

Het roer is om, maar waar gaan we naartoe?

Het Roer Moet Om (HRMO) is er op een unieke manier in geslaagd om onvrede bij huisartsen te kanaliseren en om te zetten in een vervolg, Het Roer Gaat Om (HRGO).^{1,2} In dit commentaar kijken wij naar de ontwikkelingen tot nu toe en naar mogelijkheden en problemen voor de toekomst. De afspraken die nu zijn gemaakt, zijn naar ons idee te voorzichtig. Er is te weinig oog voor bestaande wetenschappelijke inzichten. Wij doen een voorstel voor een herformulering van de uitgangspunten van HRGO. Verder pleiten we voor een betere evaluatie van de gemaakte afspraken. Het zou mooi zijn als het lukt om een volgende stap te maken: van het afschaffen van zinloze beheersmaatregelen naar creatievere oplossingen voor problemen in de zorg. In juni 2016 berichtten de initiatiefnemers dat de haven wellicht in zicht was. Dit is nog lang niet het geval, vinden wij.

We beginnen dit stuk met de uitgangspunten van HRGO en doen daarna een voorstel voor andere uitgangspunten. Vervolgens denken we na over mogelijke nieuwe afspraken die het werk van huisartsen gemakkelijker kan maken.

UITGANGSPUNTEN

Uitgangspunten van het HRMO zijn een betere samenwerking tussen huisartsen en verzekeraars, gelijkwaardigheid bij onderhandelingen en het terugdringen van administratieve lasten.^{1,2} Deze punten zijn door huisartsen massaal onderschreven. Achter deze uitgangspunten schuilt de gedachte dat regels, formulieren en voorschriften de zorg in de praktijk vaak niet verbeteren, maar hinderen. Bovendien dreigt het persoonlijke karakter in de huisartsenzorg verloren te gaan door protocollaire afspraken, chronische zorgplannen en de drang naar transparantie. Het normale contact met patiënten staat onder druk door overleggen, regelen, aanvragen en invullen en dat is niet wat huisartsen willen.

Het is opmerkelijk dat deze uitgangspunten een basis vormen voor overleg met partijen die juist als taak hebben om te reguleren, transparant te maken en te verantwoorden, zoals zorgverzekeraars, ICZ en het ministerie van VWS. Het is een goede zaak dat deze partijen in HRGO met elkaar in dialoog gaan en dat het onderlinge vertrouwen en de bereidheid om tot resultaten te komen groot is. Conflicten of – wellicht erger – verborgen tegenwerking leiden immers zelden tot structurele verbeteringen. Maar we moeten niet uit het oog verliezen dat de achterliggende visie op de vraag hoe de zorg moet worden gereguleerd tussen de huisarts-ondertekenaars van het manifest en een aantal partijen in HRGO wezenlijk van elkaar verschilt. De dialoog die er nu is en die zich richt op het oplossen van praktische problemen is een ontwikkeling die de zorg alleen maar ten goede kan komen. Maar de genoemde tegenstelling kan in het vervolg tot problemen leiden.

In HRGO is deze startfase in zekere zin de gemakkelijkste. Iedereen heeft positieve bedoelingen, er wordt gezocht waar

overeenstemming is welke ‘onnodige bureaucratie’ kan worden afgeschaft. Lastiger wordt het als er door de gemaakte afspraken ontwikkelingen zijn die de bovengenoemde tegenstellingen in uitgangspunten zichtbaar maken. Wat gebeurt er bijvoorbeeld als de kosten voor verbandmiddelen in 2017 blijken te zijn gestegen, nadat formulieren rond verbandmaterialen zijn afgeschaft. Of als door verdere uitwerking van plannen over zelfregulering en intercollegiale toetsing de ICZ tot de conclusie komt dat een aantal praktijken niet meedoet. Hoe voorkomen we dat ondanks de nu uitstekende verstandhoudingen op zo’n moment wordt teruggegrepen naar oude reflexen? De kans is aanwezig dat de verzekeraar zal concluderen dat er hier dus geen sprake was van ‘onnodige bureaucratie’, en de inspectie vindt dat de zelfregulatie tekortschiet en pleit voor de invoering van controlemechanismen. Worden de uitgangspunten dan nog steeds door alle partijen onderschreven?

