

Zolang we artsen blijven betalen voor het volume aan operaties en niet voor het resultaat, schiet het met de kwaliteit van de zorg niet op. Er wordt te snel en per regio ook zeer verschillend geopereerd. 'Maar meten wat het voor de gezondheid oplevert doen we nauwelijks,' signaleert Gert Westert, de nieuwe hoogleraar Kwaliteit van Zorg van de Radboud Universiteit Nijmegen. Zorgverzekeraars moeten in hun vergoeding aan ziekenhuizen nadrukkelijk op kwaliteit sturen, bepleit Westert. 'En betrek patiënten serieus in de medische besluitvorming.'

**De Autoriteit** | Loek Kusiak

**Hoogleraar Kwaliteit van Zorg Gert Westert:**

# 'Het gaat om het opsporen van onnodige ingrepen'

**U bent geen dokter, maar onderzoeker van de gezondheidszorg die de diagnose stelt dat de zorg zelf ook patiënt is geworden. Om welke ziekte gaat het?**

'Er zitten weeffouten en onvolkomenheden in het systeem van financiering en in de relatie medicus-patiënt. De kostengroei in de zorg is verontrustend.

Tegelijkertijd zijn en blijven de verschillen in kwaliteit van de zorg groot. Er is een disbalans. Het gaat teveel over het middel 'zorg' en te weinig om het doel, ofwel de gezondheid van de patiënt. Het huidige honoreringssysteem dicteert dat het verrichten van een operatie profijtelijk is en het achterwege laten van een operatie nadelig. Soms is er echter weinig wetenschappelijk bewijs dat opereren de gezondheid bevordert. Rughernia's en amandelen zijn bekende voorbeelden.

Artsen denken: 'We weten niet wat het resultaat is, maar we doen het en hopen er het beste van.' Het financiële belang van het ziekenhuis lijkt dan te prevaleren. We zitten in een cultuur van 'meer is beter'. In een recent rapport van de RVZ staat ook letterlijk: 'Sturing vindt nu vooral plaats op verrichtingen, niet op het resultaat ervan.' Resultaten worden ook niet systematisch vastgelegd en kritische reflectie op het eigen handelen komt bij artsen nog weinig voor. Daarbij denken veel patiënten dat het nauwelijks uitmaakt welke arts of welk ziekenhuis je bezoekt. Maar dat maakt wel degelijk uit.

**U doelt op verschillen die er regionaal in kwaliteit van zorg zijn?**

Absoluut. Nummer één op het vlak van ongemakkelijke waarheden in de Westerse gezondheidszorg is praktijkvariatie. Als in een regio een groep artsen veel baarmoederoperaties uitvoert, lopen zwangere vrouwen een groter risico op deze operatie dan in regio's waar artsen neigen tot: 'Eerst maar even afwachten.' We weten ook dat artsen in de drie noordelijke provincies veel meer operaties voor een rughernia uitvoeren dan in Overijssel en Zeeland. Het zijn historisch gegroeide patronen, van lokale of regionale standaarden in één stijl van opereren door een groep artsen. Gynaecologen schrokken toen ik hun cijfers over hun handelen presenteerde. De kans op een ongeplande keizersnede bij laagrisicozwangerschappen, bij vrouwen die gezond zijn en de baby in een normale schedelgigging dragen, verschilt van 7 tot 31 procent tussen Nederlandse ziekenhuizen. Deze praktijkvariatie per regio waar je de zorg ontvangt, is wel zo opmerkelijk groot dat het een loterij lijkt. En dat zou niet mogen, vooral ook omdat een keizersnede een uitermate zware ingreep is.

**Er verschijnen lijsten of rankings over wat goede en minder goede ziekenhuizen zijn, maar informatie over het risico dat ik loop om onnodig onder het mes te**



## CV Prof. dr. Gert Westert (Ommen, 1961)

Gert Westert is hoogleraar Kwaliteit van Zorg en directeur van IQ healthcare aan het UMC St. Radboud, een van de grootste onderzoeksinstituten op het terrein van kwaliteit en veiligheid in Europa. Westert studeerde sociale wetenschappen in Groningen en specialiseerde zich in de medische sociologie, epidemiologie en statistiek. Zijn terreinen van expertise zijn: kwaliteit en veiligheid van zorg, doelmatigheid en internationale vergelijking van gezondheidszorgsystemen. Voor zijn komst naar het Radboud was hij ruim tien jaar werkzaam bij het RIVM in Bilthoven en houder van de bijzondere leerstoel 'Kwaliteit huisartsenzorg en ziekenhuiszorg' aan de Universiteit Tilburg.

