

Optimale zorg – Dappere Dokters

Bart Meijman

In 2012 is 'Optimale zorg – Dappere dokters' (www.optimalezorg-dapperedokters.nl) opgericht, een door huisartsen en specialisten gedragen beweging die als doel heeft samen op zoek te gaan naar concrete mogelijkheden om de zorg te optimaliseren. Belangrijke kernwaarden zijn: gezamenlijke besluitvorming met de patiënt, kritisch naar het eigen functioneren kijken, jezelf aanspreekbaar opstellen en collega's durven aan te spreken, intensieve samenwerking tussen zorgverleners stimuleren, kritisch zijn op standpunten van de eigen beroepsgroep en maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen. De beweging heeft zich de afgelopen jaren gericht op werkconferenties, projecten, opleidingen en debatten.

Optimale zorg is de meest gunstige zorg voor de patiënt, waarbij de persoon belangrijker is dan de ziekte. De huidige medische gang van zaken wordt door *maximale* zorg gekenmerkt. Helaas weinig 'maximaal' wat betreft aandacht voor het gesprek met de patiënt – de patiënt wordt nog steeds onvoldoende bij de besluitvorming over de behandeling betrokken en krijgt daarbij te weinig eigen verantwoordelijkheid. De medicalisering is wel maximaal door overdiagnostiek en overbehandeling.

Een complex systeem van elkaar versterkende factoren lijkt deze ontwikkeling voort te sturen en onomkeerbaar te maken. Dokters en andere hulpverleners lijken deze ogenschijnlijk autonome beweging niet te kunnen beïnvloeden, waardoor ze gedemotiveerd raken. En dat is weer schadelijk voor de samenleving en de patiënt in het bijzonder. Wanneer wij, dokters, 'het systeem' en 'de anderen' de schuld van deze ontwikkeling geven zullen we deze situatie niet verbeteren. Als beroepsgroep zijn wij echter wel de hoofdverantwoordelijken voor deze ontwikkeling.

Dokters hebben de plicht en uiteindelijk ook de sleutel in handen om andere verantwoordelijken, zoals beleidsmakers, mee te nemen naar daadwerkelijke verbetering.

Deze bijdrage is een pleidooi voor het omzetten van maximale zorg in optimale zorg. Ik wil individuele dokters ertoe aanzetten om actief te helpen het tij te keren. En daarvoor moeten we een beetje dapper zijn. Op microniveau kan dit door ons eigen functioneren kritisch onder de loep te nemen en collega's op de werkvloer te stimuleren hetzelfde te doen, om vervolgens de effecten en alternatieven te bespreken. Op macroniveau kan het door gezamenlijk vanaf de werkvloer bestuurders van instellingen, koepels of wetenschappelijke verenigingen krachtig aan te spreken. Zij kunnen belangrijke veranderingen tot stand brengen in de systeemfactoren die maximale zorg in stand houden.

Afzien van onzinnige zorg

Geld stuurt – ook in de zorg. De huidige productiegerichte financieringsstructuur stimuleert overbehandeling en uitbreiding van het – soms onzinnige – aanbod. Afzien van behandelen bij een patiënt met het daarbij behorende gesprek is financieel minder rendabel maar kost wel meer tijd. De beroepskoepels zijn akkoord gegaan met deze wijze van 'stukloonbekostiging' van zorg en zijn dus medeverantwoordelijk. Een goede dokter weerstaat de verleiding of de druk van het management om patiënten vanwege financieel gewin behandelingen aan te bieden. Dappere dokters moeten bestuurders en collega's ervan overtuigen dat de zorginhoud de leidraad moet zijn voor de financiering van de uitvoering van zorg, en niet het financiële managementdenken.

Nadenken resulteert in maatwerk

Praktiserende dokters hebben een ambivalente houding jegens richtlijnen en kwaliteitsstandaarden. Enerzijds zien ze de voordelen van makkelijk toegankelijke, gebundelde kennis over een ziekte, klacht of probleem, die gebaseerd is op wetenschappelijk onderzoek en ook de voors en tegens omvat van de verschillende behandelingsopties. Bovendien zorgen richtlijnen voor een zekere mate van uniformiteit in het medisch handelen. Anderzijds ervaren dokters ze als dwingend.

Wetenschappelijke beroepsverenigingen hebben van het ontwikkelen van richtlijnen en standaarden de laatste 30 jaar een hoofdtaak gemaakt. De verenigingen beweren dat richtlijnen geen dwingende voorschriften zijn, maar wel expliciete aanbevelingen en inzichten bevatten waaraan zorgverleners behoren te voldoen. In individuele gevallen kan een dokter afwijken van de aanbevelingen in de richtlijn, maar dit moet dan wel gemotiveerd in het dossier worden vastgelegd.¹ Hoe stringenter de aanbeveling, des te uitgebreider de verantwoording in het zorgdossier moet zijn als een dokter ervan wil afwijken. In de praktijk zien tuchtcolleges, de Inspectie, zorgverzekeraars, patiëntvertegenwoordigers en de media richtlijnen en standaarden als de toezichts- en toetsingsnorm voor de behandeling van patiënten. Het is dus niet meer dan logisch dat de dokter in de praktijk de richtlijnen als dwingend ervaart.