PATIËNT VOOROP

De vraag is of een uitgangspunt als administratieve lastenverlichting voor huisartsen op de lange termijn overeind kan blijven. De mogelijkheid bestaat dat andere partijen dit uiteindelijk zien als een vervelend, maar noodzakelijk ongemak voor de beroepsgroep. Het lijkt ons logischer en effectiever om de uitgangspunten van HRGO te formuleren in een belang dat de verschillende partners in het overleg werkelijk delen en dat is kwalitatief goede gezondheidszorg voor de patiënt. Dit lijkt een vanzelfsprekendheid, want iedereen is immers voor goede, veilige en betaalbare zorg en tegen onnodige bureaucratie en administratie. Maar wie bepaalt of iets onnodig is? Wat zijn criteria voor zinvolle of zinloze bureaucratische verplichtingen? Hier zit de achilleshiel van de gemaakte afspraken.

Wat zinvolle en wat zinloze bureaucratie is, kan niet eenvoudig beantwoord worden. Bureaucratie is niet inherent slecht. Het beoogt een rechtvaardige toepassing van afgesproken regels en staat tegenover willekeur, vriendjespolitiek en corruptie. Maar bureaucratie kan leiden tot een hoge administratieve druk, één formulier schiet al snel tekort en vraagt om weer nieuwe formulieren, die op hun beurt weer niet toereikend zijn. Bureaucratische processen hebben de neiging om in zichzelf gekeerd te raken, het oorspronkelijke doel uit het oog te verliezen, en gestaag de administratie in omvang toe te laten nemen. De deelnemers in HRGO hebben deze conclusie ook getrokken: veel van de administratie was gebaseerd op gewoonten, aannames en procedures waarvan het oorspronkelijke doel niet meer duidelijk was.

Universiteit Maastricht, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: dr. S.O. Hobma, huisarts, UMC St Radboud, Eerstelijngeneeskunde/VOHA, Nijmegen: dr. W. Verstappen, huisarts. Universiteit Heidelberg, afdeling huisartsgeneeskunde en gezondheidszorgonderzoek: prof.dr. M. Wensing, gezondheidszorgonderzoeker. • Correspondentie: sjoerd.hobma@maastricht-university.nl.

Iedere huisarts wist al uit de praktijk dat veel administratie inhoudelijk niet zinvol is. Maar tegelijkertijd is het moeilijk te geloven dat het invullen van al die honderdduizenden formulieren door huisartsen en hun medewerkers voor medicatie, voeding, hulpmiddelen, verbandmaterialen, medicatierollen en verwijzingen voor de verzekeraar zonder enige betekenis is geweest. Heeft het bijgedragen aan het vermijden van wil-lekeur, de oorspronkelijke gedachte achter bureaucratie?

Het is nodig dat de effecten van de gemaakte afspraken worden opgevolgd, en vervolgens geïnterpreteerd met het belang van de patiënt in gedachten. Een gedegen, wetenschappelijke evaluatie van de effecten vinden wij nu onvoldoende terug in de afspraken, maar is noodzakelijk om op korte en lange termijn lering te trekken. Dit zal bij toekomstige tegenstellingen tussen partijen de basis vormen voor beslissingen over administratieve maatregelen. Nu is er een evaluatie afgesproken en wanneer dit 'leidt tot onvoorziene zorg' zullen gemaakte afspraken bijgesteld worden. De vraag is hoe 'on-voorziene zorg' gedefinieerd is. Naar onze smaak is dit te vaag en lijkt het te veel op een onverwachte toename in het volume van zorg en bijbehorende kosten. Dit geeft echter geen enkele informatie over de noodzaak of kwaliteit van de geboden zorg en evenmin over de kosteneffectiviteit ervan.

Wij roepen alle betrokkenen op om transparant te zijn over wat het invoeren en weer afschaffen van administratieve maatregelen voor effecten heeft. Is er een effect op de kwaliteit van de zorg? Is duidelijk of onterecht gebruik van voorzieningen heeft geleid tot onnodige kosten? Hierbij gaat het om effecten op bijvoorbeeld kosten van hulpmiddelen en verbandmaterialen, maar ook om beheerskosten van de verzekeraars. Hieruit kunnen nuttige lessen getrokken worden voor de toekomst.

