

CELSUS  
ACADEMIE VOOR  
BETAALBARE  
ZORG



TALMA  
INSTITUTE

---

# Talma uitgave: 'Samen kiezen voor gepaste zorg'

---

Werkdocument / eerste  
inhoudelijke verdieping  
(mei 2016)

---

Auteurs: E. van der Hijden, S. Steenhuis,  
C. Smisaert, P. de Bekker  
Reeks onder redactie van: D. Bannink, E.  
van der Hijden, X. Koolman en S. Ybema  
Talma Instituut, Vrije Universiteit  
Amsterdam

---

## Inhoud

1	Inleiding .....	3
1.1	Het Talma Zorgprogramma .....	3
1.2	Het thema ‘Samen kiezen voor gepaste zorg’ .....	4
1.3	Leeswijzer .....	4
2	Casus: ‘gestraft’ voor gepaste zorg .....	5
2.1	Belonen per ingreep als perverse prikkel .....	5
2.2	Wat zegt de casus over institutionele belemmeringen? .....	5
3	Kennisverdieping .....	7
3.1	Gepaste zorg: een definitie .....	7
3.2	Zorg op basis van professionele normen .....	8
3.3	Bij gepaste zorg besluiten patiënt en zorgverlener samen .....	13
3.4	Praktijkvariatie wijst mogelijk op afwezigheid gepaste zorg .....	15
3.5	De invloed van prikkels op gepaste zorg .....	19
3.6	Het belang van multidisciplinair onderzoek naar institutionele dilemma’s .....	23
4	Institutionele dilemma’s en onderzoeksvoorstellen .....	25
4.1	Bedoelde versus onbedoelde effecten .....	25
4.2	Integratie versus differentiatie .....	26
4.3	Verandering versus stabiliteit .....	27
4.4	Leefwereld versus systeemwereld .....	28

## 1 Inleiding

### 1.1 Het Talma Zorgprogramma

Het Talma Instituut doet multidisciplinair wetenschappelijk onderzoek naar institutionele barrières in de zorg en de sociale zekerheid. Het herkennen en helpen wegnemen van die barrières, dat maakt de zorg doelmatiger, en daarvoor is het Talma Zorgprogramma opgericht. Doelmatige zorg is zorg met een optimale verhouding tussen de publieke doelen van het zorgstelsel: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De verhouding tussen deze doelen wordt vormgegeven in een complexe wereld van regulering en professionele routines, (markt)mechanismen, prikkels, stelsels en zorgorganisaties. We spreken van een institutionele barrière als duidelijk is dat zorg met een betere verhouding tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid niet tot stand komt door de wijze waarop de zorg is georganiseerd. Een barrière is *niet* institutioneel wanneer een organisatie de barrière heeft weten te slechten en een andere niet.

Het Talma Zorgprogramma staat voor:

1. hoogstaand onderzoek gevoed door meerdere disciplines
2. dat wordt uitgevoerd i.s.m. met maatschappelijke partners
3. op thema's en vraagstukken die door onze partners zijn geprioriteerd
4. dat voor onze partners getuigt van inzicht in hun positie en rol in de zorg
5. met als doel kennisontwikkeling gericht op het wegnemen van belemmeringen voor optimale kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.

Voor u ligt een eerste inhoudelijke verdieping van een van de vier (voorlopige) thema's van het Talma Zorgprogramma: 'Samen kiezen voor gepaste zorg.' De andere drie thema's zijn 'Faciliteren van innovatie,' 'Inkopen met zorg' en 'Geïntegreerde zorg' en zijn onderwerp van vergelijkbare uitgaven. Deze thema's vloeien voort uit de 32 onderwerpen die onze maatschappelijke partners naar voren brachten tijdens de inventarisatie van hindernissen die zij ervaren bij het optimaal dienen van patiënten, cliënten en verzekerden.

De vier thema-uitgaven samen dienen ieder ter voorbereiding voor de deelnemers van een van de verdiepende seminars over deze thema's in mei 2016. Tijdens deze seminars wordt er concreet invulling gegeven aan de uitwerking van de onderzoeksthema's. In het seminar op 20 mei brengt het Talma Instituut samen met de deelnemers in kaart wat de belangrijkste institutionele belemmeringen zijn met betrekking tot gepaste zorg. Talma werkt het resultaat uit in onderzoeksthema's. Deze worden vervolgens in juni met de wetenschappelijke adviesraad (WAR) van het Talma Instituut besproken. De thema's die worden geprioriteerd, zullen in 2016 worden uitgewerkt.

## 1.2 Het thema ‘Samen kiezen voor gepaste zorg’

De kernvraag van het thema ‘Samen kiezen voor gepaste zorg’ is wat professionals en patiënten belemmert om samen tot gepaste zorg te komen. De relatie tussen de patiënt of cliënt en de individuele zorgprofessional vormt de kern van de zorg. Van gepaste zorg is globaal geformuleerd sprake wanneer die zowel gebaseerd is op de beschikbare kennis van behandelingen als de voorkeuren van de patiënt. Patiënt én professional maken in de behandelrelatie keuzes over diagnostiek en behandeling. Van gepaste zorg is sprake wanneer die een kritische, patiënt-specifieke toepassing is van actuele medische wetenschap, wanneer daar de voorkeuren en de omstandigheden van de patiënt in zijn meegewogen en wanneer daar medisch-ethische en maatschappelijke normen voor respect, rechtvaardigheid en doelmatigheid in zijn betrokken. Met deze omschrijving is duidelijk dat het niet eenvoudig is om te bepalen wat gepaste zorg is. Toch staat gepaste zorg hoog op de maatschappelijke agenda, meestal onder verwijzing naar gevallen van verkeerd voorgeschreven zorg, overgebruik en verspilling van zorg.