Dokters zien een gedetailleerde richtlijn in de praktijk vaak als de ideale behandeling van een individuele klacht of ziekte. Die

richtlijn is echter gebaseerd op de gemiddelde patiënt in een trial en de dokter kan deze vaak niet direct vertalen naar de persoon die tegenover hem zit.² Bij de aanzienlijke groep patiënten met multimorbiditeit kunnen verschillende standaarden elkaar zelfs tegenspreken en zal de arts ouderwets moeten dokteren – nadenken dus. De onbeteugelde neiging om protocollen, richtlijnen en standaarden te ontwikkelen is een belangrijke oorzaak van de huidige medicalisering. Dat heeft onder andere te maken met het dwingende karakter van de richtlijnen, in combinatie met defensief handelen en simplistisch kwaliteitsdenken.

Veilige rijders verworpen tot brokkenpiloten

Het huidige marktdenken stimuleert de gedachte dat alleen het vermeend beste goed genoeg is. In een maatschappij waarin de illusie van maakbaarheid leidend lijkt en ziekte beschouwd wordt als iets wat voorkomen had kunnen worden, wordt maximale patiëntveiligheid verwacht. Bij incidenten met een slechte afloop voor de patiënt worden dokters onverbiddelijk door pers, publieke opinie en politiek op de korrel genomen. Vooral een slechte uitkomst door het nalaten van een behandeling wordt de dokter zwaar aangerekend, terwijl een slechte uitkomst door een overdaad aan medische interventies zelden de publieke aandacht krijgt. Het gevolg is dat veel dokters vanuit risicomijding kiezen voor de veiligste weg en dus gewoon de standaard volgen, ook al leidt dat in veel gevallen tot overdiagnostiek en overbehandeling.

Tuchtcolleges en de Inspectie, waarin beroepsgeenoten een prominente plaats innemen, kunnen bij een klacht soms stijfkoppig vasthouden aan de details van een standaard, zoals controleafspraken of onderzoek ter bevestiging of uitsluiting.³ Teleurstellend is dat er in dit soort gevallen zelden een publieke reactie van de wetenschappelijke verenigingen of koepels komt waarin deze erop wijzen dat rigide uitspraken overbehandeling en overdiagnostiek juist aanmoedigen. Daarnaast zou er een duidelijk signaal gegeven moeten worden dat richtlijnen die het handelen van de dokter tot in de kleinste details beschrijven, die dokter in de problemen brengen omdat de realiteit vaak anders is dan de richtlijn suggereert.

Gepaste waardering van variatie

Het richtlijnenbeleid valt samen met de vragen die de samenleving stelt over praktijkvariatie, fouten en onnodige zorg. Veel nadruk wordt gelegd op het belang van transparantie en van inzicht in de kwaliteit van de zorg. Het antwoord dat de medische wereld, van bestuurders en beleidsmakers tot verzekeraars en patiëntvertegenwoordigers, op die vragen geeft is gebaseerd op een simplistisch kwaliteitsdenken. Onder het mom van kwaliteitsbeleid moet alles vastgelegd worden, vaak ook meermaals hetzelfde. De praktiserende dokter weet echter dat relevante kwaliteit meestal niet exact te meten is. Het gevaar is dat wat wel exact meetbaar lijkt als maat voor relevante kwaliteit wordt gezien, met allerlei perverse prikkels als gevolg: door indicatoren gedreven handelen en een monocultuur waarin de tucht van ‘meten en belonen of straffen’ domineert.

Dokters moeten wetenschappelijke en beroepsverenigingen duidelijk maken dat de huidige controledrang en de exploderende transparantiebureaucratie geen blijk geven van vertrouwen in de professional en geen ruimte laten voor een verantwoorde variatie in handelen. Veel onrealistische branchenormen, procedures en regels moeten geschrapt worden, ook al zullen kwaliteitsinstituten, accreditatiebureaus en patiëntenorganisaties zich hier tegen verzetten. In hoofdlijnakkoorden moeten er niet alleen afspraken worden gemaakt over financiën, maar ook over de administratieve belasting. Die mag nooit meer worden dan 20% van de werktijd van de dokter. Nu is die 40%.

