen KNO. Vanuit het OLVG kan hierover een intervisieproject worden gestart.

“Er is winst te behalen.”

Tijdens de ervaringen met spiegelinformatie kwam een *pijnpunt* aan het licht. De informatie moet wel beschikbaar zijn, althans zonder teveel belemmeringen uit het systeem mobiliseerbaar zijn. In het bijzonder de registraties van de zorgverzekeraar blijken in dit opzicht teleur te stellen.

## Optimale zorg – Dappere dokters

2<sup>e</sup> werkconferentie 19 november 2013

Geïntegreerd verslag

### ICT

De verlangens op het gebied van transmurale communicatie en documentatie zijn gelijk gebleven: op de juiste plek een toegankelijk en toereikend patiëntendossier, uitwisselbare documentatie van (dure) kerngegevens (beeld en laboratorium), vlotte uitwisseling van basis- en episodegebonden gegevens, en - niet als laatste verlangen - toegesneden mogelijkheden voor patiëntgebonden overleg.

“We moeten meer de informatica voor ons laten werken”.

Concreet klonk de oproep om serieus werk te maken van de digitale *uitwisseling van diagnostisch beeldmateriaal*, juist ook tussen ziekenhuizen.

### Huisarts in ziekenhuis, specialist in huisartspraktijk

Buiten het eigen professionele domein treden – ter verbreding van de blik - lijkt voor zichzelf te spreken maar komt in de praktijk niet gemakkelijk van de grond. Toch zijn vele al dan niet controversiële suggesties genoteerd, variërend van *kijken en ‘proeven’ in elkaars keuken* tot over en weer een concrete bijdrage leveren aan de reguliere zorg.

Concreet klonk de oproep om de belangrijkste categorieën *herhaalconsulten bij specialisten* onder de loep te nemen. Voor welke patiënten is de controle bij de specialist nog steeds geïndiceerd en welke patiënt is net zo goed of beter af in de huisartspraktijk?

“Het is makkelijker voor een arts om te zeggen ‘kom over een half jaar maar terug’ dan uit te leggen dat de patiënt terug onder behandeling kan bij de huisarts.”

“Richtlijnen laten je in de steek als het om 80+ers gaat.”

Richtlijnen lijken of blijken de routinematige nacontroles voor te schrijven. Voor een *opschoonprocedure* van het bestand van vaste polibezoekers zijn diverse aangrijpingspunten geopperd:

- Bewustwording creëren bij specialisten door terugkoppeling (uit het systeem) van het aantal herhaalconsulten op hun poli.
- De overdracht naar de huisartspraktijk vergemakkelijken door de assistent op de poli afspraken te laten maken bij de huisarts.
- In plaats van een herhaalconsult op de poli een brief naar de huisarts met instructies/adviezen voor het vervolgtraject.
- Aanpassen van richtlijnen voor nacontroles bij omvangrijke categorieën aan de hand van wetenschappelijk onderzoek naar het nut en de schade ervan.

“Communiceer duidelijk naar de patiënt dat de huisarts en de specialist als één geheel optreden. Stem de boodschap naar de patiënt dus ook onderling af.”

Als je *bij elkaar over de vloer* komt, kom je elkaar tegen, maar het advies is ervoor te zorgen dat je elkaar ook leert kennen. Specialist en huisarts een dagdeel met huisartsen mee laten lopen en andersom blijkt al veel op te leveren. Over en weer een aantal casussen of dossiers doornemen draagt bij aan kennisoverdracht aan en bekendheid met elkaar.

“Organiseer nu wel die accrediteringspunten voor het bezoek of het spreekuur van de specialist in de wijk of praktijk van de huisarts en andersom van de bijdragen van de huisarts in het ziekenhuis.”

### Onderwijs, vervolgoedingen en nascholing

Een versteviging van de samenwerking ‘tussen de lijnen’ moet wortelen in het gehele opleidingstraject. Specialist en huisarts kunnen meer dan voorheen – in de vervolgoedingen en

## Optimale zorg – Dappere dokters

2<sup>e</sup> werkconferentie 19 november 2013

Geïntegreerd verslag

tijdens nascholing – *elkaar leren de juiste vragen te stellen* bij voorgenomen verwijzingen, consultatie en terugverwijzingen. Een proefproject interdisciplinair scholen in optimale zorg – tijdens de vervolgopleiding - werd duidelijk gewaardeerd. Die formule kan ook elders worden toegepast. Op medische gebieden die voldoende raakpunten hebben liggen aantrekkelijke mogelijkheden voor ‘kruisbestuiving’.