Onderzoek naar gepaste zorg vindt vooral plaats binnen de grenzen van academische disciplines, zoals economie, sociologie en gezondheidswetenschappen. Het Talma Instituut kiest juist voor multidisciplinaire samenwerking om institutionele patronen bloot te leggen die keuzes voor gepaste zorg bevorderen dan wel verhinderen. Dat levert praktische inzichten op in barrières op meerdere niveaus. Allereerst in de spreekkamer, vervolgens binnen en tussen zorgorganisaties en beroepsgroepen. Tot slot op het niveau van het zorgstelsel zelf, waar verzekeraars en aanbieders via financiële prikkels en contracten of door betere samenwerking proberen ongewenste verschillen tussen praktijken (zogeheten praktijkvariatie) weg te nemen. Deze uitgave schetst een beeld van dat interdisciplinaire onderzoek, dat mensen die werkzaam zijn in de alledaagse praktijk kan helpen bij het streven naar gepaste zorg.

## 1.3 Leeswijzer

Deze uitgave begint met een concrete casus die de problematiek en complexiteit rondom gepaste zorg illustreert. Daarna volgen enkele onderwerpen die de kennis van de lezer over gepaste zorg zullen verdiepen en inzicht geven in de institutionele barrières om tot gepaste zorg te komen. Daarna volgt een concretisering van wat we in het zorgprogramma verstaan onder institutionele belemmeringen. De uitgave besluit met enkele (mogelijke) onderzoeksvoorstellen.

## 2 Casus: ‘gestraft’ voor gepaste zorg

### 2.1 Belonen per ingreep als perverse prikkel

Dr. Oei is een KNO-arts uit het Flevoziekenhuis die terughoudend omgaat met het plaatsen van trommelvliesbuisjes bij kinderen.<sup>1</sup> Voor een buisje in je oor moet je minimaal vier keer per jaar oorontsteking hebben, aldus de medische richtlijnen.<sup>2</sup> Veel artsen plaatsen echter al eerder buisjes. Dokter Oei niet.

Veel artsen en (ouders van) patiënten denken dat een invasieve behandeling (zoals een operatie) beter is dan afwachten. Oei daarentegen past principes van *shared decision making* (SDM) toe: gelijkwaardige en gezamenlijke besluitvorming tussen hulpvrager en zorgverlener. Dat wil zeggen dat hij zijn patiënten nadrukkelijk wijst op de risico's van het plaatsen van buisjes, zoals beschadiging van het trommelvlies of een loopoor. Daarmee verergert een dergelijke ingreep de kwaal alleen maar; de ingreep is dan contraproductief. De aanpak van Oei vindt steun in wetenschappelijk onderzoek: niets of minder doen blijkt in de meeste gevallen evenveel gezondheidswinst op te leveren als het plaatsen van buisjes, en vermijdt de risico's.

Oei blijkt de zorg met zijn aanpak doelmatiger te maken. Hij heeft 20 procent minder ingrepen, 30 procent minder dagverpleging en 65 procent minder opnames. Met dezelfde gezondheidsresultaten. Maar de paradox is dat het ziekenhuis waar hij werkt zegt: je maakt te weinig omzet. Er zit een perverse prikkel in de financiering van deze zorg: het ziekenhuis en/of de arts wordt beloond per ingreep, dus vaker opereren leidt tot hogere inkomsten.

Dokter Oei maakt minder kosten en boekt gezondheidswinst. Toch heeft hij het moeilijk in ons stelsel. Zo kan het gebeuren dat een arts gefrustreerd raakt doordat hij ‘gestraft’ wordt met lagere inkomsten voor zijn ziekenhuis terwijl hij, in vergelijking met zijn collega's in andere ziekenhuizen, vaker gepaste zorg levert conform de medische richtlijn van zijn beroepsgroep. De richtlijn schrijft duidelijk een afwachtend beleid van minimaal drie maanden voor. Toch wijken veel KNO-artsen, al dan niet gemotiveerd, van dat voorschrift af. En ook verzekeraars laten het afweten, want ze betrekken *evidence based* voorschriften (nog) niet bij de inkoop van hun zorg.

### 2.2 Wat zegt de casus over institutionele belemmeringen?

Deze casus roept een aantal vragen op ten aanzien van mogelijke institutionele belemmeringen voor gepaste zorg:

- Wat verstaan we precies onder gepaste zorg?
- Wat zegt een medische richtlijn en hoe bewezen effectief is de zorg eigenlijk?

---

<sup>1</sup> Wester, J. Interview met Ab Klink: ‘In de zorg belonen we te veel opereren’ *NRC Handelsblad*, zaterdag 3 mei 2014

<sup>2</sup> Damoiseaux et al. ‘NHG-Standaard Otitis media acuta bij kinderen (derde herziening).’ *Huisarts Wet* 57(12):648, 2014;.

- Welke factoren werpen barrières op voor het opvolgen van richtlijnen?
- Hoe valt variatie in behandeling tussen zorgaanbieders als gevolg van het al dan niet volgen van richtlijnen vast te stellen?
- In welke mate spelen professionele routines een rol bij het verklaren van verschillen tussen zorgaanbieders ten aanzien van gepaste zorg?
- Moeten alle zorgprofessionals/ziekenhuizen precies hetzelfde werken of zijn er ook praktijkvariaties die te rechtvaardigen zijn?
- Over welke orde van grootte spreken we bij verspilling in de zorg als gevolg van ongepaste zorg en wat kunnen we daaraan doen?
- Hoe verhouden medische richtlijnen en *shared decision making* zich tot elkaar?
- Welke factoren bepalen het succes van *shared decision making* in de spreekkamer?
- Hoe schep je de ruimte dat patiënten eerlijk hun mening durven geven?
- Hoe geef je een transitie vorm waarin de rol van de arts verandert van een beslisser in een coach/adviseur?
- Is het hiervoor nodig om diagnostiek en behandeling in verschillende handen te leggen?
- Welke soorten prikkels kunnen artsen, directies en verzekeraars dichter tot het gezamenlijke doel van gepaste zorg rol brengen?
- Welke rol speelt de ziekenhuisdirectie bij het sturen op gepaste zorg?
- Welke invloed hebben verzekeraars op gepaste zorg en hebben ze ook een belang bij het bevorderen ervan?