MEER SNIJDEN

Uiteraard, zullen de betrokkenen in HRGO zeggen, staat het belang van de patiënt voorop en is er een goede evaluatie nodig. Maar net als bureaucratische processen in zichzelf gekeerd kunnen raken, kan dit ook bij een dialoog als HRGO gebeuren. Niet de optimale zorg, maar het belang van de eigen organisatie kan gaan meespelen in de bepaling van standpunten. Dit is te zien in de formulering die eerder de uitgangspunten van de besprekingen inleidde. 'Uitgaande van *ieders gerechtvaardigde en gelijkwaardige belangen* [cursivering door auteurs] heeft de werkgroep uitgangspunten geformuleerd voor een aanvaardbare administratieve belasting.' Dit lijkt ons geen juiste start. De belangen van de deelnemende organisaties zouden juist niet voorop moeten staan.

In de samenwerking in HRGO worden transparantie, gelijkwaardigheid en verantwoordelijkheid de basis van het overleg genoemd. Wij willen hier een vierde aan toevoegen. Dit kan – niet sympathiek maar wel duidelijk – worden beschreven met de uitdrukking 'de bereidheid in eigen vlees te snijden'. Als controlemechanismen worden afgeschaft of minder worden toegepast, betekent dit dat behoefte aan ondersteunend personeel bij bijvoorbeeld de zorgverzekeraar, maar ook

in huisartsenorganisaties lager wordt. Het anders inrichten van controlemechanismen moet samengaan met het schrappen van delen van bestaande structuren, en soms dus ook van banen en invloed van organisaties. Wij laten verderop zien dat dit op kan gaan voor huisartsenpraktijken, verzekeraars, zorggroepen, huisartsposten en beroepsorganisaties.

Het expliciet definiëren van de zorg voor de patiënt als centraal doel, het evalueren van de kosten en opbrengsten van de afspraken en de bereidheid in eigen vlees te snijden als dit een consequentie is van verbeteringen in de zorg lijken ons een goede basis voor de toekomst van HRGO. Het geformuleerde uitgangspunt dat uitgegaan wordt 'van ieders gerechtvaardigde en gelijkwaardige belangen' kan hiermee in tegenpraak zijn en kan beter geschrapt worden.

VERBREIDING VAN DE AGENDA

De vertegenwoordigers in HRGO mogen wat ons betreft over meer spreken dan over het afschaffen van zaken. De dialoog die tot stand is gekomen kan ook het begin zijn voor het vinden van creatievere oplossingen voor problemen in de zorg. Deze zijn niet eenvoudig op te lossen door administratieve controles of barrières. Het simpelweg afschaffen hiervan helpt hier ook zeker niet. De implementatiewetenschap biedt relevante lessen, waarvan de belangrijkste waarschijnlijk de waarschuwing is voor ongegrond hoge verwachtingen van welke interventie of activiteit dan ook.

Hieronder bespreken wij onderwerpen die ontbreken op de agenda van HRGO, en daar volgens ons wel op moeten staan.

Het gaat om de kwaliteitsparagraaf, een onderwerp dat ons zeer ter harte gaat en dat in HRGO het moeilijkste deel blijkt om gezamenlijk op te stellen. Naar onze mening is deze nog onvoldoende uitgewerkt en te veel een voortzetting van het ageren tegen administratieve belasting. Het is een belangrijke paragraaf: huisartsen hebben de afgelopen jaren niet alleen geklaagd over de administratie vanuit de zorgverzekeraars. De ontwikkelingen in richtlijnen, praktijkaccreditering, herregistratievoorwaarden, zorggroepen en eisen vanuit de IGZ worden eveneens vaak als ballast ervaren, en niet altijd als zinvolle ballast. Aan de hand van vier voorbeelden laten we zien dat, volgend uit de door ons besproken uitgangspunten, meer ter discussie kan en moet worden gesteld.

