



Houdbare zorg: niet zonder ons!

Samenvatting

Berden HJJM. *Houdbare zorg: niet zonder ons!* Huisarts Wet 2012;55(12):558-61.

We maken ons met reden zorgen over de houdbaarheid van ons zorgsysteem, maar het is te eenvoudig om daarbij alleen aan de stijgende kosten te denken. De wijze waarop wij tegen zorg aankijken, speelt een doorslaggevende rol. Om de zorg houdbaar te maken moet men daar rekening mee houden. Het begrip 'toegevoegde waarde' in de zorg verdient een nieuwe definitie, en dat vergt collectieve betrokkenheid van patiënten, politici en zorgverleners. De oplossingen vormen een samenhangend pakket dat steunt op vier pijlers: schep (en heb) geen onrealistische verwachtingen van het systeem, laat de voorschrijver wacht houden, zorg dat de patiënt niet langer een klant is maar een betrokken *co-maker* wordt, en beloon kwaliteit in plaats van kwantiteit.

INLEIDING

In deze tijd is er veel aandacht voor de almaar stijgende zorgkosten. Toch is dat niet het werkelijke probleem van ons zorgstelsel. Het échte probleem is dat van de houdbaarheid. En uiteraard zijn de kosten daarvan slechts een onderdeel. Als perspectief in deze beschouwing kies ik enerzijds voor de mensen aan wie zorg wordt gegeven, nu en in de toekomst, de patiënten, en anderzijds voor de mensen die in de zorg werken, de professionals. Ik zal eerst ingaan op de beperking hiervan en dan, na een nadere problematisering en analyse, stilstaan bij vier mogelijke oplossingen voor de bedreigde houdbaarheid van ons zorgstelsel.

Het gekozen perspectief geeft uiteraard een beperkt beeld van de werkelijkheid. Een van de aspecten die ik buiten beschouwing zal laten, is de economische waardering van de zorg, hoe belangrijk ook – zorg genereert niet alleen maar kosten, maar levert nadrukkelijk ook baten op.¹ De waarde van gezondheid kan uitgedrukt worden in termen van welzijn maar ook van geld, als ruilmiddel. Je kunt gezondheid en ziekte vertalen naar arbeidsproductiviteit en ziekteverzuim, en zelfs nog breder naar opleiding, scholing en werkgelegenheid in de zorg, en naar het aanjagen van wetenschap en technologie. Zo bezien zijn uitgaven voor de zorg investeringen die rendement opleveren.

Toch valt het ons zwaar om die baten echt goed in beeld te brengen. Ons instrumentarium is beperkt. Het populaire instrument van de *business case* is een goede illustratie. Dit instrument is in essentie niet veel meer dan de optelsom van wat iets kost en van wat het oplevert, en het heeft als belangrijke beperking dat immateriële kosten en baten niet goed te bepa-

len zijn. Dat kan mooi worden geïllustreerd met het voorbeeld van de afschaffing van de kinderarbeid aan het eind van de negentiende eeuw. Als Van Houten een *business case* zou hebben moeten opstellen voor zijn Kinderwetje, zou hij die nooit sluitend hebben gekregen vanuit boekhoudkundig of economisch oogpunt. Toch zijn de immateriële, maatschappelijke effecten een krachtige verantwoording achteraf gebleken. Meer recentelijk maakte de Amerikaanse econoom Sandel furore met zijn waarschuwing dat wij afglijden van een markteconomie naar een marktsamenleving.²

TOEGEVOEGDE WAARDE

In 2006 werd het begrip 'toegevoegde waarde' in de zorg geïntroduceerd. Vooral het werk van Porter zette ertoe aan dat men kritisch ging kijken naar wat de zorg werkelijk aan waarde toevoegt.³

Deze toegevoegde waarde heeft betrekking op het niveau van een patiënt en/of een handeling, maar of wij daar in ons handelen altijd daadwerkelijk rekening mee houden, is nog maar de vraag. Een mooi voorbeeld treffen we aan in het lente-akkoord: de eigen bijdrage van 7,50 euro ligt voor één dag in het ziekenhuis. Geen patiënt zal opname heroverwegen of verwerpen omdat hij de bijdrage niet wil of kan betalen, dus als stuurmiddel heeft deze eigen bijdrage geen enkele betekenis. Het innen en doorsluizen van het geld zorgt daarbij voor een administratie die er vermoedelijk toe zal leiden dat de maatregel per saldo geen geld oplevert of zelfs geld gaat kosten. In termen van toegevoegde waarde is het dus een *zero sum game*.

