

## **Werkconferentie 14 november 2012 in Amsterdam huisartsen – specialisten – zorgverzekeraar**

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

#### Oproep

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

- samen op zoek gaan naar concrete mogelijkheden om de zorg te optimaliseren;
- een actieagenda formuleren voor de Amsterdamse ziekenhuisregio's.

#### Bijeenkomst

Na vier korte inleidingen spraken zes multidisciplinaire, transmurale gespreksgroepen, inclusief medewerkers van zorgverzekeraar Achmea, over twee uit zes onderwerpen:

- Overbehandeling: behandeling zonder toegevoegde waarde voor de kwaliteit van leven of het functioneren van de patiënt.
- Overdiagnostiek: aanvullende testen zonder consequenties voor beleid.
- Richtlijnen van huisartsen en specialisten: sluiten vaak niet op elkaar aan.
- Kwaliteitstoetsing: intercollegiaal en interprofessioneel?
- Rol van de patiënt: hoe wensen en verlangens leidend laten zijn bij cruciale zorgkeuzes?
- Zorgfinanciering: voor- en nadelen van diverse modellen.

#### Pluspunten

- 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: overleglijns 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

- 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 de 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.

- Financieren 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.

### Verbeteringpunten

- 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 verzuiming.
- 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.
- 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.

### **Inleiding**

Gebouw Felix Meritis, 14 november 2012: de Huisartsenkring Amsterdam bracht samen met Marcel Levi (AMC), Ab Klink (VU) en Henriette van der Horst (VUmc) professionals uit de Amsterdamse eerste en tweedelijns bijeen met als doel samen op zoek te gaan naar concrete mogelijkheden om de zorg te optimaliseren en een actieagenda te formuleren voor de Amsterdamse ziekenhuisregio's.

Uit de convocatie:

*"Zorginhoud als leidraad voor kostenbesparing"*

Bij het spreken over de kosten van de zorg wordt vaak gefocust op aanpassingen in de financieringsstructuur om tot kostenbeheersing te komen. Wij zijn van mening dat juist op de zorginhoud concentreren kan leiden tot kostenbesparing. Meer in gesprek met de patiënt en gebruik makend van de beschikbare *evidence* kan men overbehandeling tegen gaan en komen tot optimale zorg in plaats van maximale zorg, waarbij zowel patiënt als betaler profiteren.

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.

#### *Amsterdam neemt voortouw*

In Amsterdam willen we graag het voortouw nemen. Daarom beleggen wij een conferentie met vertegenwoordigers van Amsterdamse huisartsen, leden van de raden van bestuur en van de medische staf uit alle Amsterdamse ziekenhuizen en met de zorgverzekeraar. Doel van de startconferentie is het schetsen van de contouren van een beleidsagenda om optimale zorg in plaats van maximale zorg te gaan leveren waarvoor bij alle partijen draagvlak bestaat. Daarmee zetten we dan een eerste stap in de verwachting dat er vele stappen zullen volgen.”

#### Gespreksgroepen

De initiatiefnemers en de directeur zorginkoop van zorgverzekeraar Achmea hielden ieder een korte inleiding<sup>1</sup>, waarna de aanwezigen uiteen gingen naar gespreksgroepen. Verdeeld over zes groepen waren aanwezig:

- 35 huisartsen
- 26 medisch specialisten uit 6 ziekenhuizen waarvan
- 8 leden van de raden van bestuur of directie (veelal tevens of voorheen specialist)
- 6 vertegenwoordigers van de preferente zorgverzekeraar Achmea
- 12 overige deelnemers.

Iedere gespreksgroep besprak gelijkelijk verdeeld twee uit zes onderwerpen. Die onderwerpen waren als volgt omschreven en met vragen ingeleid.

*Overbehandeling* wordt gedefinieerd als een behandeling die geen toegevoegde waarde heeft voor de kwaliteit van leven of het functioneren van de patiënt.

Welke vormen van overbehandeling zijn volgens u het beste te vermijden? En hoe?

