

NTvG Gezonde Zorg Netwerk-meeting – dinsdag 30 november 2021

<https://www.ntvg.nl/gz/het-gezonde-zorg-netwerk>



Online gepubliceerd ter inzage

Agenda:

- Welkom, korte terugblik op vorige meeting
- Uitleg over ZE&GG
- Gesprek over zorgevaluatie, belemmerende/bevorderende factoren, wat kan er beter?
- Afronding, korte feedback en afsluiting

In vervolg op onze vorige meeting van 27 oktober 2021, waarin we het [WRR-rapport](#) bespraken en het hadden over de genoemde noodzakelijke zorgevaluatie en het maken van keuzes. Daar is samenwerking voor nodig, maar dat kan niet vrijblijvend, er is ook doorzettingsmacht nodig. Waar ligt die doorzettingsmacht momenteel, en waar zou die naar ons idee kunnen of moeten liggen?

Verslag:

Bij [ZE&GG](#) wordt uitgegaan van een kwaliteitscyclus van vier stappen:

1. Agenderen: Het agenderen van een kennishiaat, bij welke zorg bestaat twijfel over effectiviteit?
2. Evalueren: Zorgevaluatie uitvoeren, meestal door een onderzoek
3. Implementeren: De resultaten van de zorgevaluatie duiden en implementeren
4. Monitoren: Het gebruik en effect van de ge(de-)implementeerde zorg controleren/monitoren

ZE&GG heeft op geen van deze punten een doorzettingsmacht. Op dit moment heeft eigenlijk niemand die. ZE&GG is wel gevraagd om namens de hoofdlijnenakkoord(HLA)-partijen aan deze kwaliteitscyclus te werken, maar dat gaat altijd in overleg met die partijen. Daarbij worden onderlinge afspraken gemaakt, zoals een recente landelijke afspraak tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN): ziekenhuizen gaan ieder met 10 implementatie onderwerpen aan de slag, die zijn te kiezen uit een lijst van ruim 180 voorbeelden van nuttige (de-)implementatie, zoals voortgekomen uit bijvoorbeeld Doen of laten?-projecten, Verstandige Keuzes, etc.

Maar op dit moment is nog niemand eindverantwoordelijk. Zorginstituut Nederland (ZiN) is dat misschien wel bij speciale of dure gevallen, maar in algemene zin is het evalueren van bestaande zorg bij geen enkele partij belegd. Daar moet aan worden gewerkt, al beginnend bij de eerste stap, wie stelt de agenda op? Dat is nodig om ook uiteindelijke doorzettingsmacht te beleggen.

Aan de andere kant: vanuit de zorgverzekeringwet (Zvw) is het eigenlijk zo dat zorg waarvan onduidelijk is of het effectief is, niet vergoed mag worden door de verzekeraar. In die zin is er bij de zorgverzekeraars wel een bepaalde wettelijke doorzettingsmacht belegd. Maar die wordt in de praktijk nauwelijks gebruikt, omdat er niet zomaar wordt gestopt met (het vergoeden van) zorg die ondanks mogelijk twijfelachtige werkzaamheid al sinds jaar en dag wordt toegepast. En dat blijft zo, zolang er niemand boos wordt en zegt: voor die zorg is onvoldoende bewijs, we moeten de vergoeding ervan stoppen.

Maar het is waarschijnlijk ook ondoenlijk om voor al die zorg nu eerst te gaan evalueren of er wel bewijs voor is. Bovendien betekent gebrek aan bewijs voor effectiviteit niet altijd dat die zorg 'dus' niet werkt, er zijn zeker ook voorbeelden van zorg waar nooit gedegen onderzoek naar is gedaan maar die wel degelijk effectief is. Dus misschien is het nuttiger om meer aan de voorkant de kraan dicht te draaien: alle zorg die nu nog voor vergoeding in aanmerking wil komen, moet eerst van voldoende bewijs worden voorzien.

Maar wie beslist dan voor welke zorg voldoende bewijs is en vergoeding mogelijk is? De verzekeraar? Of de arts? Eigenlijk zouden ze dat samen moeten doen, en ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zou daar een rol moeten hebben. Liefst in de eerste plaats de zorgverlener, als die het niet doet dan de zorgverzekeraar, en als die het niet doet dan de NZa. Maar geen van deze partijen blijkt dat echt te doen, wat wordt bevestigd door de eerdere constatering dat er een hiaat is ten aanzien van verantwoordelijkheid/doorzettingsmacht.