Er zijn veel aanwijzingen dat zorg niet altijd voldoende waarde toevoegt. Ten eerste is van diverse kanten aangetoond dat veel verrichtingen niet of zelfs gecontra-indiceerd zijn.⁴ In

De kern

- In de discussie over de houdbaarheid van het Nederlandse zorgstelsel staan de kostenstijgingen centraal, maar houdbaarheid is niet te realiseren als men alleen de kosten aanpakt.
- De vergrijzing wordt vaak aangevoerd als aanjager van kostenstijging, maar heeft daar slechts een gering aandeel in.
- Het grootste deel van de opwaartse druk op de kosten komt voor rekening van overspannen verwachtingen: dat meer altijd beter is, dat iedereen altijd recht heeft op alle voorzieningen en dat tegen een scherpe prijs – die niemand overigens precies kent.
- Houdbaarheid is alleen te bereiken als patiënten, overheid én zorgverleners, collectief op een andere manier tegen de zorg gaan aankijken en hun waarderingen en waarden dienovereenkomstig aanpassen.
- Artsen worden uitgenodigd als voorschrijver verantwoordelijkheid te nemen voor gepast gebruik.

St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg/Universiteit van Tilburg, Postbus 90151, 5000 LC Tilburg; prof.dr. H.J.J.M. Berden, Raad van Bestuur/hoogleraar Organisational development in hospitals • Correspondentie: b.berden@elisabeth.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

de Verenigde Staten proberen beroepsverenigingen van artsen zulk ongepast gebruik actief terug te dringen.^{5,6} De Amerikaanse arts Brody gaf de richting aan door te stellen dat elk specialisme een top vijf van obsoleete verrichtingen zou moeten opstellen.⁷ De Nijmeegse onderzoeker Grol schatte dat zo tot 25% van alle verrichtingen in de zorg niet of zelfs gecontra-indiceerd is.

Een tweede relevant punt is de grote variatie tussen artsen, ziekenhuizen en regio's. Fisher onderzocht dit voor de periode 2006-2008 en vond grote regionale variatie.⁸ Hij berekende dat men zoveel verrichtingen achterwege zou kunnen laten dat er op verantwoorde wijze bijna eenderde op de kosten bespaard zou kunnen worden. Op zichzelf is dat geen nieuws: al in de jaren tachtig en negentig brachten twee Nederlandse ziekenfondsen onderzoeksrapporten uit over de interdoctervariatie.^{9,10} Daarin viel te lezen dat baarmoederoperaties in het ene gebied driemaal zo vaak werden uitgevoerd als in het andere, en septumcorrecties zelfs zevenmaal. Ook de variatie tussen huisartsen bleek groot: het voorschrijven van antibiotica verschilde een factor 20 en van benzodiazepines een factor 10. Men kan zich natuurlijk afvragen of dit ruime zorggebruik niet gewoon geïndiceerd is. Fisher vond hier echter geen aanwijzingen voor, en onderzoek van Sirovich in de Verenigde Staten liet zien dat regio's met lage kosten niet bekibbelden op geïndiceerde zorg, maar dat wel degelijk deden op niet of onvoldoende geïndiceerde zorg.¹¹