*Overdiagnostiek* wordt gedefinieerd als het verrichten van aanvullende testen die geen consequenties hebben voor het beleid. Denk aan ongerichte diagnostiek, diagnostiek ter geruststelling en dubbelingen in de diagnostiek in eerste en tweedelij.

Hoe gaan we de verspilling van dubbele en/of onzinnige diagnostiek aanpakken?

Wat betekent dat voor de communicatie binnen de zorg?

#### *Richtlijnen van de beroepsgroep*

In de afgelopen jaren zijn zorgstandaarden en tweedelijnsrichtlijnen geschreven waarin maximale zorg een uitgangspunt lijkt te zijn. Dit betekent vaak een uitbreiding van diagnostische en therapeutische mogelijkheden met toename van zorgkosten als gevolg. De richtlijnen van huisartsen en specialisten sluiten vaak niet op elkaar aan.

Kunt u voorbeelden van richtlijnen geven waardoor handelingen (diagnostisch zowel als therapeutisch) gegenereerd worden die eigenlijk niet bedoeld zijn bij goede zorg?

Wat vindt u van het modelleren van richtlijnen naar de lokale situatie, overeengekomen door lokale specialisten en huisartsen?

#### *Rol van de patiënt*

In alle richtlijnen wordt gesproken over individuele zorg, maatwerk, rekening houdend met de wensen van de patiënt. Shared decision making waarin de patiënt meebeslist over zijn/haar behandeling is het veelbeschreven ideaalbeeld. Maar hoe we dat doen staat altijd een stuk minder duidelijk omschreven.

Hoe kunnen de wensen en verlangens van de patiënt leidend zijn bij cruciale zorgkeuzes, met name vanuit praktische optiek?

#### *Kwaliteitstoetsing*

Wat vindt u van intercollegiale (en interprofessionele) toetsing op basis van vergelijkende proces- en uitkomstindicatoren; financieel mogelijk gemaakt en georganiseerd als regulier onderdeel van zorg, zowel binnen de lijn als tussen de lijnen? Hoe kan dit het beste georganiseerd worden?

---

<sup>1</sup> De inhoud van de inleidingen is niet opgenomen in dit verslag.

### *Zorgfinanciering*

Als zorgprofessional hebben we geen diepgravende kennis over de voors- en tegens van de diverse financieringsmodellen. We merken wel de gevolgen van stelselwijzigingen, marktwerking en budgettering.

Welke componenten bevorderen doelmatig gedrag, of werken dit juist tegen?

Hoe zouden deze componenten in het zorgfinancieringssysteem kunnen worden opgenomen?

### Aanpak van dit verslag

De notulen van de zes gespreksgroepen<sup>2</sup> zijn geïntegreerd in dit verslag<sup>3</sup>. De thematische indeling is omwille van de overzichtelijkheid verlaten. De informatie uit de zes groepsgesprekken is waar mogelijk gebundeld in overeenkomstige uitspraken, patronen, ontwikkelingen, verklaringen, oorzaken of mechanismen. Dit verslag volgt de hoofdindeling: positieve punten, negatieve punten en verbeterpunten. Daarbinnen zijn de invalshoeken achtereenvolgens: 'de patiënt', het samenspel tussen huisarts en specialist, het financieel-organisatorische kader. Bij de ordening van de punten uit de notulen is voorts rekening gehouden met de indeling: structuur- en proceselementen van zorg, contextuele factoren en uitkomsten van zorg. Bij de presentatie zijn opsommingen en telegramstijl dominant.

### **Positieve punten**

De sfeer in de multidisciplinaire gespreksgroepen wordt in enkele groepen omschreven als: constructief, dynamisch, over en weer begrip, enthousiasme om gezamenlijk tot aanbevelingen te komen.

Alle partijen zijn nog zoekende naar wat optimale zorg is, maar 'best practices' worden ook al benoemd, zoals het reanimatiebeleid vanuit het kwaliteitscongres van de Orde van specialisten en diverse vormen van kwaliteitstoetsing die worden toegepast.

Toegenomen medische mogelijkheden (denk aan reanimatie bij ouderen) resulteren in verbeteringen maar zijn tegelijkertijd een structurele factor bij het uitlokken van overdiagnostiek.

