

## **Investeer in overleg tussen specialist en huisarts: tel uit je winst!**

Betaalbare optimale zorg realiseren klemt op vele fronten. Het "estafette-fenomeen" is daarvan een voorbeeld in de dagelijkse praktijk.

*Een 45 jarige man, bekend bij revalidatiearts met verworven afwijking bewegingsapparaat (beenlengteverschil ten nadele van rechts) komt bij de huisarts: pijn aanvallen links in nierstreek uitstralend naar lies. Echo: geen stenen, wel opvallend verschil tussen linker en rechter nier, mogelijk dubbelsysteem links. De huisarts verwijst patiënt naar uroloog om zijn oordeel over de mogelijke afwijking.*

*Een aantal weken later ontvangt de huisarts tot zijn verrassing correspondentie van de neuroloog. Patiënt was door uroloog naar haar doorverwezen vanwege op de CT abdomen gevonden anteropositie L4 ten opzichte van L5. De neuroloog vond op de MRI geen wortelcompressie maar verwijst vanwege de anteropositie door naar de orthopeed. De orthopeed kan niet veel meer toevoegen dan dat er niet geopereerd moet worden en verwijst hem voor fysiotherapeutische behandeling, hetgeen patiënt al vaker heeft gehad.*

*Later ontvangt de huisarts bericht van de uroloog dat het verschil tussen de linker en rechter nier nu geen consequenties heeft.*

Wat begon als een relatief simpele vraag van de huisarts om een beoordeling van een afwijking op de echo leidt tot een kleine rondgang langs verschillende specialisten. Hierbij valt het gebrek aan onderling overleg van alle betrokken artsen (huisarts en specialisten) op, hetgeen geleid heeft tot ongerustheid bij de patiënt naast onnodige verwijzingen en diagnostiek met stralenbelasting en verspilling van financiële middelen.

We kunnen krokodillentranen plengen dat het estafettestokje te vaak zonder meer wordt overgedragen met een enorme verspilling van geld en nodeloze belasting van het systeem tot gevolg. Beter kunnen we constructieve maatregelen nemen. Ik pleit er – met een groeiend aantal collega's – voor dat bij individuele patiënt-gebonden zorgproblemen georganiseerd overleg tussen de betrokken dokters vanzelfsprekend wordt. In de dagelijkse praktijk ontbreekt het aan overlegmomenten tussen specialisten en huisartsen.

Hiervoor moeten dokters tijd vrijmaken. Wij zullen ons als sleutelfunctionarissen voor optimale zorg voor de patiënt moeten inspannen om elkaar te bereiken en te leren kennen. Specialist en huisarts kunnen elkaar leren de juiste vragen te stellen bij voorgenomen verwijzingen, consultatie en terugverwijzingen. Regelmatig doktersoverleg met een vertrouwde formule komt de kwaliteit van de zorg ten goede en draagt bij aan kennisuitwisseling, spiegeling en tevredenheid over onze inspanningen. Deze argumenten zijn niet louter gestoeld op een mening, er zijn onderzoeksbevindingen en theoretische redeneringen voor aan te dragen.

Daarom pleit ik voor forse investeringen in verschillende vormen van transmurale, interdisciplinaire consultatie en communicatie naast intercollegiale toetsing mede gebaseerd op spiegelinformatie. Voldoende aandacht hiervoor moet niet alleen gegeven worden in de dagelijkse zorgpraktijk maar ook al tijdens de opleiding en in de deskundigheidsbevordering. Leren de eigen professionele grenzen te onderkennen (en dus door te verwijzen naar een collega) vinden we normaal, maar overleg als dat geëigend is serieus nemen, blijkt ons minder vertrouwd te zijn. Dat kunnen we echter leren en organiseren.