Deze casus gaat over een arts die het ‘goed’ doet: hij wordt als witte raaf gezien. De hamvraag is waarom andere artsen niet werken zoals dr. Oei. Vanuit de benadering die de onderzoekers in het Talma Zorgprogramma voorstaan is de vraag hoe zorgprofessionals komen tot de keuzes die ze maken. De vragen maken duidelijk dat gepaste zorg als doel wellicht goed is te omschrijven, maar er zijn veel factoren op van invloed. Welke factoren dat zijn, wordt duidelijk in het volgende hoofdstuk. Daarin staan begrippen beschreven die van belang zijn in de discussie over en het onderzoek naar gepaste zorg, zoals praktijkvariatie, richtlijnen en prikkels.

### 3 Kennisverdieping

In de behandelkamer maken zorgprofessionals met hun patiënten afspraken over de zorg. De vertrouwensband tussen hen is essentieel. Onderzoekers hebben weinig zicht op dat proces en in die zin is de behandelkamer voor hen van oudsher een *black box*.

De afgelopen jaren wordt de roep om transparantie van de kwaliteit van de zorg steeds luider en moeten zorgprofessionals laten zien welke behandelingen zij uitvoeren. Daarmee zijn de mogelijkheden om de genoemde keuzes expliciet te maken en de resultaten van behandelingen of zorgverlening te kwantificeren toegenomen. Die transparantie voedt de discussie over de vraag of behandelingen nodig zijn en of het niet efficiënter kan. Daardoor heeft de term ‘gepaste zorg’ in de laatste decennia een steeds prominente plaats in ons zorgstelsel gekregen. In de discussie over gepaste zorg spelen verschillende begrippen een rol. In dit hoofdstuk staan enkele belangrijke begrippen centraal: richtlijnen, shared decision making, praktijkvariatie, en prikkels en routines, inclusief zogeheten *value-based* contracteren en zorgmijden. Maar eerst moet goed worden afgebakend wat nu precies onder gepaste zorg wordt verstaan.

#### 3.1 Gepaste zorg: een definitie

Sinds kort is er een welomschreven definitie van gepaste zorg voorhanden.<sup>3</sup> Gepaste zorg is zorg die – vanzelfsprekend en aantoonbaar – wordt verleend in overeenstemming met medisch-ethische en maatschappelijke normen voor respect, rechtvaardigheid en doelmatigheid en die bovendien:

- a. zijn aanleiding vindt in een gezondheidsprobleem dat door zijn aard en ernst leidt tot een reële zorgbehoefte,
- b. voortvloeit uit een (waarschijnlijkheids)diagnose of medische verklaring en de daaruit daarbij behorende keuzeopties, onderbouwd door richtlijnen, in dit geval door wetenschappelijke en/of op de praktijk gebaseerde kennis over veiligheid en doeltreffendheid,
- c. kritisch en patiënt-specifiek is gewogen ten aanzien van tenminste:
  - ziektelast,
  - doel(en) en verwachtingen qua gezondheidswinst, en
  - nadelen en risico's,en die voor en door de individuele patiënt redelijkerwijs is aangewezen,
- d. is gekozen op een manier die recht doet aan het probleem, de context en de voorkeuren, de aarzelingen en de angsten van de patiënt,
- e. wordt uitgevoerd conform landelijke kwaliteitsstandaarden.

Gepaste zorg heeft een professionele kant (dat wil zeggen: de zorg is gepast vanuit medisch gezichtspunt, volgens de definitie hierboven) en een economische kant (de zorg is

---

<sup>3</sup> LUMC, RIVM, NIVEL en Levenmetkanker, in opdracht van ZINL, ZonMw, FMS en NFU. Rapport *Begrippenkader Gepaste Zorg en Praktijkvariatie*, april 2015.

gepast vanuit economisch oogpunt). Dit tweede aspect ontbreekt in bovenstaande definitie, maar speelt wel een belangrijke rol bij de vraag of er sprake is van institutionele barrières voor het realiseren van gepaste zorg. De casus illustreert deze economische kant: buisjes plaatsen levert omzet en dus inkomsten op, maar tijd voor de patiënt en het besluit om het beloop van de klachten af te wachten niet.

Doordat er zowel een professionele als een economische kant is aan gepaste zorg, is er een groot aantal begrippen aan verbonden die betrekking kunnen hebben op stelsel- of systeemniveau (macroniveau), binnen en tussen beroepsgroepen en zorgorganisaties (mesoniveau), of de behandelkamer (microniveau).

Met deze begrippen wordt duidelijker wat er in de behandelkamer gebeurt en waarom het gebeurt. Ook wordt inzichtelijk waarom de praktijk soms weerbarstig is en achterblijft bij de vele mogelijkheden om voor verandering te zorgen. Die institutionele complexiteit begrijpen én er begrip voor hebben, is een eerste voorwaarde om barrières voor gepaste zorg weg te nemen.

### 3.2 Zorg op basis van professionele normen

Een eerste essentieel kenmerk van gepaste zorg is dat deze conform de richtlijnen is. Die richtlijnen zijn gebaseerd op wat volgens wetenschappelijk onderzoek het beste blijkt te werken. Ze zijn, met andere woorden, *evidence-based*.

Evidence-based medicine (EBM) is een concept dat in het begin van de jaren '90 zijn intrede deed in de medisch-wetenschappelijke literatuur. Het gaat uit van een generaliserend, biomedisch perspectief, gericht op het inzetten van het beste beschikbare wetenschappelijke bewijs voor de behandeling van de (gemiddelde) patiënt. Met behulp van gerandomiseerd, dubbelblind onderzoek wordt voor een afgebakende groep patiënten bewijs verzameld over behandelingen die werken (of die niet blijken te werken). Dat klinische bewijs vindt zijn weerslag in richtlijnen met aanbevelingen voor zorgprofessionals en patiënten. De richtlijnen zijn erop gericht de kwaliteit van de zorg te verbeteren en berusten behalve op wetenschappelijk onderzoek ook op de expertise en de ervaringen van zorgprofessionals en patiënten. Richtlijnen zijn nooit zwart-wit, ze laten de professional voldoende ruimte om binnen de richtlijn diverse behandelopties te overwegen afhankelijk van de behoeften van de patiënt en de ervaring van de professional.