Een derde aanwijzing die twijfel oproept aan de 'echtheid' van de toegevoegde waarde is de jaarlijkse stijging van zorgkosten van 4 à 6%. Uit de voorlopige cijfers over 2011 blijkt dat de zorgkosten twee miljard euro méér gestegen waren dan de begrote 2,5%. Hoe is deze stijging te verantwoorden? Ter legitimering wijst men vaak op de vergrijzing, maar dat is niet de werkelijke oorzaak. Diverse analyses laten immers zien dat slechts 0,5 tot 1% van de stijging in de curatieve sector te wijten is aan de vergrijzing. Daarmee blijft bijna 90% van de stijging buiten beeld en dat is zeer onbevredigend. Ook hier is de vraag welke opbrengsten tegenover de toenemende kosten staan. Veel onderzoeken hebben laten zien dat de toegevoegde waarde van enkelvoudige verrichtingen soms beperkt is – zoals een niets toevoegende artroscopie bij al versleten knieën. Ook interessant is de zorg aan het einde van het leven, die zoals bekend zeer kostbaar is. Een elegant longitudinaal onderzoek volgde de laatste levensfase van 603 zieke patiënten in meerdere centra, en mat uiteindelijk de zorgkosten in hun laatste levensweek.¹² Er werden twee groepen gevormd: een groep van 188 patiënten die regelmatig met hun behandelaar spraken over de zorg die bij het naderende einde hoort, en een controlegroep van 415 patiënten die de gebruikelijke zorg kregen. De groep die intensieve begeleiding kreeg, was tevredener en genereerde 40% minder kosten, zonder verschil in overleving. Er blijkt een inverse relatie te bestaan tussen kosten en de ervaren kwaliteit van leven zoals waargenomen door patiënten én door betrokken zorgverleners.

Onderzoeken zoals de genoemde maken duidelijk dat alle zorg iets kost, maar dat niet alle zorg ook iets toevoegt. Daar

ligt een belangrijk potentieel voor gezonde zorg: het verwijderen van zorg die toegevoegde waarde heeft.

HET PERSPECTIEF VAN DE BURGER

Hoe kijkt de burger aan tegen de zorg? En hebben de werkers in de zorg, inclusief de beleidsmakers, daar wel goed zicht op? Ik benoem drie relevante aspecten.

Maakbare zorg

Nederlanders hebben een groot geloof in de maakbaarheid van gezondheid en het kunnen werken aan ziekte. Bovendien hebben ze een groot geloof in de bijdrage die zorg aan de gezondheid kan leveren, en slechts een gering geloof in berusting. Daarin onderscheidt de Nederlander zich overigens niet van (westerse) buitenlanders.

Bij dat geloof en deze verwachting past mateloosheid: meer is beter. Het verschil tussen maximaal en optimaal vervaagt, en de fameuze trechter van Dunning lijkt verder weg dan ooit. Die trechter, ontworpen door oud-cardioloog Dunning, selecteerde de mogelijkheden zodat uiteindelijk alleen inhoudelijk verantwoorde zorg zou overblijven. Maar in de perceptie mag meer dan altijd beter zijn, in werkelijkheid is dat natuurlijk niet zo: de wet van de afnemende meeropbrengst steekt daar een stokje voor. Ook in het buitenland is dit aan de orde, maar op sommige punten zijn er ook grote verschillen met Nederland.

Het grote buffet

Nederland kent een uniek verstrekkingenpakket voor verzekerden. Vrijwel alle zorg valt binnen dat pakket, en daar hecht men zeer aan. Een mooi voorbeeld is de rollator: men is inmiddels toe aan de derde poging om dit hulpmiddel uit het pakket te verwijderen. Op individueel niveau is het een kleine uitgave, maar die is inmiddels model komen te staan voor het verlies van solidariteit. Een open discussie hierover wordt belemmerd door een ander typisch Nederlands fenomeen, de verwevenheid tussen inkomen en solidariteit in de zorg. De aanspraak van het individu mag niet minder zijn wanneer het inkomen lager is. Dat levert een krachtige impuls om het 'grote buffet' vooral te behouden.

De combinatie van hoge verwachtingen, de perceptie dat meer ook beter is en de gehechtheid aan het grote buffet be-

Abstract

Berden HJMM. Sustainable care: not without us! *Huisarts Wet* 2012;55(12):558-61.

While the sustainability of health care is a cause of concern, it is too simple to think solely in terms of rising healthcare costs. How health care is perceived is a major determinant and should be taken into consideration when attempting to make health care sustainable. The term 'added value' needs to be re-defined with respect to health care, and this will involve the collected involvement of patients, politicians, and healthcare professionals. The solutions form a cohesive whole that is based on four aspects: do not create or have unrealistic expectations about the system, let the prescriber monitor costs and needs, ensure that the patient is no longer a client but an involved co-decision-maker, and reward quality rather than quantity.

vordert een *all you can eat*-houding. Men heeft recht op het complete diagnostische en therapeutische arsenaal, en baat het niet dan schaadt het niet.

