



Toespraak Frank de Grave bij opening DICA-congres 2013

Dames en heren,

U zult zich wellicht afvragen waarom ik hier sta en niet de voorzitter van de Raad Kwaliteit, Marcel Daniëls, om u wat te vertellen over kwaliteit van de zorg. Ik vervang Marcel Daniëls, omdat hij, zoals u wellicht al in zijn column in Medisch Contact las, na een val van een ladder een wervelfractuur heeft opgelopen.

De kwaliteit van zorg, dat is in de eerste plaats het domein van u, van professionals, van dokters en verpleegkundigen. U behandelt patiënten, maakt mensen beter. U doet het werk. Als voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten stel ik mij dienstbaar op en zet ik mij in zodat u zo goed mogelijk uw werk kan doen. Laat daarover geen misverstand bestaan.

Wel kan ik iets vertellen over hoe het volgens mij komt dat dokters de laatste tijd zo onder vuur liggen. En waarom het steeds moeilijker wordt voor u, voor dokters, om uw werk met passie te blijven doen.

Dokters liggen onder vuur van de media, de publieke opinie, de politiek en ook van sommige stakeholders. Zoals zorgverzekeraar CZ die op de achterkant van een bierviltje had uitgerekend dat Nederlandse dokters er maar onnodig op los opereren. Een Kamerlid van het CDA dat steeds iets roept over wittejascriminaliteit. De beeldvorming over dokters is de laatste tijd dramatisch maar de kwaliteit van de geleverde zorg is over het algemeen heel goed. Hoe kan dat?

Geachte aanwezigen, er spoelt een publieke opinielawine over ons heen. Dokters hebben te lang vertrouwd op hun autoriteit. Ons maatschappelijk krediet staat ter discussie. We staan in het rood. Vertrouwen van patiënten en toekomstige patiënten is geen recht.

Nee, dat vertrouwen moet elke dag opnieuw worden verdiend. We moeten onze meerwaarde en betekenis beter laten zien. Laten zien wat wij bijdragen aan de kwaliteit van zorg in Nederland. Want die kwaliteit is hoog. Zeer hoog. Nederland staat nummer 1 op de Europese ranglijst van beste zorgstelsels. We hebben de beste zorg. Nog wel. En dat doen we met relatief weinig dokters en weinig verrichtingen. Hoe kan het dan toch dat dokters de laatste tijd zo aan de schandpaal worden genageld?

Ja, we zijn het niet gewend om onder het vergrootglas van publiek, politiek en pers te liggen. Incidenten worden uitvergroot. Er is sprake van een transparantieparadox: doordat dokters transparanter werken komen meer fouten en bijna-fouten naar buiten. Beeldvormingsprocessen zijn zelfversterkend en kennen een verpletterende dynamiek. De dynamiek van een lawine.

Medisch specialisten, maar eigenlijk de hele zorgsector probeert een antwoord te vinden op de oplopende zorgkosten en de bijbehorende maatschappelijke kritiek. 'Never waste a good crisis', is een rake doodoener in dit geval. De roerige tijden waarin we nu verkeren zijn ook een kans. Een kans om het maatschappelijk krediet terug te verdienen. Maar hoe doen we dat? Hoe keren we het tij? Welk antwoord kunnen dokters geven aan een steeds kritischer wordende samenleving?

Het antwoord is kort en ingewikkeld: kwaliteitsregistraties.

Door te werken aan betere en systematische kwaliteitsregistraties maak je als dokter de kwaliteit van je werk meetbaar en inzichtelijk. Daarnaast zijn kwaliteitsregistraties een krachtige katalysator van maatschappelijk zeer wenselijke veranderingen. Denk aan:

- Het terugdringen van praktijkvariatie
- Verminderen van het aantal complicaties

- Concentratie van ziekenhuiszorg bij complexe operaties
- Openbare kwaliteitsinformatie voor patiënten en toekomstige patiënten

Mensen, de houdbaarheid van het stelsel staat onder druk! Terwijl de Nederlandse uitgaven aan de curatieve gezondheidszorg in internationaal perspectief niet hoog zijn, en het groeipercentage de afgelopen jaren fors is gereduceerd, ligt er nu vooral de uitdaging om de uitgaven in de care te beteugelen. Maar ook in de cure moet elke euro dubbel en dwars worden omgedraaid. Een toekomstbestendige aanpak is volgens de OMS gebaseerd op het doelmatiger gebruik van de bestaande zorgeuro voor de cure.