De database Clinical Evidence<sup>4</sup> beschrijft van 3000 veelvoorkomende behandelingen de meest actuele bewijslast (zie figuur 1). Hij kan worden beschouwd als een samenvatting van de huidige stand van EBM. Van ruim een derde van de behandelingen is een goede wetenschappelijke onderbouwing beschikbaar en van twee derde (nog) niet. Het is belangrijk om dit te beseffen in discussies over zowel de complexiteit van het begrip gepaste zorg als de wenselijkheid ervan.

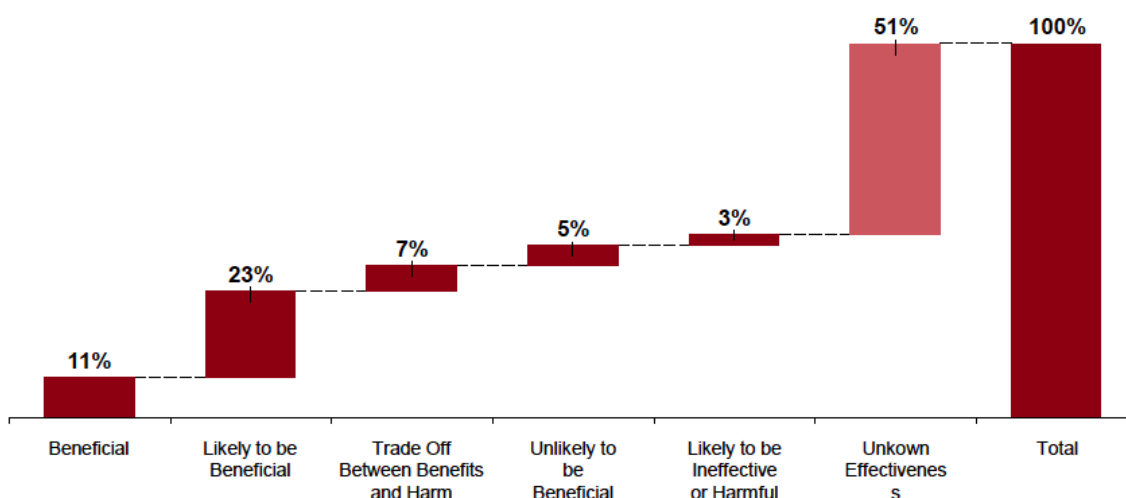
---

<sup>4</sup> BMJ Clinical Evidence: <http://clinicalevidence.bmj.com/x/set/static/cms/efficacy-categorisations.html>



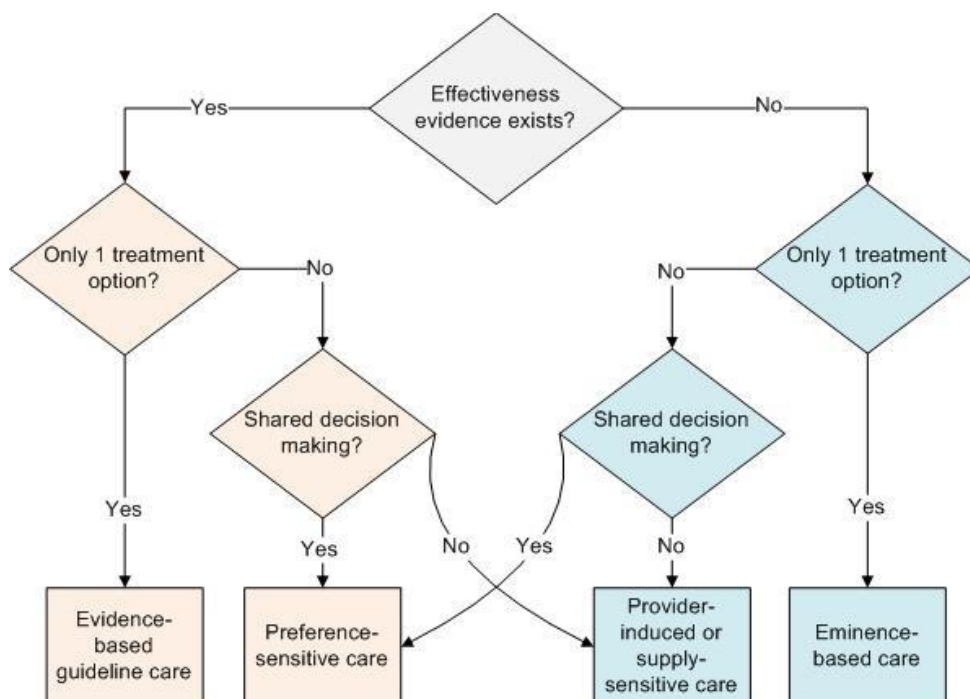
**51% of ~3,000 commonly used treatments in the U.K. Was of unknown effectiveness**

Rating by a team of advisors, peer reviewers, experts, information specialists, and statisticians



Figuur 1: effectiviteit van behandelingen volgens de Clinical Evidence-database.

Wanneer zorg wordt ingedeeld naar de mate waarin richtlijnen voorhanden zijn en de vraag hoe veel behandelopties (een of meerdere) er zijn, dan zijn er vier categorieën van zorg te onderscheiden.<sup>5</sup> Bij elk van de vier krijgt het begrip gepaste zorg een andere invulling. Zie figuur 2.



Figuur 2: vier categorieën van zorg op basis van beschikbare kennis en aantal behandel mogelijkheden.

<sup>5</sup> Frakt, A. 'Can We Get Back to Health Policy Now? Looking at Health System Efficiency.' *JAMA Forum*, 14 november 2012.