Tegen een scherpe prijs

We betalen in Nederland per jaar éénmaal een *fee* voor, grosso modo, alle zorg, onafhankelijk van het werkelijke beroep dat we op die zorg doen. Tegenover die jaarlijkse inleg van 1100 à 1200 euro staan echter de werkelijke uitgaven van, gemiddeld, ruim 4500 euro per persoon per jaar. Dat noch de burger, noch de professional bekend is met de prijzen van verrichtingen maakt het lastig de uitgaven te schatten.

WAARDE EN WAARDERING

De drie zojuist genoemde factoren geven een opwaartse druk op de zorgconsumptie én op de bijbehorende uitgaven zonder dat er sprake is van toegevoegde waarde. Dat is een aanval op de houdbaarheid van onze zorg, want het leidt tot verdringing en uitputting. Verdringing omdat er minder geld overblijft voor collectieve bestedingen in bijvoorbeeld infrastructuur en openbare orde. In tijden van economische krimp is deze verdringing extra voelbaar. Uitputting omdat het aantal mensen dat de zorg moet (gaan) leveren omhoog moet. In 2007 leverden 1,2 miljoen werkenden in de zorg 800.000 werkjaren. Men schat momenteel dat dit in 2030 respectievelijk 1,65 miljoen werkenden en 1,1 miljoen werkjaren zouden moeten zijn, een groei van 12% naar 18% van de beroepsbevolking.

Dit alles maakt duidelijk dat onze huidige invulling van zorg op termijn niet goed houdbaar is. Dat heeft zeker met de stijgende kosten te maken, maar nadrukkelijk ook met hoe wij naar zorg kijken: waarde én waardering.

EEN COLLECTIEF PAKKET VAN OPLOSSINGEN

Hoe komt het toch dat er geen eenvoudige oplossingen lijken te zijn? Onduidelijk is wie de verantwoordelijkheid moet nemen. Vaak gaat het al snel over de burger die zijn verantwoordelijkheid niet neemt, bijvoorbeeld omdat hij 'ten onrechte' verichtingen opeist. En over de politiek, die geen of onvoldoende keuzes maakt. Deze aantijgingen zijn niet geheel onterecht, maar op zijn minst onvolledig. Ook de zorgprofessional is verantwoordelijk voor de houdbaarheid van de zorg, maar die verantwoordelijkheid is slechts beperkt zichtbaar. Dat geldt voor de individuele voorschrijver, maar zeker ook voor de KNMG als medische koepelorganisatie.

Eenvoudig is het echter allerm minst. Enkelvoudige oplossingen zullen niet werken, en de problemen moeten worden opgelost langs een andere weg dan die waarlangs zij zijn ontstaan. In ieder geval is collectieve verantwoordelijkheid aan de orde. Een collectief pakket van oplossingen zal moeten bestaan uit vier samenhangende delen.

Realistische verwachtingen

De hoge verwachtingen ten aanzien van de zorg moeten worden teruggeschroefd tot realistische proporties. Dat vraagt om een enorme ommezwaai van de burger, maar ook van dege-

nen die deze verwachtingen schiepen en nog steeds scheppen. Dit laatste wordt treffend geïllustreerd door de ronkende wijze waarop de zorg zich in de lekenpers presenteert. Die maakt van artsen karakters met allure en beschrijft de zorg als het leveren van louter zegenrijke oplossingen. Het is waardevol als een huisarts patiënten uit het ziekenhuis houdt: we weten dat 30% van de opgenomen zeventigplussers het ziekenhuis weer verlaat met nieuwe, op zichzelf staande beperkingen zoals niet meer zelf kunnen koken, wassen en zich aankleden. Wat betekent 'beter worden' dan nog precies?

