

Beste Marielene, bestuur VPH, directie VIP Calculus en overige aanwezigen,

Wat een eer valt mij ten deel om de eerste winnaar van de Hans Nobel Courageprijs te mogen zijn. Maar ook een gevoel van weemoed want wat had ik graag gezien dat Hans mijzelf de prijs had kunnen uitreiken en dat wij met z'n allen in zijn aanwezigheid hadden kunnen discussiëren over kernwaarden van het huisartsen vak en vast geïnspireerd waren geraakt door zijn prikkelende mening. Helaas is het lot anders.

En wat mooi dat jullie een prijs in het leven hebben geroepen om uiting te geven aan de noodzaak om constant als huisartsen bezig te zijn met wat nou eigenlijk de kernwaarden en taken zijn van ons vak. Want vanuit die kerntaken komt voort hoe het vak uitgevoerd kan worden, wat de noodzakelijke randvoorwaarden zijn en wat voor opleiding maar ook wat voor wetenschappelijk onderzoek we nodig hebben. En daar is een behoorlijke strijdvaardigheid voor nodig om die discussie niet te laten domineren door bestuurders van koepels, wetenschappelijke verenigingen, beleidsmedewerkers ed. maar vooral de praktiserende huisartsen te stimuleren na te denken, hun mening te geven en die mening gewicht in de schaal te laten brengen. Hans kon dat als geen ander.

Uiteraard ben ik heel trots dat ik deze prijs aan mij toegekend gekend is maar ik realiseer me maar al te goed dat ik hier sta als vertegenwoordiger of product van de samenwerking met vele collegae die mij geïnspireerd, gesteund en geholpen hebben om de discussie over ons vak of de geneeskunde in zijn algemeenheid positief te stimuleren.

Iets over mijn huisartsen carrière:

Sinds 1990 ben ik huisarts. De eerste jaren combineerde ik dit vooral met veldwerk voor Artsen zonder Grenzen. Voor deze organisatie had ik al voor mijn huisartsenopleiding in Afrika gewerkt. Vanaf 1994, na mijn associatie met Hans Hirschfeld in Amsterdam Osdorp ben ik mij meer gaan verdiepen in de huisartsgeneeskunde. Vooral om te zorgen dat ik het vak goed ging beheersen zoals zoveel beginnende huisartsen graag willen. Daarnaast zat ik vol overgave in het bestuur van Artsen zonder Grenzen zodat er weinig tijd overbleef om mij actief bezig te houden met allerlei ontwikkelingen en bedreigingen voor het huisartsen vak.

Dit veranderde in 2003 toen mijn bestuurstermijnen bij AZG erop zaten en ik mij volledig op de huisartsgeneeskunde wilde richten.

Het waren de jaren van Landelijk Actiecomité Huisartsen waarin Hans een grote rol speelde maar vooral raakte ik geïnspireerd door de Vrije Huisarts en de wijze waarop zij “huisartsenzaken” analyseerden en vooral activistisch waren. De originele en duidelijke teksten van Hans en andere bestuursleden zetten mij goed aan het denken. Ik hou van activisme van professionals. Vooral wanneer vanuit de ervaringen op werkvloer de problematiek in andere gremia duidelijk gemaakt wordt, is dit heel krachtig. Ik geloof in die zeggingskracht. Dit was hetgeen me in de filosofie van Artsen zonder Grenzen aantrok: werken in het veld met patiënten maar tegelijkertijd publiekelijk getuigen over misstanden die de gezondheid van mensen bedreigen. Ik zag soortgelijke sterkte terug bij de Vrije Huisarts met onder andere Hans Nobel. Zichtbaarheid van de dokter bij het debat over de huisartsenzorg. Om die reden heb ik ook altijd bezwaar gehad dat de LHV de laatste 15 jaar nooit een huisarts als voorzitter heeft gekozen. Zowel de voorzitter als de directeur als uithangborden van de huisartsenberoepsgroep zijn steeds beleidsmanagers die als passant in de huisartsenzorg enkele jaren leiding geven. Vanuit volle overtuiging en professionalisme maar slecht voor de herkenbaarheid, uitstraling en waarschijnlijk ook scherpte bij stellingname. Helemaal zorgelijk wordt het als vrijwel alle geneeskundige beroepsgroepen zich laten voorzitten door oud politici die daar dat weer andere oud politici bij ZN ed ontmoeten en gaan onderhandelen. Verfrissend dat de Federatie Medisch Specialisten weer een specialist als voorzitter heeft gekozen.