1. *Evidence based care (effectief gebleken zorg)* is zorg waarvoor een bewijs is gevonden door middel van wetenschappelijk onderzoek (gerandomiseerd dubbelblind onderzoek of cohortonderzoek). Voorbeeld: na een ziekenhuisopname in verband met een hartinfarct aspirine en bètablokkers voorschrijven. Effectieve zorg wordt vastgelegd in richtlijnen. Alle patiënten die er een juiste indicatie voor hebben, zouden ermee moeten worden behandeld: niet-behandelen betekent ondergebruik. Ondergebruik doet zich onder meer voor bij chronische aandoeningen als diabetes en hartfalen. Op langere termijn kan ondergebruik van zorg tot meerkosten leiden. Het tegengaan van ondergebruik zorgt daardoor voor meer doelmatigheid.
2. *Preference based care (preferentie-sensitieve zorg)* is effectieve zorg, maar kent meerdere medisch geaccepteerde behandelopties met vergelijkbare uitkomsten (bijvoorbeeld voor borstkanker). Hier zou de keuze afhankelijk moeten zijn van de individuele preferenties van de patiënt (conform *shared decision making*: zie paragraaf 3.3). Als deze preferenties niet worden opgevolgd, is er sprake van verkeerd gebruik van zorg.
3. Voor de effectiviteit van *Supply-based care (aanbod-sensitieve zorg)* bestaat weinig wetenschappelijk bewijs én het gebruik van dit soort zorg wordt in belangrijke mate bepaald door de aanwezigheid en de beschikbaarheid van het aanbod en door lokaal gegroeide normen over het gebruik van dat aanbod. Voorbeelden: consultatie van en periodieke controles door (tand)artsen bij chronische aandoeningen, diagnostische tests, ziekenhuisligduur en IC-faciliteiten. Een ander voorbeeld betreft het gebruik van antibiotica, waarvan in bepaalde gevallen overgebruik bestaat van 30 tot 40 procent, en voor bepaalde medicatie bij maagklachten met een overgebruik van 20 tot 25 procent.<sup>6</sup> Overgebruik van zorg komt vooral voor bij aanbod-sensitieve zorg. Bij dit soort behandelingen is de regio of de zorgaanbieder waar deze behandeling het minst wordt toegepast de norm voor gepast gebruik. ‘Overbehandeling’ moet overigens niet verward worden met ‘concentratie en specialisatie’. In het eerste geval behandelt een zorginstelling meer dan verwacht kan worden op basis van de kenmerken van de patiënten. In het tweede geval neemt het behandelvolume toe bij een aanbieder doordat zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid aanbieders vragen om keuzes te maken in hun zorgaanbod en te kiezen voor concentratie van behandelingen door specialisatie.
4. Van zorg die gangbaar is maar waarvan de effectiviteit nog niet volgens de regels van gerandomiseerd en dubbel blind onderzoek is bepaald, wordt de werkzaamheid veelal impliciet verondersteld. Als er maar één behandeloptie is, die door de meest ervaren zorgprofessionals geadviseerd wordt en een zeer hoog verondersteld nut heeft, spreekt men wel van “*eminence-based care*” (*ervaring-sensitieve zorg*). Een voorbeeld hiervan is heupreconstructie na een fractuur. Alhoewel de evidence ontbreekt, wordt deze zorg desondanks als gepast beschouwd.

---

<sup>6</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Adviesrapport aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS): *Gepaste Zorg*, 2004.

### *Hoe overtuigend zijn onderzoek en richtlijnen?*

Het onderscheid van bovenstaande zorgcategorieën maakt duidelijk dat het belangrijk is om richtlijnen te vertalen in concrete behandeladviezen. Om wetenschappelijk onderzoek om te zetten in een richtlijn met bruikbare behandeladviezen is het noodzakelijk de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs en de kracht van de aanbeveling te bepalen. Sinds 2000 geldt de zogeheten GRADE-systematiek daarvoor als ‘gouden’ standaard.<sup>7</sup>

De GRADE-systematiek bepaalt de kracht van het bewijs van de relatie tussen een bepaalde behandeling (bijvoorbeeld bestralen bij borstkanker) en de uitkomstmaat (bijvoorbeeld overlevingspercentage na vijf jaar) op basis van de volgende variabelen: onderzoekdesign, kwaliteit van het onderzoek, consistentie en directheid van de resultaten, hoeveelheid beschikbare data, eventuele publicatiebias, en de grootte van de gevonden effecten. De berekende gradering levert een inzichtlijker richtlijn en een betere beredenering van de keuze voor gepaste zorg op. Dat gaat niet automatisch en is geen onafhankelijk en objectief proces: het is een proces op het eerdere genoemde macro-niveau (stelselniveau), waarin bij de formulering of de actualisering van een richtlijn belangen een rol kunnen spelen in het al dan niet opnemen van onderzoeksresultaten in behandelrichtlijnen.<sup>8</sup> Dat verklaart ook waarom richtlijnen tussen landen verschillen, terwijl ze grotendeels gebaseerd zijn op dezelfde internationaal gepubliceerde onderzoeken. Dat zorgverzekeraars richtlijnen als basis voor kwaliteitsindicatoren gebruiken is evenmin onomstreden, maar het alternatief (dat zorgverzekeraars zelf indicatoren ontwikkelen) staat nog meer ter discussie.<sup>9</sup> Het is wenselijk te onderzoeken hoe beide toepassingen van richtlijnen op een acceptabele manier in Nederland kunnen worden gecombineerd.

### *Haken en ogen rond de implementatie van richtlijnen*

Alleen maar een richtlijn vaststellen is niet voldoende om die ook in de praktijk toegepast te laten worden. De wetenschappelijke literatuur beschrijft diverse factoren die bepalen in welke mate richtlijnen in de praktijk geïmplementeerd worden. Ten eerste zijn de kenmerken van de richtlijn zelf van invloed: richtlijnen in makkelijk te begrijpen taal hebben bijvoorbeeld een grotere kans op implementatie. Ten tweede zijn kenmerken van de zorgprofessional van invloed: de bereidheid van professionals om zich in de inhoud van een richtlijn te verdiepen bevordert bijvoorbeeld de kans op implementatie. Ten derde lijken ook patiëntkenmerken van invloed te zijn: comorbiditeit verkleint bijvoorbeeld de kans dat richtlijnen gebruikt worden. Tot slot zijn ook omgevingskenmerken van belang: het gebruik van richtlijnen door collega's, werkdruk en tijdsdruk bepalen mede de mate waarin richtlijnen geïmplementeerd worden.