[Daarom wordt] belangrijk geacht goed na te denken over het doel van aanvullend onderzoek:

*"Ga ik een scapie verrichten op zoek naar een tumor als ik deze toch niet ga opereren?"*

Er wordt breed onderkend dat sprake is van een zekere mate van overdiagnostiek maar tussen huisartsen en specialisten is (in een groep) een opvallende onderlinge tegenstelling in opvatting over de mate van overbehandeling in de tweede lijn.

In het ziekenhuis is kwaliteitstoetsing aan de orde van de dag tijdens de overdracht of bij complicatiebesprekingen. Interdisciplinaire vormen komen voor. Huisartsen kennen toetsing bijvoorbeeld als farmacotherapeutisch overleg in de regio of als landelijke visitatiesysteem, maar dat ziet een groep niet als onderdeel van kwaliteitsverbetering. Veel bijval krijgt de uitspraak: *"Een casuïstische aanpak bij intercollegiale toetsing, patiënten bespreken met collega's, levert veel op."*

Hooggewaardeerde 'kwalitatieve spiegelinformatie' kan verkregen worden uit transmuraal contact. Daarbij is bereikbaarheid wel van groot belang, maar vanuit de cardiologie wordt de ervaring gemeld dat altijd een cardioloog in de maatschap 'met de mobiel in de zak' beschikbaar is voor huisartsen. Ook elders is goede ervaring opgedaan met een overleglijn per specialisme met een vast nummer. Een andere gunstige ervaring in de intercollegiale communicatie is: via een fax patiënten aanmelden en de urgentie laten bepalen door de specialist. Op twee plaatsen

---

<sup>2</sup> De gespreksgroepen werden geleid door: Marianne Bramson, Stella Zonneveld, Joost Leferink, Tijtske Dijkstra, Bart Meijman en Frans Meijman.

De notulen zijn gemaakt door: Maria Giollobet, Joost Barendregt, Odiel Wassenaar, Sander Visser, Josien Overakker en Jojanneke van Warmerdam.

<sup>3</sup> Samensteller: Frans Meijman, fj.meijman@vumc.nl

wordt ervaring opgedaan met een gezamenlijk consult van huisarts en specialist met een patiënt aan het eind van een contactepisode. Voorts lopen op enkele plekken vormen van nascholingsoverleg tussen vaste groepen huisartsen en wisselende specialisten uit hetzelfde ziekenhuis.

Door velen werd onderschreven dat 'Zorgdomein' een belangrijke rol kan spelen in goed overleg tussen huisartsen en specialisten. Deze digitale verwijsmethode (in twee richtingen) kan – volgens afspraken in de regio, met een terugkoppelingssysteem en aandacht voor de verwachtingen en wensen van patiënten – bijdragen aan een goede communicatie tussen huisartsen en specialisten. Onnodige verdubbeling van diagnostiek wordt hierdoor ook voorkomen.

Specialistische richtlijnen gaan veelal uit van ernstige ziekte en het doel is vooral uitsluiten van pathologie, terwijl de huisartsenrichtlijnen juist wat (te) terughoudend zijn met betrekking tot diagnostiek of behandeling. Als voordeel van de huisarts geldt wel de primaire gedachte: laat het simpel zijn. Alom bestaat overeenstemming toe te werken naar 'transmurale gedachten' over de aanpak van zorg. Wil een richtlijn vervolgens niet bij geduldig papier blijven dan is het belangrijk de richtlijn aan te passen aan de lokale situatie [en de verschillen in optiek tussen huisartsen en specialisten daarbij, FJM].

Sleuteldomeinen van zorg die blijkens gunstige ervaringen in aanmerking komen om via regionale samenwerking te optimaliseren zijn COPD, diabetes, spoedzorg, gynaecologie en chronisch ziekten (geriatrie, oncologie).

De bewustwording over kosten van maximale zorg is een proces voor binnen en buiten de spreekkamer.

### **Negatieve punten**

De sfeer in de multidisciplinaire gespreksgroepen wordt in enkele groepen omschreven als: domeindenken, veroordelend vanuit onwetendheid, rivaliteit en ergernis of 'de sociale kaart zien als zwartboek'.