KWALITEIT VAN ZORG

Als eerste: administratieve druk vanuit de ketenzorg. In tien jaar tijd zijn zorggroepen in omvang gegroeid van enkele medewerkers tot grote organisaties waaruit voor huisartsen voortdurend nieuwe protocollen, registratie en overleg voortkomen. Huisartsen en praktijkondersteuners besteden te veel tijd aan verslaglegging en verantwoording en de grens van zinvolle administratie lijkt overschreden. Op het gebied van diabetes mellitus blijkt er geen aantoonbare relatie tussen kwaliteitsbeleid van zorggroepen en toezicht van de IGZ op patiëntenuitkomsten.^{3,4} Nog niet gepubliceerde COPD-cijfers wijzen in dezelfde richting. Ouderenzorgprogramma's zijn uitgebreid onderzocht, maar keer op keer wordt er geen of



zeer geringe effectiviteit op belangrijke zorguitkomsten gezien.^{5,7} Wij pleiten ervoor het mes te zetten in de zorggroepen en deze in afgeslankte vorm praktijken te laten ondersteunen bij personeels- en salarisadministratie en beperkte ondersteuning in chronische zorg, de oorspronkelijke taak. Dit neemt administratieve druk weg, beperkt beheerskosten en negatieve gezondheidseffecten voor de patiënt zijn niet te verwachten. Het terugbrengen van het aantal kwaliteitsindicatoren alleen, zoals nu is afgesproken, is naar onze mening geen oplossing, en zal in de praktijk ook nauwelijks of geen tijdswinst opleveren.²

Als tweede: de IGZ handhaaft op de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Wie deze uitstekende richtlijn aandachtig leest, ziet dat juist de aanbeveling die de Inspectie controleert – het overleg tussen huisarts en apotheker – uitgebreid is onderzocht, maar dat de opbrengsten hiervan op zijn best gering zijn en dat de kwaliteit van het bewijs mager is.^{8,9} Het verplicht naleven van een onderdeel van een richtlijn waarvoor onvoldoende bewijs van effectiviteit bestaat, is niet de juiste weg. Voor het effectief laten zijn van de richtlijn zijn meer en complexere maatregelen nodig en beschikbaar.^{10,11} Juist door samenwerking in HRGO kunnen oplossingen voor dit reële probleem worden gevonden.

Als derde: visitatie (of individueel functioneren huisartsen) bij herregistratie. Vanaf 2011 is het deelnemen aan het visitatieprogramma van de wetenschappelijke vereniging (het NHC) een herregistratie-eis voor huisartsen.¹² Natuurlijk is het belangrijk om de praktijkorganisatie goed op orde te hebben en zinvol als de beroepsgroep instrumenten ontwikkelt die huisartsen hierbij ondersteunen. Maar de meerwaarde

voor de patiënt van dit soort activiteiten in de huisartsenpraktijk is niet aangetoond.¹³⁻¹⁵ Er is geen bewijs dat de geleverde zorg verbetert, terwijl wel duidelijk is dat het gaat om een aanzienlijke, extra belasting. Als na onderzoek het bewijs voor de effectiviteit ontbreekt, is er geen argument om huisartsen hiertoe te verplichten.

Als vierde: het veilig melden van incidenten (VIM-en). Sinds 2016 verplicht de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) huisartsenpraktijken een VIM-procedure op te zetten. Niemand twijfelt aan het belang van aandacht voor patiëntveiligheid, maar de vraag is of deze verplichting helpt om dit te verbeteren. Recent onderzoek laat zien dat de Nederlandse huisartsenzorg veilig is, maar dat ernstige incidenten voorkomen.¹⁶ Met jaarlijks ruim honderd miljoen huisarts-patiëntcontacten is dat niet vreemd. Iedere calamiteit en ieder incident levert leerzame verbeterpunten. Maar zijn huisartsen en medewerkers in de praktijk voldoende geëquipeerd om goede analyses te maken, of creëren we hiermee een organisatorisch monstroom en amateuristische VIM-clubjes? Onderzoek laat zien dat deze methode lang niet altijd het gewenste resultaat heeft. Een review naar incidentanalyses in de huisartsenpraktijk toont enig effect op het aantal meldingen en de kwaliteit van analyses, maar niet op patiëntveiligheid.¹⁷