“Zo’n overlegvorm moet structureel ingepland worden want de wil is er wel maar de tijd om dit erbij te doen ontbreekt. Daardoor komt het er vaak niet van.”

In het ziekenhuis en de huisartspraktijk kan de arts in opleiding meer betrokken worden bij het transmurale overleg en bij het vaststellen van structurele werk- en beleidsafspraken.

Bovendien is het zinvol om de *artsen in opleiding te betrekken* bij het opstellen van richtlijnen. Ze staan immers vaak aan de basis van het onderzoek dat leidt tot een nieuwe of gewijzigde richtlijn.

‘In elkaars keuken kijken’ kan al in de *basisopleiding* gestimuleerd worden. In het laatste masterjaar - binnenkort waarschijnlijk ‘schakeljaar’ naar de vervolgopleiding – verdient het aanbeveling om juist niet te (laten) kiezen voor een stage in het specialisme van de toekomstige ambitie.

### Het financieel-organisatorische en maatschappelijke kader

#### De zorgverzekeraar

Een adequate betaling van diverse varianten van transmurale of intercollegiale samenwerking en toetsing is cruciaal voor het slagen ervan. De zorgverzekeraar dient hierin niet louter reactief te blijven. Ook tijdens de 2<sup>e</sup> conferentie kreeg deze voorwaarde aandacht maar de zorgverzekeraar trekt aan meer touwtjes.

“Ze meten niet kwaliteit, maar scoren je puur op cijfertjes en lijstjes. Dit geeft perverse financiële prikkels in het systeem.”

Concreet klonk de oproep om de *richtlijnen en contractvoorwaarden van zorgverzekeraars* onder de loep te nemen in welke opzichten deze overdiagnostiek en overbehandeling veroorzaken. Voorbeeld: Achmea verlangt een MRI van de knie als voorwaarde voor een artroscopie. Ander voorbeeld: de directe verwijzrelatie tussen fysiotherapeuten en orthopeden. Zorgverzekeraars kunnen het initiatief nemen en samen met ‘gewone’ dokters uit het ziekenhuis en de huisartspraktijk met de stofkam en tondeuse door de regelingen gaan.

“Het vraagt dapperheid van de zorgverzekeraar, maar dan krijg je er ook iets voor . . . .”

#### De samenleving

“Opvallend hoe helpend de rol van de wijkagent is!”

Discussie over het bijstellen van de praktijk van de zorg kan niet beperkt blijven tot de spreekkamer, het ziekbed en de intercollegiale contacten. Zorg functioneert in wisselwerking met de samenleving. Veranderende mogelijkheden en beperkingen worden door zorgverleners in de publieke sfeer aan de orde gesteld. De invalshoeken kunnen daarbij verbreed worden. Zo gaat het in gesprekken erg vaak over de hoe-vraag, bijvoorbeeld bij de discussie over spoedeisende hulp. Het zou veel meer moeten gaan over de wat-vragen, zoals tot hoever strekt onze eerste hulp?

“Alles wordt goed georganiseerd maar daarmee wordt de onzin ook goed mee georganiseerd”

Misschien moet het debat ook buiten de media of overlegpodia gaan gebeuren. Zo werd geopperd dat artsen *contact zoeken met basis- en middelbare scholen* om bij te dragen aan onderwijs over de mogelijkheden en beperkingen van medische zorg.

## Optimale zorg – Dappere dokters

2<sup>e</sup> werkconferentie 19 november 2013

Geïntegreerd verslag

“We moeten accepteren dat er grenzen zijn in de zorg. Daar moeten we leren mee om te gaan. Empowerment zouden we allemaal al op school moeten leren, dus vooral ook buiten de zorg.”