Figuur 3 geeft een overzicht van factoren die invloed hebben op het gebruik van richtlijnen.<sup>10</sup> Niet alleen maakt dit model duidelijk dat factoren op verschillende niveaus een

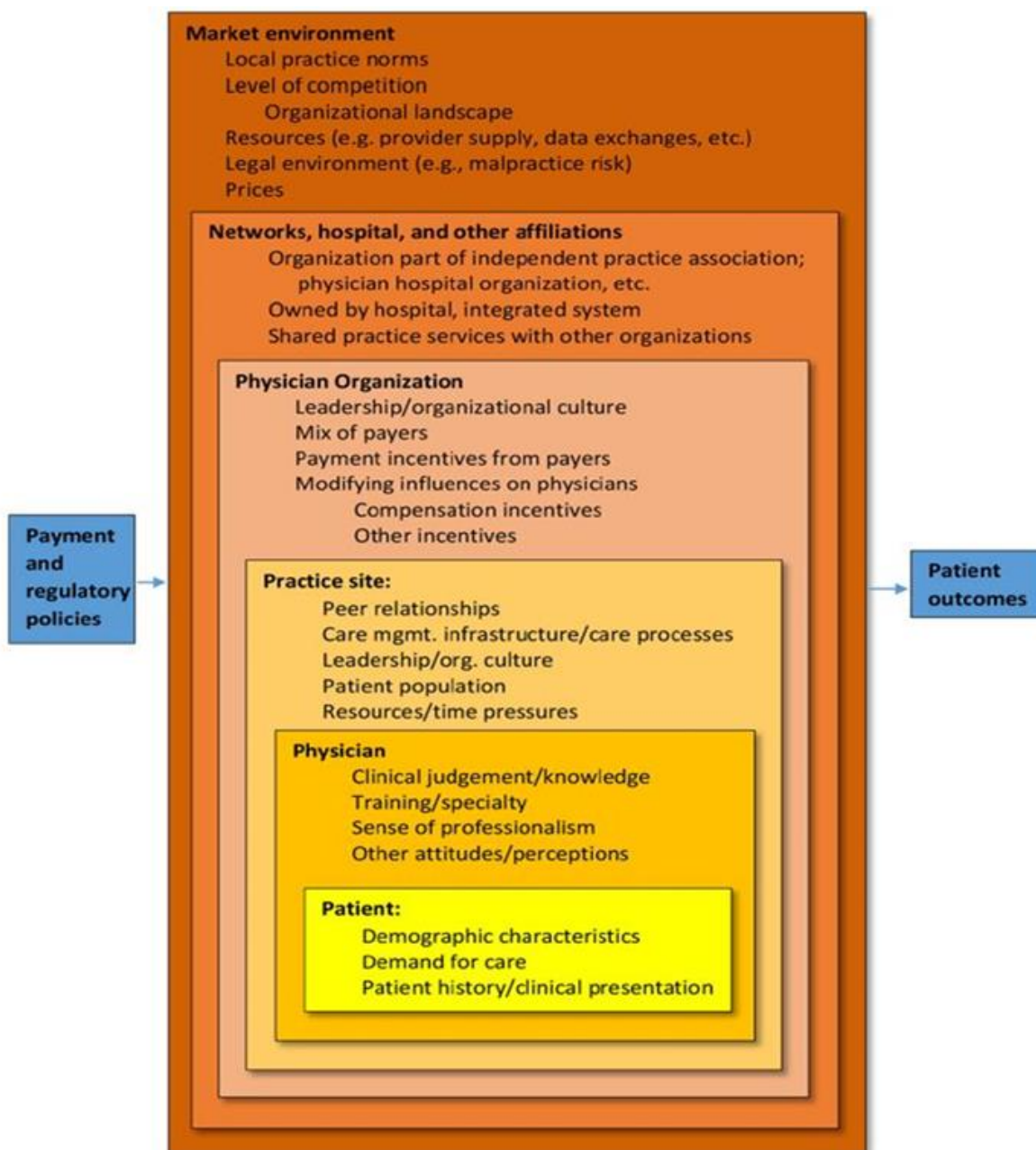
<sup>7</sup> Schoemaker, C., Berg, van den, M., Proper, K. (RIVM), Heijden, van der, G. (Julius Centrum, UMC Utrecht). ‘Grade zet bewijs om in concreet advies.’ *Medisch Contact*, vol. 45, p. 2756-2759, november 2011.

<sup>8</sup> Zie bijvoorbeeld dit artikel op Skipr, april 2016: <https://www.skipr.nl/actueel/id26089-verloskundigenstemmen-massaal-tegen-zorgstandaard.html>.

<sup>9</sup> Dijkstra, R. ‘Stop misbruik van onze standaarden.’ *Medisch Contact*, vol. 16, pp. 798-799, april 2015.

<sup>10</sup> Reschovsky, J.D., Rich, E.C., Lake, T.K. ‘Factors Contributing to Variations in Physicians’ Use of Evidence at The Point of Care: A Conceptual Model.’ *Journal of General Internal Medicine*, vol. 30 (3), p. 555-561, juni 2015.

rol spelen, het laat tegelijkertijd zien hoe complex het is richtlijnen adequaat in de medische praktijk toe te passen en gepaste zorg te stimuleren. Wellicht ten overvloede: het afleren van oude behandelgewoontes, waarvoor geen evidence bestaat maar wel tot de standaardroutines is gaan horen, is een belangrijk onderdeel van de complexiteit van het aanleren van nieuwe routines.



Figuur 3: Factoren die van invloed zijn op het klinische besluitvormingsproces.

Uit de literatuur komt verder naar voren dat effectieve strategieën om richtlijngebruik te stimuleren vaak vele componenten kennen en dat het vaak minder effectief is om één enkele strategie toe te passen. Alleen een 'herinnering' vanuit het elektronisch patiëntendossier versturen (bijvoorbeeld een geautomatiseerd bericht dat de patiënt er eens in de vier weken op attendeert zijn bloedwaarden te controleren) of zorgen voor 'educatie' (nascholing gericht op het overdragen van wijzingen in richtlijnen) is minder

effectief dan meerdere strategieën tegelijkertijd.<sup>11</sup> Een van die strategieën is die van zogeheten *clinical support systems* in elektronische patiëntendossiers. Deze aanpak wordt bijvoorbeeld toegepast in de National Health Service (NHS) van het Verenigd Koninkrijk: op basis van de invoer van patiëntkenmerken of laboratoriumwaarden krijgt de zorgprofessional advies over de meest passende behandeling volgens de richtlijn(en). Afwijken kan, mits gemotiveerd. Door deze gemotiveerde afwijkingen te analyseren worden de richtlijnen verbeterd en neemt het aantal afwijkingen van adviezen van het Clinical support system af.<sup>12</sup>

### 3.3 Bij gepaste zorg besluiten patiënt en zorgverlener samen

Een tweede element van gepaste zorg is dat die gebaseerd is op de voorkeuren van de patiënt. *Preference-based medicine* (ook wel *patient-centered medicine*) is al langer bekend, maar krijgt de laatste jaren veel aandacht. Het richt zich op participatie van de patiënt bij klinische besluitvorming door diens gezichtspunt daarin te betrekken, met als doel de zorg beter op zijn individuele wensen en voorkeuren af te stemmen. Dit noemen we *shared decision making*: een gelijkwaardige en gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en zorgprofessional.