Hiervoor is een cultuuromslag noodzakelijk, die we met elkaar moeten maken. Deze omslag zal tot moderne kwaliteitssystemen leiden die gebaseerd zijn op inventief denken over kwaliteit en veranderprocessen. Die vernieuwde kwaliteitssystemen zullen recht moeten doen aan de veelvormigheid van kwaliteit – er is niet één goede uitkomst. Ze moeten vooral realistisch zijn, uitgaan van vertrouwen in de professionaliteit van zorgverleners en hen inspireren om het vak goed uit te oefenen. De kwaliteitssystemen moeten de gedachte onderschrijven dat er verschillende opvattingen zijn over wat goede zorg is.^{4,5} Bevordering van kwaliteit is het uitgangspunt, controle is hieraan ondergeschikt. En niet in de laatste plaats mogen die systemen alleen indicatoren bevatten waarvan de zeggingskracht is aangetoond en die de zorgkwaliteit op patiëntniveau verbeteren.^{6,7}

Voorwaarts

Dames en Heren, ik heb een aantal factoren besproken die maken dat patiënten geen optimale zorg krijgen en schade ondervinden door overbehandeling en overdiagnostiek. Daarbij doe ik een oproep aan elke dokter om ondanks de eigen kwetsbaarheid en de toegenomen juridisering van de maatschappij kritisch te blijven op zowel het eigen aandeel als dat van de gehele beroepsgroep in de oververhitte zorg en de iatrogene schade die daarvan het gevolg kan zijn.

Om optimale in plaats van maximale zorg te leveren hebben we dappere dokters nodig die met elkaar, patiënten, mantelzorgers en andere burgers, en met zorgverzekeraars en beleidsmakers in gesprek gaan over behandelingen die echt iets toevoegen aan het leven van patiënten. Dappere daden in de dagelijkse zorg, ondersteund door afspraken, organisatievormen en financiering die deze

daden mogelijk maken en stimuleren.

Concreet stel ik voor dat alle dokters zich op verschillende niveaus eendrachtig voor optimale zorg gaan inzetten. De kernpunten in het infokader mogen hierbij dienen als voorbeeld voor een overzichtelijk actieprogramma.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D3424
- Huisartsenpraktijk Meijman & Pijbes, Amsterdam: H.J. Meijman, huisarts.
- Contact: H.J. Meijman (b.meijman@gmail.com)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 11 oktober 2018
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2018;162:D3424

Literatuur

1. Federatie Medisch Specialisten. Richtlijnen. www.demedischspecialist.nl/richtlijnen, geraadpleegd op 7 november 2018.
2. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N; Evidence Based Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: a movement in crisis? BMJ. 2014;348:g3725. [Medline](#)
3. Broersen S, De Jong A. [Uitspraak Tuchtcollege. Arts had tekst NHG-Standaard anders moeten opvatten](#). Med Contact. 2018;1-2:34.
4. Kremer J, Koksma J. [Kwaliteit meten is een moreel oordeel vellen](#). Med Contact. 2017;18:18-20.
5. Berwick DM. Era 3 for Medicine and Health. JAMA. 2016;315:1329-30. [Medline](#)
6. Actiecomité Het roer moet om. [Deugdelijk, degelijk en duidelijk. Visie op kwaliteit in de huisartsenpraktijk](#). Actiecomité Het roer moet om; 2015.
7. Hahn DL. How quality reporting made me a worse doctor. Ann Fam Med. 2017;15:206-8. [doi: 10.1370/afm.2077](https://doi.org/10.1370/afm.2077). [Medline](#)

Hoe bereiken we optimale zorg?

In de arts-patiëntcommunicatie:

Door in de dagelijkse praktijk steeds aan patiënten te vragen: 'Graag hoor ik in uw eigen woorden wat we besproken hebben, wat u mist en hoe u en ik onze afspraak gaan uitvoeren.'

Met tegenspraak en toezicht:

Door tegenspraak binnenshuis te creëren en voldoende kritisch denkende studenten, assistenten in opleiding, opleiders en docenten te selecteren en een platform te bieden. Daarmee voorkomen we geïnstitutionaliseerde normering – tegenspraak in denken en doen is immers cruciaal om de beroepsgroep gezond te houden.

Door iedere medische beroepsorganisatie beargumenteerd tegenspel te laten organiseren tegen tuchtcolleges, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en de inhoud van de eigen richtlijnen.

Met optimale zorg als beginsel:

Door in de vervolgoopleidingen optimale zorg als uitgangspunt te nemen, iets wat opleiders voortdurend uitdragen.

Door te stimuleren dat dokters elkaar positief en kritisch leren aanspreken op hun handelen, en dat er dagelijks aandacht is voor vorm en inhoud, om veilig te kunnen reflecteren op het eigen handelen en dat van collega's.

Door op lokaal of regionaal niveau jaarlijks met elkaar 'Optimale zorg – dappere dokters'-bijeenkomsten te houden, waarin systematisch en gestructureerd 'punten van zorg over optimale zorg' tegen het licht worden gehouden. Om dan standaard twee verbeterplannen uit te werken, zodat in gezamenlijkheid verantwoording genomen wordt voor het lokale en regionale zorgaanbod.