### **komen ontbreekt. Dat is een paradox. Hoe is dat te veranderen?**

Dat kan met een landelijke dekkende atlas waarin kaarten staan met regionale verschillen in zorggebruik en operaties. In een heldere uitleg moeten patiënten kunnen vergelijken of vaststellen wat veel en weinig is, wat zinnig en onzinnig is. In Duitsland bestaat dit al, middels een website. Over het ontwikkelen van zo'n atlas ben ik momenteel in gesprek met allerlei partijen, zoals het RIVM. Nederland heeft wel de ambitie om transparant te zijn, maar het feitelijke inzicht over wat we in de zorg doen is betrekkelijk gering. Toch vragen patiënten steeds meer om aantoonbare kwaliteit: 'Dokter, heb ik wel baat bij deze operatie? Zijn er alternatieven?' En anders zullen social media, digitale patiëntenplatforms en cliëntencommunities wel dwingen tot transparantie van kwaliteit. Het is meten of gemeten worden. Lijstjes in de media over de prestaties van en sterftecijfers in ziekenhuizen vind ik prima. Maar er zijn nog andere en belangrijker indicatoren te bedenken waar we studie naar moeten doen.

### **Zoals?**

Zoals het resultaat van zorg, of het effect van zorg op de kwaliteit van leven. Tegen iemand die op hoge leeftijd om een risicovolle behandeling vraagt, zou je als arts moeten zeggen: 'U wilt dat wel, maar wat wilt u verder

nog doen in uw leven?'. Die vraag wordt nu nauwelijks gesteld. Het gezondheidsdoel van een patiënt wordt vaak niet goed samen geformuleerd. Daardoor komen mensen, vooral ouderen, in een maalstroom van behandelingen bij verschillende specialisten terecht. Tegen enorme kosten, maar zonder er beter en gelukkiger van te worden.

### **Hebben artsen wel in de gaten dat de betaalbaarheid van de zorg ondergraven wordt als de discrepantie tussen zorgkosten én kwaliteit van zorg blijft toenemen?**

We zullen de komende tien jaar bezuinigen in de zorg, en het slechtste antwoord op het bieden van goede zorg is dat je alléén maar bezuinigt. We moeten dus slimmer en efficiënter gaan werken, ofwel: onnodige dingen niet meer doen. Daarvoor moeten we systematisch meten wat goede zorg is, want wat goede zorg is weten we werkelijk niet. Ik denk wel dat professionals beginnen te snappen dat onnodige chirurgie het systeem financieel onhoudbaar maakt. Door hen te confronteren met spiegelinformatie uit de atlas met regionale zorgverschillen ben je al een stap op weg. Is de practice based medicine in Groningen, waar veel rughernia's worden geopereerd, zoveel slechter ontwikkeld dan in Zeeland, waar ze minder opereren? Laat artsen dat verhaal maar eens vertellen en uitzoeken.

**Onder het nieuwe DOT-systeem wordt nog steeds betaald voor de hoeveelheid chirurgische ingrepen en niet voor resultaat. Kunnen we dit declaratiesysteem niet zodanig aanpassen dat ook de resultaten van ingrepen als graadmeter gelden?**

Dat zal onvermijdelijk zijn. Maar welke kwaliteit vergoed je wel en welke niet? Sturen op kwaliteit begint met onderzoek. Ook voor het academisch ziekenhuis UMC St Radboud is het goed om een bepaald volume aan productie in operaties te halen, al is de prikkel hier iets minder omdat artsen in loondienst zijn. IQ Healthcare doet nu samen met chirurgen onderzoek naar de effectiviteit van allerlei operaties, zoals galblaasoperaties. Die leiden, weten we uit internationale literatuur, in 30 procent van de gevallen niet tot het goede resultaat. Mensen bij wie de galblaas is verwijderd, blijven klachten houden. Misschien was de operatie wel niet nodig geweest. Aan de hand van de methodiek PROM, wat staat voor Patient Related Outcome Measure, vragen we patiënten voor en na een operatie met specifieke vragenlijsten naar hun klachten. De score in verschil voor en na een operatie geeft aan hoe effectief de operatie voor iemand is geweest. Artsen hoeven dat samen met ons alleen maar te analyseren en te integreren in hun behandelbeleid. Zo hoop je het aantal onnodige operaties te verminderen, of in ieder geval de indicatiestelling te verbeteren. Nu meten we vrijwel niks over het resultaat van handelen. In Engeland bestaat de PROM-methodiek al en is de vergoeding aan ziekenhuizen gekoppeld aan de PROM-scores.