Van 2005 tot 2014 heb ik in het bestuur van de huisartsenkring Amsterdam en de voorloper AHV gezeten. In die jaren heeft de overgang naar doorgeslagen marktdenken in de zorg zijn beslag gehad. Dit heeft in de hele zorg maar ook zeker in de huisartsenzorg veel teweeg gebracht. Product denken met name in de chronische zorg heeft kernwaarden zoals de patiënt in zijn geheel te blijven zien aangetast. Door de goede financiële vergoeding die de huisarts kreeg voor dit ketenproduct heeft de beroepsgroep zich hiertoe laten verleiden. Dezelfde kwaliteit/aandacht voor de chronisch zieke zou zeker bereikt hebben kunnen worden door voort gegaan te zijn op de weg van praktijkondersteuners die al eind vorige eeuw was ingezet. Uiteraard had het dan ook een speerpunt moeten zijn waar adequate financiering en beleid op gezet was. Nu zijn we beland in een gecompliceerd systeem

met aparte financiering, afwijkende verantwoording tov rest van huisartsenzorg en ontstaan van zorggroepen die eigen dynamiek hebben om zichzelf bestaansrecht te geven.

Bewijs dat iets ingewikkeld maken simpel is maar iets simpel houden erg moeilijk is.

De massaal gesteunde opstand van de huisartsen van het actiecomité Het Roer Moet Om heeft eraan bijgedragen dat marktwerking, productie-denken en overmatige bureaucratie in de zorg ter discussie wordt gesteld. De marktwerking, het leidend principe van de nieuwe zorgverzekeringswet in 2006, heeft de ontwikkeling van een gezondheidszorgomgeving versterkt waar “meten en belonen of straffen” neigt te domineren. Dat leidt tot een attitude waarin geneeskundig handelen wordt benaderd als een inspanning die hoofdzakelijk ten dienste van meetbare productie staat. En laat weinig ruimte om gewaardeerd te worden op je gedragingen die laten zien wat voor dokter je bent. Dit is mede ontstaan omdat de samenleving vragen ging stellen over praktijkvariatie, fouten en onnodige zorg. Het antwoord daarop was een simplistisch kwaliteitsdenken. Indicatoren, vastgesteld als instrument om bij te dragen aan inzicht in eigen kwaliteit, werden een doel op zich. Sterker nog, ze werden inkoopinstrumenten. Impliciete kennisbronnen verloren hun waarde ten gunste van de expliciete kennisbron ‘evidence’. Dat wat goed is voor patiënten is te bepalen via systematisch onderzoek. Het kan worden vastgelegd in richtlijnen en gemeten met indicatoren. Daarmee is de gestelde kwaliteit de kwaliteit van epidemiologen en de mensen van de kwaliteitsindustrie. Goede kwaliteit wordt in dit denken gekenmerkt door aan de regels voldoen, de juiste formulieren invullen, protocollair werken, professionele inwisselbaarheid en vermeende voorspelbaarheid. Niet bepaald de ingrediënten die garant staan voor optimale zorg: de zorg waar de persoon van de patiënt belangrijker is dan zijn ziekte.

Het probleem zit hem echter niet alleen bij de wet- en regelgeving, de verzekeraars, de patiëntenorganisaties en de toezichthouders. Ook binnen de zorgorganisaties zelf zullen veel niet realistische branchenormen, procedures en regels geschrapt moeten worden. Dit alles is een taai proces. En daar is wat moed voor nodig. Te veel dreigt het huisartsenwerk gedomineerd te worden door protocollair werken. En dat leidt vaak niet tot de meest optimale keuze voor een individuele patiënt. De standaarden zijn gebaseerd op evidence-based medicine die vooral geldt voor de gemiddelde (trial) patiënt en zelden direct

vertaalbaar is naar de unieke persoon die tegenover de dokter zit. Het volgen van de standaarden is zeker niet doorslaggevend voor goede zorg. Als het volgen van het protocol een schuilplek wordt voor het ontlopen van een eigen verantwoordelijkheid is dit een gebrek aan moed.