Shared decision making (SDM) is erop gericht de patiënt te informeren en hem meer controle te geven over besluiten die zijn gezondheid aangaan. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat een goede inrichting en ondersteuning van het besluitvormingsproces patiënten helpt. Ze zijn beter geïnformeerd, zijn zich meer bewust van de voor- en nadelen van bepaalde keuzes, voelen zich vaker tevreden en twifelen minder over de genomen beslissing. Gedeelde besluitvorming levert meer patiënttevredenheid, een grotere therapietrouw, en een betere kwaliteit van leven op en draagt bij aan een betere zorgprofessional-patiëntrelatie. Patiënten die zelf beslissen, maken doorgaans een weloverwogen en medisch gezien verstandige keuze.<sup>13</sup>

Uiteraard valt er voor een patiënt die met een beenbreuk op de spoedeisende hulp komt weinig te kiezen, maar voor een patiënt die kan kiezen tussen – bijvoorbeeld – een amputatie of een borstbesparende operatie ligt dat anders. Een patiënt met een versleten heup kiest bijvoorbeeld vaak voor een heupprothese als zijn orthooped dat zegt. Maar wordt hij goed geïnformeerd over de inhoud van de operatie en de lange revalidatie en de impact ervan op zijn leven, dan kiest hij minder vaak voor een operatie.

Om optimaal van SDM te profiteren, zal zowel de zorgprofessional als de patiënt zijn gedrag moeten veranderen. Zorgprofessionals denken vaak dat ze goed kunnen inschatten wat patiënten willen, maar dat blijkt maar beperkt overeen te komen met de feitelijke voorkeur. Relatief eenvoudig te implementeren middelen als een keuzehulp, duidelijk

---

<sup>11</sup> Francke et al. 'Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review.' *BMC Medical Informatics and Decision Making*, vol. 8 (38), september 2008.

<sup>12</sup> Bohmer, R. Boek: *Designing Care: Aligning the Nature and Management of Health Care*. Harvard Business Press, 2009.

<sup>13</sup> Stacey et al. 'Decision aids for people facing health treatment or screening decisions.' *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol 1, januari 2014.

taalgebruik en een set standaardvragen voor de patiënt kunnen die kloof al flink verkleinen. Maar de interactie in de spreekkamer is gecompliceerd en onderzoek wijst op de ongelijkwaardige relatie tussen zorgprofessional en patiënt. Het besluitvormingsproces is vaak niet tweezijdig: keuzes worden helemaal aan de zorgprofessional dan wel helemaal aan de patiënt overgelaten.<sup>14</sup>

SDM is met name aan de orde als de keuze voor een behandeling niet meteen vanzelf spreekt: daar waar zowel de gezondheid van de patiënt, de expertise van de zorgprofessional als de kwaliteit van de communicatie op het spel staan. Het gaat daarom niet alleen over heldere communicatie, maar over daadwerkelijk met de patiënt het gesprek aangaan over wat gezien diens unieke situatie en waarden gepast is.<sup>15</sup> Meer kennis op dat punt kan leiden tot een effectievere inzet van diagnostiek en behandeling door zorgprofessionals en tot keuzes die beter passen bij patiënten.<sup>16</sup>

Het is daarbij wel de vraag of de juiste keuzes worden voorgelegd.<sup>13</sup> Kiezen tussen gelijkwaardige behandelopties lijkt minder interessant dan het gezamenlijk bepalen van het uiteindelijke doel van de behandeling, als meer principiële basis voor gepaste zorg.<sup>17</sup> In de meeste zorgsectoren wordt een behandeling uitgevoerd om de veronderstelde stoornis (pijn, pathologie, symptomen, et cetera) te verlichten of weg te nemen in plaats van op basis van de hulpvraag van de individuele patiënt: activiteiten die hij graag na de behandeling weer wil kunnen ondernemen, zoals fietsen, lopen en werken. Toch zijn er praktijkvoorbeelden waarin het gesprek over functionele behandeldoelen al meteen aan het begin tussen patiënt en zorgprofessional wordt gevoerd. Denk daarbij aan fysiotherapie of revalidatiegeneeskunde. Kwalitatief onderzoek naar de manier waarop zorgprofessionals het beste kunnen aansluiten op de manier waarop patiënten hun klachten presenteren kan van belang zijn om samen te komen tot het juiste doel en de gepaste zorg daarvoor. Deze kijk op gepaste zorg doet recht aan de bredere definitie van gezondheid die steeds meer aanhang krijgt: 'Gezondheid als het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.'<sup>18</sup> Deze definitie is breder dan de klassieke van de WHO: 'de afwezigheid van ziekte...' De vraag is natuurlijk of iedere patiënt even vaardig is om conform bovenstaande definitie met gezondheidsklachten om te gaan.

### *Gezondheidsvaardigheden bevorderen gepaste zorg*

Een voorwaarde voor patiënten om een actieve rol in het besluitvormingsproces over zorg te nemen, dus om *shared decision making* mogelijk te maken, is dat ze in voldoende mate beschikken over gezondheidsvaardigheden (ook wel: *health literacy*). Over minder van die vaardigheden beschikken blijkt nauw samen te hangen met slechtere

---

<sup>14</sup> Pilnick, A., Zayts, O. 'Advice, authority and autonomy in shared decision-making in antenatal screening: the importance of context.' *Sociology of health & illness*, vol. 38 (3), p 343-359, maart 2016.