Overdiagnostiek en overbehandeling bestaan. Dat erkent iedereen. Als zodanig een positieve constatering, maar met een negatieve inhoud. Zo komt dubbelop-diagnostiek (huisarts en ziekenhuis, ziekenhuis A en ziekenhuis B) regelmatig voor. Dit is inefficiënt en draagt het risico in zich van 'onzinnige data'. Alom noemt men bovendien voorbeelden van behandelingen zonder een toegevoegde waarde voor de kwaliteit van leven of het welbevinden van de patiënt. Juist in de terminale fase en bij geriatrische patiënten geven onverwachte verstoringen in de balans aanleiding tot onderzoek en behandelingen die vaak niet aansluiten op de wensen van de patiënt. Het is de wens van vrijwel iedereen om thuis te sterven terwijl dit maar in 25 procent van de gevallen wordt gerealiseerd. De redenen hiervoor zijn van uiteenlopende – elkaar versterkende – aard.

In een groep ziet iedereen het belang van shared decision making, maar in de dagelijkse praktijk stuit men op onvervulde voorwaarden:

- samen beslissen kan alleen als de patiënt snapt waar het over gaat,
- voor de dokter moet duidelijk zijn wat eventuele uitkomsten of gevolgen zijn van aanvullend onderzoek of een behandeling. Die duidelijkheid ontbreekt vaak. Zo is er bijvoorbeeld weinig zekerheid over de uitkomst van een knieoperatie of heuprevisie, maar wordt dit wel op grote schaal gedaan omdat dit nu eenmaal de volgende stap is en wij wellicht te hoge verwachtingen creëren.
- Om de patiënt goed te kunnen informeren en te overleggen is tijd nodig, die ontbreekt in zowel 1<sup>e</sup> als 2<sup>e</sup> lijn.

- Uiteindelijk wijst de praktijk uit: *“Chronische klagers krijgen teveel nutteloze diagnostiek.”*

Aanhoudende onzekerheid bij patiënten kan leiden tot ‘shoppen’ en onterecht bezoek aan de eerstehulp of huisartsenpost. Als redenen voor de onzekerheid worden aangegeven: wachttijd tot het bezoek aan de polikliniek, slechte bereikbaarheid van huisartsen en de slechte organisatie van de huisartsenpost.

Eenmaal op de spoedeisende hulp komen patiënten vaak onnodig in een specialistisch circuit; blijven vaak te lang in de tweede lijn, soms vergezeld van eindeloze onderzoeken en onderlinge doorverwijzingen. De doorverwijzing tussen specialisten onderling blokkeert de rol van de huisarts als poortwachter.

Over richtlijnen worden ongunstige kanten gesignaleerd. Ze maken artsen lui. De hoeveelheid standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap maakt specialisten huiverig. Er ontbreken richtlijnen omtrent het evalueren en vervolgens zo nodig stoppen van een behandeling of medicatie.

Het invoeren van specialistische richtlijnen kan overbodige diagnostiek tot gevolg hebben, zoals een CT-scan bij hersenletsel, een MRI bij hoofdpijn of bloedafname binnen de kindergeneeskunde. Daarbij is de wetenschappelijke onderbouwing soms dun zoals de noodzaak tot jaarlijkse fundoscopie bij patiënten met diabetes mellitus. Ook zonder expliciete richtlijn resulteert een benadering nogal eens in overdiagnostiek zoals te snel indiceren van 24-uurs-bloeddrukmeting, een MRI bij knieklachten, aanvullend onderzoek van calcificatie in de aortaboog als toevalsbevinding of standaard diagnostiek als voorwaarde stellen bij een verwijzing zoals een x-foto van de knie.

Het ontbreken van een gemeenschappelijk protocol wreekt zich bij acute ernstige situaties buiten het ziekenhuis, waarbij 112, ambulancepersoneel, huisarts en ziekenhuis (kunnen) werken vanuit een uiteenlopend reanimatiebeleid.