Er is een cultuuromslag noodzakelijk die leidt tot moderne kwaliteitssystemen gebaseerd op anders denken over kwaliteit en veranderprocessen. Waarin recht wordt gedaan aan de veelvormigheid van kwaliteit, er is niet één goede uitkomst denkbaar. Meerdere overwegingen dragen bij aan het best denkbare medische beleid voor die ene patiënt.

De vernieuwde kwaliteitssystemen moeten vooral realistisch zijn, uitgaan van vertrouwen in de professionaliteit van zorgverleners en inspireren om het vak goed te kunnen uitoefenen. Er is erkenning dat ongelijke gevallen ongelijk behandeld moeten worden en de erkenning dat er verschillende opvattingen zijn over wat goede zorg is.

**Bevordering van kwaliteit is uitgangspunt, controle is hieraan ondergeschikt.** Het systeem bevat alleen indicatoren waarvan de zeggingskracht is aangetoond en die kwaliteit op patiëntniveau verbeteren.

Het aldus geschapen kwaliteitskader is voor iedere zorgverlener een normaal haalbaar doel en gaat niet gepaard met extra bureaucratische last: Goed is de norm, excellentie is een keuze

Maar er is nog een onderwerp dat urgentie behoeft en dat betreft het feit dat er niet (meer?) een heldere taakopvatting van het beroep huisarts bestaat. De inhoud van het vak verwatert en de kerntaken zijn onduidelijk geworden.

60 jaar geleden toen de kernwaarden van de huisartsengeneeskunde geformuleerd werden leek dit duidelijker.

Toen domineerde de klachtgerichte benadering het werk, preventieve maatregelen waren ondergeschikt. Een huisarts werkte alleen of gesteund door een assistente, 24h/7 beschikbaar, hooguit een deel van beschikbaarheid in kleine groep directe collega's georganiseerd. Inmiddels zijn de huisartsenpraktijken uitgegroeid tot vrij grote

organisaties met praktijkondersteuners somatiek, GGZ en praktijkmanagers en veelal werkend met meerdere huisartscollega's. Met een veelheid (en onduidelijkheid) aan taken op zowel curatief als preventief vlak gebied met gevolgen voor organisatie, beleid en opleidingen. Wat de beschikbaarheid onder druk zet. En met een relevante vraag of de huisarts ook alles zelf moet blijven doen of taken moet delegeren. Dit maakt dat het niet helder is waar de huisarts voor staat. Ook voor ons zelf niet. Er is een discussie gaande onder de huisartsen waar ze nu precies voor staan met betrekking tot bijvoorbeeld de 24h beschikbaarheid, het zelf beschikbaar zijn voor stervende patiënten of rol die de huisarts speelt bij leefstijl interventies ter mogelijke preventie van ziekte. Door deze veelheid aan vermeende taken en de onmogelijkheid al de taken uit te voeren is het onduidelijk geworden wat de patiënt, burger, collega, verzekeraar etc. van de huisarts kan verwachten. Te vaak hoor je dat een huisarts bepaalde activiteiten niet kan doen omdat hij/zij het druk heeft met andere zaken. Bijvoorbeeld: wachtlijst van dagen voordat patiënt met klacht op spreekuur kan komen, Optimale zorg voor zieke patiënten die in het gedrang komt omdat er geen tijd gevonden wordt voor overleg met specialisten, overdrachten naar HAP, huisbezoeken, inventariseren van multimorbiditeit van kwetsbare ouderen, overleg met wijkteam hierover etc. Dat komt dan toch vooral omdat wij onze kerntaken niet goed afgebakend hebben. Andere werkzaamheden zouden eigenlijk niet uitgevoerd mogen worden als die ten koste gaan van die kerntaken ookal staat er nog zo'n aantrekkelijke financiële prikkel te wachten. Daarom is het van het grootste belang dat het proces van herorientatie op de kernwaarden, kernfunctie en kerntaken van de huisarts aangezwengeld door HRMO en opgepakt door LHV, NHG, VPH, maar ook LHOV, LOVAH, Wadi zorgvuldig maar positief en vanuit trots op ons vak uitgevoerd wordt en we ergens volgend jaar overeenstemming bereiken over wat de werkelijk realistische kerntaken zijn en welke duidelijk niet of hoogstens facultatief als de wezenlijke kerntaken geborgd zijn. Persoonlijk zet ik in op drie punten. Dominant blijven medische hulp voor zieke of kwetsbare patiënten via een klachtgerichte benadering. Daaraan zijn handelingen van preventieve aard voor alle (andere) ingeschrevenen in de praktijk ondergeschikt. Daarbij pleit ik voor het behoud van medisch-generalisme - en dus geen differentiatie - van alle praktiserende huisartsen, wat ondersteunende taken van kaderhuisartsen niet uitsluit maar wel buiten de spreekkamer houdt. Wij moeten voorkomen dat zoals de algemeen internist en