BALLAST

Deze voorbeelden laten zien dat huisartsen vanuit meerdere kanten, niet alleen van de verzekeraars, de laatste jaren extra activiteiten met een verplichtend karakter in hun takenpakket hebben gekregen. Deze wetenschappelijk onderzochte

activiteiten gaan gepaard met een aanzienlijke belasting in de zorg, maar de effectiviteit hiervan, gedefinieerd als betere zorg voor de patiënt, kan niet worden aangetoond. De moeilijk te beantwoorden, maar gerechtvaardigde vraag is of deze verplichtingen in de dagelijkse praktijk niet gezamenlijk een netto negatief effect hebben op de kwaliteit van de Nederlandse huisartsenzorg. Recent bleek de belasting bij onze Engelse collega's dusdanig groot dat het saturatiepunt bereikt is.^{18,19} De massale ondersteuning van HRGO is een signaal dat op dit moment dit saturatiepunt ook bij ons niet ver verwijderd is.

Beschikbaar wetenschappelijk bewijs komt niet vanzelf bij beleidsmakers terecht en zij zijn vaak onvoldoende op de hoogte van gepubliceerde inzichten.^{20,21} Ook zijn organisaties zich niet bewust van verplichtingen die tegelijkertijd door anderen worden opgelegd. Het is ons inziens wenselijk dat het belang van wetenschappelijke evaluatie, de uitkomsten van onderzoek over de effectiviteit van maatregelen en een overzicht van de toename van de belasting van de huisartsenpraktijk worden meegenomen bij beslissingen over invoering of afschaffing. HRGO lijkt ons hiervoor een uitstekend forum. Het is tegelijkertijd de taak van de beroepsgroep en de beroepsorganisaties om beleidsmakers duidelijk te maken welke onderwerpen, richtlijnen of methoden zich lenen voor een verplichtend karakter en welke niet. Een organisatie die een maatregel verplichtend oplegt, legt ook zichzelf de verplichting op om aan te kunnen tonen dat dit werkzaam is. De voorbeelden laten zien dat dit op dit moment niet zo is.

HOE NU VERDER?

Tien jaar geleden heeft de zorgverzekeringswet het marktprincipe in de zorg geïntroduceerd. De voor dit marktprincipe noodzakelijke instrumenten als certificering en het transparant maken van de door zorgverleners geleverde 'producten' blijken in de zorgpraktijk weinig bruikbaar. Huisartsen sloegen alarm via HRMO; belangrijke partijen in de zorg lijken de mening te delen dat de ingeslagen weg niet de juiste is. De beheersingsstrategieën van overheid en verzekeraars, gevoed door een achteraf gezien onterecht optimisme over de effectiviteit van instrumenten voor kwaliteitsverbetering vanuit de beroepsgroep zelf, blijken niet op te leveren wat destijds verwacht werd.^{22,23} Een duw tegen het roer en het overboord zetten van overtollige ballast zijn nuttig, maar leiden niet tot een betere koers.

De vraag is nog steeds: waar willen we naartoe? Hoe ziet die ideale zorg er eigenlijk uit? We weten het eigenlijk niet, en dan wordt het inderdaad moeilijk, zoals blijkt in HRGO, om een kwaliteitsparagraaf te schrijven. Er is een ongezonde spanning in de zorg, omdat er aan de ene kant hoge verwachtingen zijn wat betreft de prestaties en aan de andere kant een verlamende angst is voor kostenstijgingen. Een dialoog over wat de zorg is die we als samenleving willen voor de kostbare euro's uit dat enorme maar begrensde budget is nodig. Het schrijven van een kwaliteitsparagraaf is pas mogelijk als we dat hebben geformuleerd. Samengevat is onze boodschap voor HRGO dus: durf op basis van wat we nu weten veel radicaler te zijn in het

afschaffen van niet zinvolle zaken, en durf tegelijk creatiever te zijn en deze unieke dialoog te zien als een nieuwe vorm van samenwerking die een serieuze toekomst kan hebben.