Regelmatig ontbreekt door de zorglijnen heen consistentie in het verhaal naar de patiënt waardoor deze zinloze verlangens gehonoreerd krijgt en ook nog eens vergoed ziet door de zorgverzekeraar.

Ondanks bevredigende ervaringen met kwaliteitstoetsing is deze vaak onvoldoende gericht op doelmatigheid. Specialisten in een groep signaleren dat intercollegiale toetsing en aandacht voor vermeend disfunctioneren intramuraal zijn geregeld maar transmuraal niet. Het ontbreekt aan overlegmomenten in de dagelijkse praktijk tussen specialisten en huisartsen en huisartsen onderling.

In het onderlinge contact tussen huisartsen en specialisten valt het noodzakelijke relatieonderhoud moeilijk te realiseren. Huisartsen zijn bijvoorbeeld moeilijk aanspreekbaar: *“Zijn er vertegenwoordigers namens de groep?”* Voorts ontbreekt een veilige omgeving: *“Je spreekt elkaar niet (op iets) aan.”* Tevens signaleren specialisten dat in het bijzonder huisartsen in opleiding kennis en ervaring (gaan) ontberen wanneer praktijkondersteuners doorgaans de patiënten met hypertensie of COPD begeleiden.

Een ander kwaliteitspunt: *“Voor de eerstelijns is bij de zorgverzekeraar bekend wie de duurste huisartsen zijn. Dat zou voor de tweedelijns ook moeten, maar dat blijkt niet mogelijk want alles gaat in het ziekenhuis op de grote hoop.”*

De scheiding tussen 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> lijn resulteert vanuit ondernemerschapgedachte in een onderlinge strijd, maar: *“De patiënt die belt weet niet of hij 1<sup>ste</sup> of 2<sup>de</sup> lijn buikpijn heeft.”* Ook de zorgverzekeraar houdt dit in stand met 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> lijn-contractering en de vereiste eigen protocollen.

Perverse prikkels die worden afgekeurd, zijn: financieren per verrichting en het streven van ziekenhuizen naar omvangrijke productie. Een reeks andere negatieve ontwikkelingen zijn genoteerd.

- Veel behandelingen zijn niet bewezen effectief, maar worden gefinancierd. Het doel van trials om de effectiviteit aan te tonen wordt veel minder eenvoudig gefinancierd en daarmee niet gestimuleerd.
- De financiële prikkel zet aan tot het doen van onderzoek en behandelingen en niet tot het verkennen van de optimale zorg voor de individuele patiënt,
- Wanneer het eigen risico van de patiënt 'op is' (vaak aan het eind van het jaar), is het in het belang van de patiënt te kiezen voor die onderzoek- of behandelmogelijkheid waarbij geen sprake is van eigen bijdrage. De keuze valt dan vaak op een duurdere aanpak.
- Op de huisartsenpost heeft men vaak niet de beschikking over het dossier van de patiënt. Dit leidt mogelijk tot medicalisering of extra kosten.
- 'Lifestyle' poliklinieken en de vergoeding daarvan door de zorgverzekeraar.
- Categorale spreekuren als mannenklinieken of klachtenpoli's als snurkpoli, waarvan de problematiek thuishoort bij de huisarts.
- We blijven kampen met het bekende mechanisme: een groot aanbod geeft meer vraag.

#### *Ter discussie*

Over enkele ongunstige punten zijn de meningen verdeeld.