In het visiedocument de Medisch Specialist 2015 is de medisch specialistische visie op de toekomst beschreven. De Orde van Medisch Specialisten pleit voor een systematische aanpak van doelmatigheid in de curatieve zorg. Die aanpak zal ik voor u uiteen zetten in zes stappen:

1. Brede uitrol van kwaliteitsregistraties

Het DICA heeft inmiddels aangetoond dat het registreren van uitkomsten van zorg (zowel door artsen als patiënten), en vervolgens inzetten van verbeteringen waarde toevoegt. Daar waar de investering van dit soort registraties eenmalig €100.000 en vervolgens €250.000 op jaarbasis is, blijkt de besparing een veelvoud te zijn. De registratie van uitkomsten rond darmkankerchirurgie alleen al, blijkt tot €20 miljoen besparing per jaar te leiden door vermindering van ligduur, complicaties en sterfte. De berekende besparing is waarschijnlijk nog een onderschatting. Inmiddels draaien meerdere registraties bij de DICA. De Boston Consultancy Group BCG schatte 2 jaar geleden dat de investering in kwaliteitsregistraties zou leiden tot een besparing van €4 miljard.

2. Meer inzicht in zinnige (en daarmee doelmatige) zorg

Waar vragen bestaan over de zin of veiligheid van behandelingen en geen wetenschappelijk bewijs bestaat moet dit worden onderzocht. Gynaecologen hebben in het Verloskundig Onderzoeksnetwork deze handschoen opgepakt en aangetoond dat de investering in dit soort onderzoek loont. De eerste 7 studies leveren 11 miljoen per jaar doelmatigheidsbesparing op, terwijl de "eenmalige kosten" 3 miljoen waren. Inmiddels zijn 30 studies afgerond en lopen er nog 30. Ongeveer 8 nieuwe studies op jaarbasis

kunnen starten die elk jaar 5 tot 10 miljoen nieuwe doelmatigheidswinst opleveren. En dat alleen al voor de gynaecologie!

3. Doelmatigheid door scherpe richtlijnen en reductie van ongewenste praktijkvariatie

Richtlijnen vormen de basis voor het medisch handelen. Scherpe richtlijnen dragen bij aan het terugdringen van praktijkvariatie o.a. door betere indicatiestelling. Zo is bijvoorbeeld het aantal operaties aan lage rughernia in Nederland verminderd van 11.000 in 2010 naar 9.000 in 2012 na het aanscherpen van de richtlijn. De wetenschappelijke verenigingen (WV-en) stellen doorlopend nieuwe en aangescherpte richtlijnen op. Om praktijkvariatie te reduceren is onderzoek naar de oorzaken ervan noodzakelijk. Drie wetenschappelijke verenigingen (NVKNO (amandelen), NVVN (spinaal chirurgie) en NVU (goedaardige prostaatvergroting) doen momenteel samen met zorgverzekeraars (ZN) onderzoek. Gekeken wordt hoe het best kan worden omgegaan met de interpretatie van de gegevens over praktijkvariatie. Waar sprake blijkt te zijn van ongewenste variatie, worden maatregelen voor verbetering ontwikkeld. Zo zal de KNO vereniging informatie over praktijkvariatie als spiegelinformatie aan haar leden voorleggen en inzetten bij de kwaliteitsvisite.

4. Meer gepaste zorg, door reductie van ineffectieve zorg en shared decision making

Expliciet formuleren van handelingen die “wel” en “niet” goed zijn in bepaalde situaties, zal bijdragen aan het verminderen van ineffectieve zorg. Naar voorbeeld van de ABIM (American Board of Internal Medicine) Foundation, de Amerikaanse Raad van Interne Geneeskunde die het programma Choosing Wisely startte, zijn de wetenschappelijke verenigingen en OMS momenteel aan de slag met het expliciteren van “do’s” en “dont’s” ontleend uit de bestaande behandelrichtlijnen. Daarnaast zal, naar analogie van ABIM, in samenwerking met de NPCF en andere patiëntenverenigingen informatie ontwikkeld worden in het kader van Shared Decision Making. Dit ter ondersteuning aan het gesprek in de spreekkamer waarbij arts en patiënt samen beslissen over de juiste behandeling op het juiste moment. Met de NPCF zijn wij van mening dat Shared Decision Making kan bijdragen aan verdere bewustwording in de zorg.