algemeen chirurg al verdwenen is ook de “algemeen” huisarts vervangen wordt door allerlei specialistische of sub-specialistische huisartsen voor de patient

Dames en heren er is uiteraard nog zoveel meer over allerlei uitdagingen die ons prachtig diverse vak beïnvloeden te spreken maar dat voert nu te ver.

Zoals ik al in het begin vermeldde voel ik mij als prijswinnaar een resultante van vele inspirerende invloeden en steun. Ik wil een aantal mensen noemen en danken.

Als eerste mijn broer Frans. Ik ben de jongste van een huisartsengezin met 8 kinderen. Mijn vader overleed echter toen ik 11 jaar was dus praktisch gezien heb ik daar weinig van meegemaakt. De impact van het huisartsen beroep op het gezin was echter dermate groot dat niemand van mijn oudste 5 zussen en broer ook maar iets met het medisch vak van doen wilde hebben. Frans nummer 6 in de rij en 5 jaar ouder ging echter wel geneeskunde studeren en is zijn hele leven, ook nu hij gepensioneerd is, gepassioneerd betrokken bij de huisartsgeneeskunde zowel praktiserend als wetenschappelijk. Vele jaren is hij hoofdredacteur van H&W geweest. Zijn creatieve denkkraft, kritisch en vaak tegendraads zijn heeft mijn bewustzijn zowel in uitvoering van patiëntenzorg als denken over organisatie van zorg het meest gestimuleerd.

Dan natuurlijk mijn vrouw Christine, die ik wat minder lang ken als Frans maar toch al weer 33 jaar. Niet alleen delen we een mooi gezin maar ook een passie voor het bijzondere contact dat je met mensen kan hebben dankzij een vak in de medische sector. Jouw ervaringen als verloskundige in een ziekenhuis en de nadruk op zo natuurlijk als mogelijk handelen zijn leerzaam.

Mijn associé Frederiek Pijbes, altijd kritisch, enorm op de praktijk gericht. Dankzij onze samenwerking en wijze van volledig met onze voeten in de modder staan durf ik het recht te hebben om uitspraken te doen omdat ik weet dat ze op het echte werk gebaseerd zijn en niet op beleidsgedachtenspingsels.

Veel heb ik geleerd tijdens de discussies in het bestuur van de HKA en met name van Marije Holtrop en Mai Nijens. Marije stond mede aan de basis van het gedachtegoed van Optimale zorg –Dappere dokters en Mai sloot meteen aan toen we HRMO startte en is actief actie comitélid.

De andere leden van HRMO zijn sowieso inspirerende kompanen waarvan ik met name Toosje Valkenburg en Peter de Groof wil noemen. Wat een fantastisch energie leveren wij elkaar de laatste 3 jaar en wat een lol!

Natuurlijk zijn er nog veel anderen. Laten we ons gelukkig prijzen dat we het ons kunnen permitteren om kritisch te denken en laten we dit ook blijven doen.

En dan deze prijs met dat onwaarschijnlijke bedrag van 5000 euro. Natuurlijk denk je erover na wat daarmee te doen maar daar kwam ik al snel uit. Wij hebben steeds wisselende kunstexposities in de wachtruimte en we hebben in onze praktijk de volgende spreuk staan:

“Ziektes en zorg drukken ons – patiënt en arts – op de realiteit.  
Kunst laat ons dromen, de realiteit anders ervaren.  
Zij verruimt de blik, door originaliteit en schoonheid.  
Daardoor kan een omgeving met kunst inspireren, tijdens werk of verblijf.”

Graag koop ik een mooi schilderij voor in onze spreekkamer dat mij steeds zal doen herinneren aan Hans, die voor mij, en vele anderen de blik verruimd heeft door zijn orginaliteit in denken en doen.

Ik dank u oprecht

Bart Meijman  
Maart 2018