- De achtergronden en gewenste benadering van de veeleisende patiënt waarbij het niet alleen spant om tijdgebrek maar ook om persoonlijke vaardigheden van de arts.
- Niet vergoeden van non-evidencebased medicine, waarbij huisartsen het wel nuttig vinden om patiënten naar bijvoorbeeld fysiotherapie te verwijzen als de patiënt er baat bij heeft, maar het medisch effect niet is aangetoond.
- Turkse kliniek/onderzoeken in eigen land: soms leidt het tot dubbele consulten, maar vaak geeft het tweede oordeel de patiënt duidelijkheid en rust en voorkomt onnodige behandelingen.
- Kiezen voor de second best optie en de patiënt zijn zin geven om zo een goede band met de patiënt op te bouwen en hopelijk hiervan in de toekomst de vruchten te plukken.
- De aansprakelijkheidskwestie bij het achterwege laten van een onderzoek. Is dit juridisch werkelijk een probleem of speelt dit argument vooral in de perceptie van artsen?
- De solistisch werkende huisarts vindt – ondanks verweer door huisartsen - bij enkele specialisten geen genade uit het oogpunt van kwaliteitsbewaking: *“Solistisch werken is gevaarlijk, niet meer van deze tijd. Samenwerken brengt het gesprek over de patiënt op gang. De groep moet de individualist corrigeren.”*
- Culturen staan tegenover elkaar. Een huisarts merkt op: *“Het lijkt of de eerstelijns moet doen zoals de tweedelijns, want dan is het goed.”* Een specialist: *“Kwaliteit hangt af van leiderschap. Iemand moet zich steeds weer in de groep afvragen: waar doen we het allemaal voor?”*

### **Verbeterpunten**

Vertrekkend uit wederzijds begrip of aanvankelijke terughoudendheid en zelfs argwaan vinden de deelnemers van alle zes de gespreksgroepen elkaar in een deels bonte, deels consistente schakering van aangrijpingspunten voor verbetering van de zorg. Dominante sleuteltermen zijn: doelmatigheid, kwaliteit, gesprek met de patiënt, spiegelinformatie, overleg, ontmoeting, beperkte regio's en samenspel met zorgverzekeraar.

#### *De patiënt*

Meer tijd nemen voor en beter communiceren met de patiënt. Daarin vindt iedereen zich als voorstel, voornemen of verzuchting.

- Formuleer het doel van aanvullend onderzoek.
- Leg de behandelmogelijkheden uit aan de patiënt en zijn naasten.
- Vergelijk een therapieaanbod met een 'stop'aanbod.
- Sluit aan bij de cultuuraspecten en achtergronden van de patiënt, zo nodig in samenwerking met een VETC-er.
- Kies voor een optimale behandeling voor de betreffende patiënt en niet voor de 'gemiddelde patiënt'.
- Evalueer aan het eind van ieder consult of aan de verwachting van de patiënt tegemoet is gekomen en de patiënt de verstrekte uitleg en het advies heeft begrepen.
- Ga in gesprek over het professionalisme van de arts.
- Bied de mogelijkheid van e-mailcontact aan.
- Attendeer erop dat een verwijzing naar een specialist kan betekenen dat de patiënt 'alleen maar' een arts-assistent, nurse practitioner of physician assistant zal zien.
- Verwijs bij een verzoek om een second opinion altijd eerst terug naar de huisarts.
- Stel samen – in het bijzonder bij oudere patiënten met comorbiditeit – jaarlijks een persoonlijk zorgplan op.
- Bespreek tijdig de wensen in de laatste levensfase en leg deze vast.
- Leg een 'behandelverbod' schriftelijk vast en maak het zichtbaar voor alle hulpverleners.
- Maak gebruik van de inbreng van patiëntenverenigingen voor het in kaart brengen van wensen van patiënten.

#### *De samenwerking*

##### Vast overleg

De breed onderschreven rode draad blijkt: huisartsen en specialisten moeten elkaar op reguliere basis treffen, 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.

- Het werkt beter als collega's elkaar kennen. Organiseer daarom interprofessionele intervisie groepsgewijs in een beperkte regio.
- De casuïstiek kan over en weer horizontaal en verticaal (binnen en tussen de lijnen) worden ingebracht.
- Houd samen de doelen van aanvullend onderzoek tegen het licht.
- Evalueer samen bestaande richtlijnen, formuleer gezamenlijk oplossingen die aansluiten bij de lokale mogelijkheden en verlangens, het patiëntenperspectief en de transmurale aspecten.
- Breng gezamenlijk in kaart welke diagnostische of behandelmethoden achterhaald zijn en achterwege moeten blijven.
- Denk ook aan de gezamenlijke ontwikkeling van richtlijnen over het stoppen van behandeling of medicatie.
- Maak gebruik van spiegelinformatie over verwijsgedrag (huisartsen) en behandelgedrag (specialisten).