Een vergelijking met het verkeer kan deze vraag inzichtelijk maken. Alle bestuurders hebben les gehad en beheersen de basisvaardigheden. Toch maken chauffeurs onbegrijpelijke fouten, soms met vreselijke gevolgen. Daar zijn ook verwijtbare fouten bij, zoals door rood rijden. Hoeveel regels en codes er ook zijn, ze worden af en toe overtreden door mensen zoals u en ik. We accepteren dat veiligheid iets is wat altijd beter kan en de moeite waard blijft om na te streven, zonder dat dat ooit zal leiden tot nul fouten of ongevallen.

Voorschrijver op wacht

Voorschrijvers moeten gaan 'consuminderen'. In plaats van onschuldig toeschouwer te blijven, gaan ze actief op zoek naar zorg die niets toevoegt en alleen kosten veroorzaakt, en nemen ze de verantwoordelijkheid voor gepast gebruik. En dat blijkt ook realiseerbaar. Brody's reeds aangehaalde stelling dat ieder vakgebied zonder veel moeite een top vijf obsoleet kan opstellen, oogstte bijval van Amerikaanse artsorganisaties en specialistenverenigingen. Er lijkt een mooie taak weggelegd voor het NHG en de overige wetenschappelijke verenigingen, zo nodig gestimuleerd door de KNMG, om de medische consumptie terug te dringen. Voorbeelden zijn er genoeg, zoals de minimale toegevoegde waarde van een deel van de second en nagenoeg alle third opinions, ecg-'screenings' van asymptomatische laagrisicopatiënten enzovoort.

Betrokkenheid van de patiënt

De klant is geen koning. In de zorg is de stelregel dat de patiënt koning klant is, nog steeds levend. Die patiënt legt, getooid met informatie, zijn gedachten en verwachtingen eisend op tafel met de specificaties van uitkomst en opleveringsdatum erbij. In de zorg is dat echter niet aan de orde: hier gaat het om het in gezamenlijkheid scheppen van de geleverde dienst, om *co-makership*. Een toenemend aantal patiënten voelt zich in de huidige zorg buitengesloten en ervaart onvoldoende begrip voor de eigen opvattingen en waarden. En mist bovendien door de behandelaar overgedragen informatie.

Ook al is *co-makership* een aansprekend concept, het realiseren van een werkbaar invulling is nog niet zo eenvoudig. *Shared decision-making* is een operationalisatie waarmee in Engeland en de Verenigde Staten al veel ervaring is opgedaan. In de kern draait het om besef en begrip bij de patiënt van de (be)handelingsopties en uitkomsten, tegen het licht van de eigen voorkeuren en waarden en die van familie en vrienden. Een door de Cochrane Collaboration uitgevoerde analyse van

86 trials toonde dat patiënten positief zijn over deze vorm van betrokkenheid. De extra tijd die patiënt en professional daarin steken, leidt tot toename van kennis bij de patiënt, betere inschatting van de risico's, minder passiviteit en een in de tijd consistentere redeneren. Denk aan de huisarts die met een terminale patiënt overlegt welke zorg werkelijk nog iets toevoegt. Het kost tijd om vanuit de beleving en de waarden van patiënt en zijn naasten tot een besluit te komen waar iedereen achter staat.¹³

Een kleine zijstap richting politiek. Het lenteakkoord heeft een aantal maatregelen afgekondigd, waaronder verkleining van het zorgpakket en verhoging van de eigen bijdrage en het eigen risico. Deze maatregelen zijn begrijpelijk vanuit het strikte doel van bezuinigen, maar er spreekt geen werkelijke visie uit of zelfs maar een samenhangende gedachtenlijn die resulteert in een toekomstbestendig zorgsysteem. Dat maakt ook dat deze maatregelen vooral zullen worden beschouwd als een aanval op de solidariteit, en dus eerder weerstand zullen genereren dan besef en begrip. Dat valt te betreuren, ook omdat we de overheid hard nodig hebben als bewaker van een coherent zorgstelsel.