Er worden nu afspraken gemaakt over regels, formuleren en verantwoording. Om deze afspraken duurzaam te laten zijn, is een betere formulering van doelstellingen en criteria voor de evaluatie van de gevolgen van gemaakte afspraken nodig. Daarnaast is het nodig dat aan huisartsen pas verplichtingen worden opgelegd als deze bewezen effectief zijn. Door in dit unieke forum van HRGO niet alleen te zoeken naar de afschaffing van controlemechanismen, maar ook een realistische visie te ontwikkelen wat we van huisartsen wel en niet kunnen verwachten, is op de lange termijn uiteindelijk nog veel meer te winnen voor de kwaliteit van de huisartsenzorg. ■

LITERATUUR

- 1 www.hetroermoetom.nu.
- 2 www.hetroergaatom.nl.
- 3 Campmans-Kuijpers MJ, Baan CA, Lemmens LC, Klomp ML, Romeijnders AC, Rutten GE. Association between quality management and performance indicators in Dutch diabetes care groups: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2015;5:e007456.
- 4 Oude Wesselink SF, Lingsma HF, Ketelaars CAJ, Mackenbach JP, Robben PBM. Effect of government supervision on quality of integrated diabetes care: a cluster randomized trial. *Medical Care* 2015;53:784-91.
- 5 Metzelthin S, Van Rossum E, De Witte L, Ambergen AW, Hobma SO, Sipers W, et al. Effectiveness of an interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: cluster randomized clinical trial. *BMJ* 2013;347:5264.
- 6 Hoogendijk EO, Van der Horst HE, Van de Ven PM, Twisk JW, Deeg DJ, Frijters DH, et al. Effectiveness of a geriatric care model for frail older adults in primary care: results from a stepped wedge cluster randomized trial. *Eur J Int Med* 2016;28:43-51.
- 7 Ruikes FG, Zuidema SU, Akkermans RP, Assendelft WJ, Schers HJ, Koopmans RT. Multicomponent program to reduce functional decline in frail elderly people: a cluster controlled trial. *J Am Board Fam Med* 2016;29: 209-17.
- 8 Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2012.
- 9 Patterson SM, Hughes C, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD008165.
- 10 Hobma S. Polyfarmacie bij ouderen. *Huisarts Wet* 2013;56: 388-9.
- 11 Reactie N.D. Scherpbier-de Haan website H&W
- 12 <http://www.knmg.nl/Opleiding-en-herregistratie/RGS-1/Herregistratie/Huisarts-2.htm>.
- 13 Engels Y. Assessing and improving management in primary care practices in the Netherlands and in Europe. Dissertation. Nijmegen: UMC St Radboud, 2005.
- 14 Nouwens E, Van Lieshout J, Wensing M. Determinants of impact of a practice accreditation program in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2015;16:78.
- 15 Nouwens E, van Lieshout J, Bouma M, Braspenning J, Wensing M. Effectiveness of improvement plans in primary care practice accreditation: a clustered randomized trial. *PLOS One* 2014; 9(12): e114045.
- 16 Gaal S, Verstappen W, Wolters R, Lankveld H, van Weel C, Wensing M. Prevalence and consequences of patient safety incidents in general practice in the Netherlands; a retrospective medical record review study. *Implement Sci* 2011;6:37.
- 17 McKay J, Bradley N, Murray L, Bowie P. A review of significant events analysed in general practice: implications for the quality and safety of patient care. *BMC Fam Pract* 2009;10:61.
- 18 Hobbs FD, Bankhead C, Mukhtar T, Stevens S, Perera-Salazar R, Holt T, et al. Clinical workload in UK primary care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2007-14. *Lancet* 2016;387:2323-30.
- 19 Thompson M, Walter F. Increases in general practice workload in England. *Lancet* 2016;387:2270-1.
- 20 Murthy L, Shepperd S, Clarke M, Garner SE, Lavis JN, Perrier L, et al. Interventions to improve the use of systematic reviews in decision-making by health system managers, policy-makers and clinicians. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD 009401.
- 21 Oliver K, Innvar S, Lorenc T, Woodman J, Thomas J. A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Services Research* 2014;14:2.
- 22 Berwick DM. Era 3 for medicine and health care. *JAMA* 2016;315:1329-30.
- 23 Burgers J. Op koers naar een nieuw tijdperk. *Huisarts Wet* 2016;59:257.