**Hoe zou zo iets dan in het honoreringssysteem bij ons zijn weerslag moeten krijgen?**

Een systeem waarbij artsen wèl geprikkeld worden om kwaliteit te verhogen en volume te reduceren is het shared savings-model. Het is nog vrij pril, maar er wordt al mee geëxperimenteerd in de huisartsenzorg. De kern is dat je met de zorgverzekeraars afspraken maakt over het volume en de gedeelde inkomsten aanwendt voor het opsporen van onnodige chirurgie. Neem opnieuw de galblaasoperaties. Het ziekenhuis krijgt voor 100 procent galblaasoperaties betaald, maar gaat op termijn niet meer dan 80 procent van de aangemelde gevallen opereren. Met de uitgespaarde 20 procent aan financiële middelen onderzoekt het ziekenhuis welke patiënt wel en welke geen voordeel heeft bij een operatie. Shared savings is dus winst voor het ziekenhuis, want dat kan PROM's ontwikkelen en kwaliteit verbeteren. Het is winst voor de patiënt, maar ook voor de zorgverzekeraar die door inkoop van zorg van hogere kwaliteit ook beter de kosten beheerst. Zorgverzekeraars moesten bij de invoering van de Zorgverzekeringswet de rol als regisseur, als aanjagers van de kwaliteit van de zorg op zich nemen. Maar dat doen ze nog veel te traag en aarzelend. Ze moeten snel een systeem van honorering forceren dat zich volledig richt op kwaliteit van zorg. Zij moeten nog beter patiënten adviseren, niet alleen vrijblijvend, om voor een bepaald type zorg naar ziekenhuis A en niet naar B te gaan.

**Moet de huisarts, als poortwachter, niet als eerste de selectie maken in onnodige en urgente zorg?**

Vergeleken met andere landen, waar je voor een kwaaltje al snel in het ziekenhuis belandt, heeft ons land huisartsen die 95 procent van de klachten zelf weten op te lossen. Wat de huisarts minder goed doet, is de patiënt na verwijzing naar een specialist te coachen. Na verwijzing is de coördinatie in de informatie-uitwisseling over de patiënt vaak zoek, vooral als de patiënt bij meerdere specialisten onder controle is. De huisarts weet dat vaak niet eens. Een huisarts die als coach fungeert, kan de coördinatie naar zich toe trekken. Ik pleit voor sterke inhoudelijke regie bij de eerste lijn.

**Bij het verbeteren van de kwaliteit van de zorg ziet u ook een sleutelrol weggelegd voor de patiënt. 'Want anders wordt de zorg nog zieker,' zei u bij de aanvaarding van uw hoogleraarschap. Hoe ziet die sleutelrol er uit?**

Patiënten zijn steeds meer in staat om mee te beslissen. We moeten ze daarbij ondersteunen. Bij veel behandelingen zijn er meerdere opties. Patiënten kunnen artsen dan helpen om tot een besluit te komen, waarin de patiënt centraal staat. We weten uit onderzoek dat de voorkeuren van artsen en patiënten over een behandeling en het effect ervan op de kwaliteit van leven sterk verschillen. Wat we nodig hebben is shared decision making, gezamenlijke besluitvorming. In het ideale geval blijft de arts met de patiënt in dialoog en hakken ze samen de knoop door. Uit enquêtes onder vrouwen die behandeld zijn voor borstkanker, weten we dat 50 procent naar eigen zeggen volledig betrokken is geweest bij diagnose en behandeling. De andere helft van deze vrouwen dus niet, of onvolledig. Dat duidt erop dat de arts nog sterk zijn stempel op het behandeltraject drukt. Ik zie gelukkig een generatie jonge artsen opkomen die al van nature de dialoog met de patiënt voert over zin en onzin van operaties of andere interventies.

**Zal een Kwaliteitsinstituut voor de Zorg, zoals de minister dat wil oprichten, de verschillen in kwaliteit kunnen terugbrengen?**

Of zo'n instituut snel kan zorgen voor een betere balans tussen kostenontwikkeling en kwaliteitsverbetering betwijfel ik. Het instituut gaat zich toeleggen op de normering van wat goede zorg is en de sector aansporen aantoonbare kwaliteit te leveren. Hiervoor heeft het consortium IQ Healthcare, NIVEL en het iBMG van de Erasmus Universiteit zijn onderzoeksexpertise aangeboden aan het Kwaliteitsinstituut in oprichting. Maar met het ontwikkelen van normen en richtlijnen alléén ben je er nog niet. Tegelijk zijn er nog andere omstandigheden of prikkels nodig om goede zorg te realiseren, zoals betalen voor resultaat en kwaliteit en niet betalen voor vermijdbare schade. Dat vraagt om moed. Het Kwaliteitsinstituut kan dat niet voor elkaar krijgen zonder de zorgverzekeraars en de politiek. |