5. Substitutie en taakherschikking

Substitutie van zorg van 2^e naar de 1^e lijn is mogelijk voor bepaalde eenvoudige/laagcomplexe zorg. Belangrijke voorwaarde voor behoud van kwaliteit is dat zowel de huisarts als de praktijk hiervoor voldoende zijn ingericht en er goede afspraken zijn over eventuele 2elijns vervolgzorg. Lokaal zijn diverse succesvolle substitutieprojecten ontstaan. Heldere kwaliteitsnormen, goede (kwaliteits-)informatie en ondersteuning van randvoorwaarden in financiering en organisatie kunnen leiden tot verdere verspreiding van lokale projecten.

Taakherschikking tussen verschillende beroepsbeoefenaren leidt tot doelmatiger zorg. De OMS en WV'en zijn aan de slag om taakherschikking verder in te voeren. Gezamenlijk met VWS, de Nederlandse Associatie PhysicianAssistants (NAPA) en V&VN wordt onderzoek gestart om de effecten van taakherschikking op de zorgkosten in kaart te brengen. Met het invoeren van integrale tarieven per 2015 wordt een kostenbesparend effect verwacht van taakherschikking van laagcomplexe, routinematige zorg van de medisch specialist naar andere beroepsgroepen.

6. Vergroting kostenbewustzijn artsen en patiënten

Met de NPCF is de OMS van mening dat de vergroting van het kostenbewustzijn van artsen en patiënten een belangrijke voorwaarde is voor doelmatiger keuzes maar wel een cultuuromslag vereist. Het vergroten van kostenbewustzijn van artsen vormt reeds onderdeel van de campagne van de OMS rond doelmatig voorschrijven in de vorm van o.a. een App met geneesmiddelkosten en spiegelinformatie over het voorschrijfgedrag. De OMS steunt het voorstel van de NPCF om een bewustwordingscampagne te starten, om tarieven in de zorg op een website te plaatsen en om patiënten de ziekenhuisnota op te sturen, zodat ze die zelf kunnen controleren. Waar meerdere behandelmogelijkheden zijn met hetzelfde resultaat is het van belang vooraf inzicht te hebben in de zorgkosten. Zo kunnen patiënten en artsen gezamenlijk de juiste keuze maken op het gebied van kwaliteit én doelmatigheid. Overigens is het van belang om binnen de bewustwordingscampagne ook nadrukkelijk aandacht te hebben voor 'zorgconsumentisme'.

De aanpak die ik net heb geschetst komt niet vanzelf tot stand. Er zijn een aantal randvoorwaarden waaraan voldaan moet worden:

- Kwaliteitsregistratie en klinisch evaluatie onderzoek verdient zich zelf ruimschoots terug, mits de keuze wordt gemaakt om hierin te investeren. De kost gaat voor de baat uit. Alleen door structurele financiering kan een grootschalige aanpak worden gerealiseerd.
- Ketenbrede aanpak. Veel van de doelmatigheidsinitiatieven richten zich nu primair op de 2^e lijnszorg. Dit terwijl de patiënt zich in een zorgcontinuüm bevindt. Bovendien zal ook in de 1^e lijn sprake zijn van aanzienlijke praktijkvariatie, over en onderbehandeling.
- Commitment van en samenwerking met alle partijen in het veld. Voor een groot aantal van bovengenoemde activiteiten is het noodzakelijk dat alle partijen een bijdrage leveren en overstijgend belang laten prevaleren boven eigenbelang.

Maar de belangrijkste randvoorwaarde is het creëren van rust op het beleidsfront voor medisch specialisten. Onrust en onduidelijkheid over de positie van de medisch specialist is funest voor de maatschappelijke uitdaging van het toekomstbestendig maken van de zorg in Nederland.

We moeten voorkomen dat de medisch specialist, ondanks zijn spilfunctie in de zorg, buitenproportioneel verantwoordelijk wordt gemaakt voor het terugdringen van de zorgkosten en het ontwikkelen van gedegen kwaliteitsregistraties.

Ook de zorgverzekeraars moeten hierin een belangrijke rol spelen bij het selectief inkopen van zorg op basis van kwaliteitsregistraties. Aan ons de taak verder door te pakken op die kwaliteitsregistraties en de kwaliteitsprestaties transparant te maken. En politiek Den Haag doet er goed aan als ze stoppen met de incidentenpolitiek en rust en ruimte creëren voor het belangrijke werk van dokters. Alleen dan kunnen we houden wat we nu nog hebben: de beste zorg van Europa!

....Dank u wel....