Bouwen op kwaliteit

Betalen voor verrichtingen die iets toevoegen aan de gezondheid, met inbegrip van vermindering van onzekerheid of lijden, dat is betalen voor kwaliteit van zorg. En dat moet worden gestimuleerd. Hoe anders is de huidige werkelijkheid: beloning vindt vooral plaats op volume en het principe van *you get what you pay for* – hoe meer verrichtingen, hoe meer er wordt betaald – zorgt voor een opwaartse druk. Dit marktdenken past echter niet bij de positie van de patiënt als betrokken deelnemer en de voorschrijver als wachter in de zorg. Men zou daarentegen het op juiste indicatie voorschrijven dan wel onthouden van verrichtingen moeten belonen, want dat voegt iets toe aan de gezondheid en verbetert aldus de kwaliteit. Betalen voor kwaliteit past beter dan betalen voor kwantiteit. Het belonen van de huisarts die doorverwijzing en alle zorg die daaruit voortvloeit op goede gronden tegenhoudt, is daarvan een illustratie. De tijd nemen om patiënten gerust te stellen in plaats van ze door te verwijzen, dat pleit voor herinvoering van een vast abonnementstarief, het zogenaamde kijk- en luistergeld!

CONCLUSIE

Samenvattend is er reden tot bezorgdheid over de houdbaarheid van ons zorgsysteem. Het is te eenvoudig om

dit gelijk te stellen aan het probleem van de kostenstijging. Het Nederlandse systeem is de resultante van een historische ontwikkeling en van de wijze waarop wij tegen de zorg aankijken, dus ook van onze waardering en onze waarden. Om de zorg houdbaar te maken moet men daar rekening mee houden. De vier samenhangende oplossingsrichtingen die hierboven gepresenteerd zijn, vragen nadrukkelijk om betrokkenheid van alle partijen. ■

Frans Huygenlezing

Deze beschouwing is een bewerking van de zevende Frans Huygenlezing, die werd uitgesproken op 22 mei 2012 tijdens de netwerkdag van de afdeling Eerstelijngeneeskunde van het UMC St Radboud te Nijmegen. De Frans Huygenlezing werd in 1992 in het leven geroepen door de 'Corona' van mensen die bij Frans Huygen zijn gepromoveerd. Frans Huygen was een van de grondleggers van het NHG en een van de eerste hoogleraren Huisartsgeneeskunde in Nederland. De lezing wordt tweejaarlijks uitgesproken.

LITERATUUR

- 1 Pomp A. Een beter Nederland: de gouden eieren van de gezondheidszorg. Amsterdam: Balans, 2010.
- 2 Sandel MJ. What money can't buy: the moral limits of markets. New York: Farrar, Straus & Giroux, 2012.
- 3 Porter ME, Olmsted Teisberg E. Redefining healthcare: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press, 2006.
- 4 Ovretevit J. Quality saving money: a review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health care providers. London: The Health Foundation, 2009.
- 5 The Good Stewardship Working Group. The top 5 list in primary care: meeting the responsibility of professionalism. Arch Intern Med 2011;171:1385-90.
- 6 US physician groups identify commonly used tests or procedures they say are often not necessary [internet]. Philadelphia, PA: ABIM Foundation, 2012. <http://www.prnewswire.com/news-releases/us-physician-groups-identify-commonly-used-tests-or-procedures-they-say-are-often-not-necessary-146046345.html>, geraadpleegd september 2012.
- 7 Brody H. Medicine's ethical responsibility for health care reform: the top five list. N Engl J Med 2010;362:283-5.
- 8 Fisher ES, Bynum JP, Skinner JS. Slowing the growth of health care costs: lessons from regional variation. N Engl J Med 2009;360:849-52.
- 9 Post D, Geschiere R, Bleyenbergh AJJ, et al. Hier meer, daar minder... [intern rapport]. Zwolle: Ziekenfonds Het Groene Land/Regionaal Ziekenfonds Twente, 1990.
- 10 Casparie AF, Geschiere R, Post D, Van Harten WH. Verschillen in zorgverlening tussen 11 kno-maatschappen in twee ziekenfondsregio's. Ned Tijdschr Geneesk 1991;135:754-8.
- 11 Sirovich B, Gallagher PM, Wennberg DE, Fisher ES. Discretionary decision making by primary care physicians and the cost of US health care. Health Aff (Millwood) 2008;27:813-23.
- 12 Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, Nilsson ME, Maciejewski ML, Earle CC, et al. Health care costs in the last week of life: associations with end of life conversations. Arch Intern Med 2009;169:480-8.
- 13 Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev 2011; Issue 10. Art. No.: CD001431.