- Geef extra aandacht aan kwalitatieve aspecten zoals de aard van en overwegingen voor allerhande professioneel gedrag.
- (Her)formuleer richtlijnen in de vorm van werkafspraken mede in het licht van doelmatigheid.
- Ontwikkel een systeem van toetsing of keurmerk ter evaluatie van gezamenlijke richtlijnen.
- Overweeg als huisartsen de organisatie van regionale aanspreekpunten waar ziekenhuizen of specialisten 'zaken mee kunnen doen'.

### ICT

De verlangens op het gebied van transmurale communicatie en documentatie zijn helder: 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.

- De methode van uitwisseling van patiëntgegevens (tussen en binnen de lijnen) is geen uitgemaakte zaak: een landelijk EPD, de patiënt zijn gegevens bij zich laten dragen, de verplichting voor de specialist altijd eigen patiënten te zien ondanks tijd- of plaatsgebrek.
- Werk gezamenlijk toe naar een oplossing voor de transmurale communicatie inclusief terugkoppeling, aandacht voor de wensen en verwachtingen van de patiënt en het over en weer beschikbaar stellen van documentatie van patiëntgegevens. Loop de mogelijkheden van Zorgdomein na.
- Werk aan centrale opslag van diagnostisch onderzoek ter voorkoming van dubbeling van onderzoek.
- Ontwikkel samen een uitvoerbaar systeem van intercollegiale bereikbaarheid.

### Huisarts in ziekenhuis, specialist in huisartspraktijk

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.

- Start met consultatie van de geriater in de eerstelijns.
- Start gemeenschappelijke consulten van huisarts en specialist (fysiek of virtueel).
- Loop met elkaar de mogelijkheden na voor consultatie op afstand.
- Spreek over en weer uit waarom je niet meer naar elkaar (terug)verwijst.
- Specialisten kunnen huisartsen ook uitnodigen om mee te kijken in de tweedelijns.
- Overweeg en experimenteer met huisartsen als regisseur in het ziekenhuis, al dan niet vanuit een in het ziekenhuis geïntegreerde huisartsenpost.
- Overweeg de toetreding van huisartsen binnen de staf van een ziekenhuis.
- Bespreek met elkaar het nut en de doelmatigheid van de terugkeer van het ziekenhuisbezoek door de huisarts.

### Varia

In en via de samenwerking 'tussen de lijnen' kunnen ook andere zaken gedijen.

- Het initiatief tot wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van 'gewone' behandelingen in 'gewone' situaties.
- Het versterken van de leermomenten op de werkplek in de opleiding van artsen en co-assistenten.
- Een bezinning op de (formele) organisatie van het systeem van (terug)verwijzen, bijvoorbeeld de herintroductie van de 'korte kaart' en de 'jaarkaart'.

### *Het financieel-organisatorische kader*

#### De zorg

Een adequate 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.

- Beleidsmakers en zorgverzekeraars dienen actieve steun te geven aan de versterking van de transmurale samenwerking.
- Voor veel veranderingen geldt: begin klein want groot is log en traag.
- De verzekeraar heeft een taak de gemaakte kosten inzichtelijk te maken naar de patiënt en de arts.
- Het ministerie kan regelen dat doelmatiger werken vergoed gaat worden.
- Alle betrokkenen moeten anticiperen op de gevolgen van substitutie voor de capaciteit, productie en organisatie binnen en tussen de lijnen, inclusief bekostigingsaspecten.

#### De samenleving

Discussie over het bijstellen van de praktijk van de zorg kan niet beperkt blijven tot de spreekkamer, het ziekbéd en de intercollegiale contacten. 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.

- Ga in gesprek over het professionalisme van de arts. Formuleer (met elkaar) de maatschappelijke opdracht van artsen: hun rol en taakopvatting.
- De bewustwording van kosten van de zorg is ook een maatschappelijk proces. Draag (met elkaar) bij aan die bewustwording.
- Draag (met elkaar) bij aan de publieke communicatie over de risico's en beperkingen van specifieke vormen van medisch handelen.
- Overweeg publieke campagnes om overbehandeling in de zorg terug te dringen.