Een eerste logische stap is dat samenwerkende huisartsen en specialisten van elkaar weten wanneer en hoe ze te bereiken zijn (telefoon, email of andere beveiligde media) en wat de volgorde van wenselijkheid is. Via bijvoorbeeld een "app" zou dit voor elk samenwerkingsverband verzameld kunnen worden. Voorwaarde is wel dat de app ook bijgehouden wordt. Het kan in de huidige tijd toch niet zo zijn dat onze jeugd elkaar 24 uur

per dag weet te bereiken maar dat dokters voor belangrijk overleg over een patiënt soms dagen elkaar niet "te pakken" krijgen simpelweg omdat men niet goed weet hoe elkaar te bereiken.

Veel vaker zal gezocht moeten worden naar vormen waarbij naast de patiënt de huisarts betrokken is bij de besluitvorming rondom verstrekkende behandelingen. Het verbaast mij vaak met hoe weinig overleg ingrijpende besluiten genomen worden. Een "tussenstop" maken (time-out consult) biedt de mogelijkheid dit te organiseren. Voor een stapsgewijze afwikkeling van indicatiestelling, advies, afweging, besluit en afspraken kan bij niet-urgente beslissingen de tijd worden genomen. Waarbij de patiënt wel moet merken dat dit overlegproces logistiek gestroomlijnd verloopt. Juist deze gezamenlijke besluitvoering met zorgvuldig wegen van de verschillende perspectieven kan leiden tot optimale zorg voor de patiënt. Dus zorg die het gunstigst is voor de patiënt waarbij de persoon van de patiënt belangrijker is dan de ziekte en de kans op optimale uitkomsten belangrijker is dan de dwang van een systeem of ingesleten gewoonten.

Als voedingsbodem voor ad hoc overleg over een individuele patiënt moeten huisartsen en specialisten elkaar op reguliere basis treffen, bijvoorbeeld aan de hand van casuïstische ziektegeschiedenissen gekoppeld aan spiegelinformatie uit diverse registraties over en weer, ook van de zorgverzekeraar. Bij deze transmurale intervisie gaat het om nieuwsgierigheid over en weer, (be)oordelen maar niet veroordelen, laat staan afstraffen. Het gaat om delen van informatie ter verbetering van de kwaliteit van zorg. De focus kan liggen op onnodige onderzoeken of ingrepen, dubbele diagnostiek, variaties in voorschrijfgedrag, obsoleete diagnostiek en al die andere aspecten waarbij dokters met elkaars visies en handelwijzen te maken krijgen. Maar ook transmurale audits waarbij zorgverleners op een kritische en gestructureerde manier de daadwerkelijk verleende zorg analyseren kunnen een grote stimulans zijn voor een verbetering van de kwaliteit van (samen)werken.

Vanuit dit duurzame overleg in een veilige omgeving wordt toegewerkt naar lokaal gedragen werkafspraken voor (terug)verwijzing, diagnostiek en behandeling. Zulke overlegvormen moeten structureel ingepland worden want de wil is er wel maar de tijd om dit "erbij" te doen ontbreekt.

In het huidige kwaliteitsdenken wordt veel tijd en geld besteed aan formele, in maat en getal uit te drukken elementen en voor procedurele aspecten. Er is echter een urgentie om een ander kwaliteitsdenken te stimuleren. Bijvoorbeeld door meer aandacht te besteden aan de kwaliteit van de dokters zelf en de inhoudelijke samenwerking tussen verschillende disciplines. Hierbij is het cruciaal dat algemeen geaccepteerd is dat bij medisch professionalisme hoort dat dokters elkaar op respectvolle manier durven aan te spreken op inhoudelijk handelen. Daarvoor is het nodig dat dokters (in de opleiding) geleerd is hoe elkaar op constructieve manier aan te spreken.

Met meer nadruk op intervisie, intercollegiale toetsing en feedback van patiënten en collegae komt de kwaliteit van de dokter beter in beeld en kan daarmee bevorderd worden dat optimale zorg geleverd wordt.

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. Maar ook vanuit de verschillende beroepsgroepen is een meer sturende hand nodig met als doel een structurele verbetering van transmuraal doktersoverleg. Facilitatie met zachte dwang is nodig om dit te bereiken.