### Bijlage

Samenvatting 1<sup>e</sup> werkconferentie Optimale zorg – Dappere dokters in 2012

#### Pluspunten gesignaleerd tijdens de 1<sup>e</sup> werkconferentie Optimale zorg – Dappere dokters in 2012

- Over en weer begrip; voorts enthousiasme om gezamenlijk tot aanbevelingen te komen.
- Alle partijen zijn nog zoekende naar wat optimale zorg is, maar ‘best practices’ worden al benoemd.
- Overdiagnostiek en overbehandeling worden onderkend.
- Hooggewaardeerde ‘kwalitatieve spiegelinformatie’ kan worden verkregen uit transmuraal contact.
- Gunstige ervaringen in de intercollegiale communicatie zijn: overleglijn per specialisme, op vast ziekenhuis gericht nascholingsoverleg, Zorgdomein.
- Brede overeenstemming bestaat om toe te werken naar ‘transmurale gedachten’ over de aanpak van zorg, bijvoorbeeld resulterend in richtlijnen die zijn aangepast aan de lokale situatie en rekening houdend met het patiëntenperspectief.

#### Minpunten gesignaleerd tijdens de 1<sup>e</sup> werkconferentie Optimale zorg – Dappere dokters in 2012

- Gesprekken tussen huisartsen en specialisten laten ook wederzijds domeindenken, rivaliteit en ergernis zien.
- Overdiagnostiek en overbehandeling zijn naar aard en omvang problemen waaraan iets moet gebeuren.
- Samen met de patiënt beslissen stuit op complexe barrières en komt er te weinig van.
- De spoedeisende hulp is een cruciale factor bij het op gang brengen van overdiagnostiek en overbehandeling.
- Doorverwijzing tussen specialisten onderling blokkeert te rol van de huisarts als poortwachter.
- Richtlijnen kennen diverse ongunstige gevolgen. Het ontbreken van transmurale protocollen al evenzeer.
- Kwaliteitsbewaking in en buiten ziekenhuizen: de mogelijkheden, organisatie, cultuur en context lopen flink uiteen.
- Financiering per verrichting en het streven van ziekenhuizen naar omvangrijke productie zijn voorbeelden van perverse prikkels, maar de reeks financieel-organisatorische ontsparingen is lang en divers.

#### Verbeterpunten gesignaleerd tijdens de 1<sup>e</sup> werkconferentie Optimale zorg – Dappere dokters in 2012

- Sleuteltermen zijn: doelmatigheid, kwaliteit, gesprek met de patiënt, spiegelinformatie, overleg, ontmoeting, beperkte regio's en samenspel met zorgverzekeraar.
- Meer tijd nemen voor en beter communiceren met de patiënt. Daarin vindt iedereen zich als voorstel, voornemen of verzoeking.
- Denk aan ‘stop’aanbod, persoonlijk zorgplan en vastleggen van wensen met betrekking tot de laatste levensfase.
- Organiseer dat huisartsen en specialisten uit een beperkte zorgregio elkaar op reguliere basis treffen voor casuïstische patiëntenbespreking gekoppeld aan spiegelinformatie uit diverse registraties, ook van de zorgverzekeraar.
- Werk in duurzaam overleg in een veilige omgeving toe naar lokaal gedragen werkafspraken voor (terug)verwijzing, diagnostiek en behandeling.

## Optimale zorg – Dappere dokters

2<sup>e</sup> werkconferentie 19 november 2013

Geïntegreerd verslag

- Het streven is: op de juiste plek een toegankelijk en toereikend patiëntendossier, uitwisselbare documentatie van (dure) kerngegevens (beeld en laboratorium), vlotte uitwisseling van basis- en episodegebonden gegevens, toegesneden mogelijkheden voor patiëntgebonden overleg.
- Buiten het eigen professionele domein treden kent vele (controversiële) suggesties, variërend van kijken in elkaars keuken tot over en weer een concrete bijdrage leveren aan de reguliere zorg: (virtueel) consultatief of gezamenlijk.
- In en via de samenwerking 'tussen de lijnen' kunnen ook onderzoek en onderwijs gedijen.
- Betaling van nieuwe of aangepaste varianten van transmurale of intercollegiale samenwerking en toetsing is cruciaal voor het slagen ervan. De zorgverzekeraar dient hierin niet louter reactief te blijven.
- Zorg functioneert in wisselwerking met de samenleving. Veranderende mogelijkheden en beperkingen dienen ook door zorgverleners in de publieke sfeer aan de orde te worden gesteld.