Bij zorg waarvan onduidelijk is of die effectief is, zou je dus eigenlijk moeten evalueren, of ermee stoppen. Maar nu is het bij twijfel: evalueren of doorgaan. Eigenlijk klopt dat dus niet, maar stoppen is veel spannender dan doorgaan want er zitten meer risico's aan. Als je zorgverleners iets níét wilt laten doen, hebben ze echt rugdekking nodig, want je hebt veel sneller schuld als je iets laat dan wanneer je iets wel doet. Dat blijkt ook wel uit vele tuchtzaken, die gaan bijna altijd om iets wat niet is gedaan, veel minder vaak over iets wat wel is gedaan. Daar zouden ziekenhuisbesturen trouwens ook best een grotere, maatschappelijke rol kunnen spelen en meer achter hun zorgverleners kunnen gaan staan. Nu leidt een beslissing van een zorgverlener om iets niet te doen zomaar tot een klacht en daarna moet je bij de klachtencommissie op het matje komen, in plaats van dat het ziekenhuis uitstraalt: maar zo gaat het, dit is zinnige zorg, hier staan wij als ziekenhuis voor. En daar kunnen richtlijnen, in tegenstelling tot wat nog wel eens wordt geroepen, lang niet altijd bij helpen. Die zijn erg algemeen, gaan uit van verschillende scenario's die niet precies op jouw patiënt van toepassing hoeven te zijn (want vaak gebaseerd op onderzoek waarin patiënten met comorbiditeit zijn uitgesloten) en zijn nog lang niet altijd stellig in wat je níét moet doen.

Een ander belangrijk punt hier is het benodigde besef in de maatschappij: er is schaarste van zorg, niet alles hoeft en ook niet alles kán. Maar het medisch consumentisme is de laatste decennia enorm gegroeid. En het geluid dat iets kan of nodig is, is altijd sterker dan het geluid dat iets misschien niet meer nodig is. Maar als we daar niets aan veranderen, dan kan er straks steeds minder, het zorginfarct ligt echt op de loer. We zullen keuzes moeten maken, daar is die rugdekking voor nodig vanuit zorgverzekeraars en besturen, maar eigenlijk ook vanuit de burger: er moet besef komen waarom die keuzes nodig zijn en uiteindelijk ook in het belang van diezelfde burger, die daarom ook meer bij die keuzes betrokken zou moeten worden. En dat geldt voor alle zorg, van thuiszorg tot huisartsenzorg en ziekenhuiszorg.

Dat is dus een belangrijke vraag, hoe kun je de samenleving hierover informeren. Er zijn verschillende mogelijkheden, erover in gesprek gaan, via patiëntvertegenwoordigers, zorgverleners, zorgverzekeraars; alle partijen moeten daar een bijdrage aan leveren. En het kan ook via platforms zoals Thuisarts, maar meer ideeën zijn welkom en nodig. Uitdragers hiervan zijn ook belangrijk, mensen die het goede voorbeeld geven. De verdergaande superspecialisatie is daarbij ook een gevaar: patiënten worden steeds vaker per sub-klacht of sub-domein naar een ander doorverwezen. Het is steeds vaker: "Het is niet iets op mijn gebied, maar misschien wel op een ander gebied" in plaats van: "We hebben het goed bekeken, het is niet ernstig, er is geen verdere zorg nodig". Dat laatste vergt veel meer moed. Het vraagt dus om dappere dokters, en zeker ook dappere opleiders die het belang van zinnige zorg naar hun AIOS uitdragen.

Iets anders wat bij de bewustwording van zorgverleners kan helpen is spiegelinformatie. Hoe doet de ander het? Niet met een belerende vinger, maar om het gesprek aan te gaan: waarom doen jullie het zo, wat helpt/werkt, wat niet? Dan spreek je zorgverleners echt aan op hun professionaliteit.

Erkennen dat er keuzes gemaakt moeten worden, enerzijds door potentieel onzinnige zorg te evalueren of te stoppen en anderzijds door het creëren van bewustwording van zorgschaarste bij de burger, is dus complex en er doen heel veel mensen en partijen aan mee. En eigenlijk moeten al die

partijen er positief en samenwerkend in staan, anders lukt het niet. Het is in die zin vergelijkbaar met het klimaatprobleem, dat kun je ook niet op één partij schuiven of met één verandering aanpakken.

Het gevaar is echter wel – net als bij de klimaatproblematiek – dat er ondanks positivisme bij partijen toch te veel vrijblijvendheid blijft. Een goed voorbeeld kan helpen, maar eigenlijk is er toch ook een stok achter de deur nodig, een afspraak waar je je op kunt beroepen: zo hebben we afgesproken dat we het voortaan gaan doen. Alleen intrinsieke motivatie is waarschijnlijk niet genoeg, ook omdat er nog altijd zoveel prikkels zijn om eerder meer dan minder zorg te verlenen. Daar zal dus waarschijnlijk ook een rol moeten zijn voor de overheid, maar daar is ook wat de zorg betreft de focus nog vooral op de korte termijn en dit zal toch een probleem zijn waar een langetermijnplan voor nodig is.

Er is dus consistentie nodig in de hele keten. De patiënt die een probleem heeft, moet van zijn buurvrouw, bij de zorgverlener tot en met de zorgverzekeraar, eigenlijk continu hetzelfde verhaal horen: dit is nu wel zinnig en dit niet. Want als de meningen daar teveel over verschillen, of de informatie niet eenduidig genoeg is, gaat de patiënt op zoek naar een andere plek waar de onzinnige zorg alsnog wordt verleend, en blijft die onzinnige zorg ook aangeboden en vergoed.

Hoe kunnen we proberen die consistentie in de hele keten te krijgen? Hoe informeren en motiveren we al die verschillende partijen? Daar gaan we het in de volgende meeting over hebben. Een ieder wordt bedankt voor de enthousiaste inbreng. We kijken uit naar het vervolg.