<sup>15</sup> Hargraves et al. 'Shared Decision Making: The Need For Patient-Clinician Conversation, Not Just Information.' *Health Affairs*, vol. 35 (4), p. 627-629, april 2016.

<sup>16</sup> Dohan et al. 'The Importance Of Integrating Narrative Into Health Care Decision Making.' *Health Affairs*, vol. 35 (4), p. 720-725, april 2016

<sup>17</sup> Porter, M.E., Lee, T.H. 'The Strategy That Will Fix Health Care.' *Harvard Business Review*, oktober 2013.

<sup>18</sup> Huber et al. 'Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study.' *BMJ Open*, vol. 6 (1), januari 2016.

gezondheidsuitkomsten.<sup>19</sup> Meer gezondheidsvaardigheden bij patiënten leidt tot meer gepaste zorg.

Als er systematisch in gezondheidsvaardigheden wordt geïnvesteerd door ze te meten met de Patient Activation Measure, die ook in het Nederlands is vertaald en gevalideerd,<sup>20</sup> dan blijken patiënten tot andere keuzes te komen. Ook blijkt dat de uitkomst van zorg beter is en dat de kosten dalen!<sup>21</sup> Een effectieve bevordering van gepaste zorg omvat dus ook het investeren in gezondheidsvaardigheden door educatie, training en coaching.

### 3.4 Praktijkvariatie wijst mogelijk op afwezigheid gepaste zorg

Als leidend principe is gepaste zorg eenvoudig te beschrijven, maar de invulling ervan is complex, zoals blijkt uit bovenstaande paragrafen. Het is niet eenvoudig om wetenschappelijk onderzoek in richtlijnen te vertalen. Het gebruik van richtlijnen in de praktijk is onderhevig aan allerlei invloeden en het is al evenmin eenvoudig de patiënt als volwaardige partner in het klinische besluitvormingsproces te betrekken.

In de bovenstaande paragrafen lag het accent vooral op een klinische/professionele kijk op gepaste zorg. Maar zoals gezegd is er ook een economische kijk op gepaste zorg mogelijk. Het gaat daarbij vooral om signalen die erop kunnen wijzen dat het aan gepaste zorg ontbreekt. Een kernbegrip daarbij is de zogeheten praktijkvariatie.

#### *Zijn verschillen tussen zorgaanbieders gewenst of ongewenst?*

Praktijkvariatie is de mate waarin zorgaanbieders verschillen in de frequentie waarmee en/of de manier waarop ze zorg bieden aan patiënten met vergelijkbare gezondheidsproblemen.

Praktijkvariatie kan acceptabel en zelfs gewenst zijn, wanneer ze wordt veroorzaakt door

- a. aantoonbare verschillen tussen patiënten(populaties) en hun voorkeuren, die aanpassing vereisen vanuit het oogpunt van gepaste zorg en/of,
- b. ruimte in interpretatie en toepassing van wetenschap en richtlijnen,
- c. taakverdeling, concentratie en selectieve zorginkoop,
- d. overige verschillen tussen zorgaanbieders, die op basis van landelijke kwaliteitsstandaarden rechtvaardigen dat die zorg juist wel of juist niet wordt geleverd door de betreffende aanbieder.<sup>22</sup>

---

<sup>19</sup> Berkman et al. 'Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review.' *Annals of internal medicine*, vol. 155 (2), p. 97-107, juli 2011.

<sup>20</sup> Rademakers et al. 'Measuring patient activation in the Netherlands: translation and validation of the American short form Patient Activation Measure (PAM13).' *BMC Public Health*, vol. 12, p. 577, juli 2012.

<sup>21</sup> Greene et al. 'When Patient Activation Levels Change, Health Outcomes And Costs Change Too.' *Health Affairs*, vol. 34 (3), p. 431-437, maart 2015.

<sup>22</sup> LUMC, RIVM, NIVEL en Levenmetkanker, in opdracht van ZINL, ZonMw, FMS en NFU. Rapport *Begrippenkader Gepaste Zorg en Praktijkvariatie*, april 2015.

In alle andere gevallen is praktijkvariatie onverklaard en ongewenst en moet ze worden onderzocht en aangepakt. De vraag is echter of “ruimte in interpretatie en toepassing van wetenschap en richtlijnen” (b) in de praktijk niet zo wordt opgevat door zorgprofessionals dat uiteindelijk elke variatie acceptabel is.

Van onverklaarbare praktijkvariatie is sprake wanneer de variatie in verrichtingen binnen dezelfde discipline in kaart is gebracht en gecorrigeerd voor de belangrijkste variabelen, maar tóch groter blijkt dan mag worden verwacht. Ongewenste praktijkvariatie kan bijvoorbeeld optreden als een medisch specialist, anders dan dokter Oei uit de casus, de verkeerde balans hanteert tussen de medische noodzaak tot handelen en de financiële aspecten ervan. Het kan ook zo zijn dat een zorgprofessional de patiënt niet informeert over alternatieve behandelopties omdat hij maar één van de mogelijke opties beheerst, of omdat hij er (vaak ten onrechte) van uit gaat dat hij de preferenties van de patiënt goed inschat.<sup>23</sup> Ongewenste praktijkvariatie is ook mogelijk als een zorgprofessional onvoldoende verweer heeft tegen een mondige patiënt die onderzoek of een behandeling eist, zelfs als die professional zelf vraagtekens plaatst bij de medische noodzaak ervan.

Uit de wetenschappelijke literatuur volgt een breed palet aan voorbeelden van (ongewenste) praktijkvariatie.<sup>24</sup> Ongewenste praktijkvariatie kan leiden tot ondergebruik van zorg, verkeerd gebruik van zorg of overgebruik (zie paragraaf 3.2). Dat ongepast gebruik van zorg bestaat valt inmiddels niet meer te ontkennen, maar het is de vraag of de impact ervan bij alle betrokkenen voldoende gevoeld wordt om er iets aan te doen. Dat heeft een aantal oorzaken, waarvan er hieronder twee worden toegelicht: (1) de manier waarop ongewenste praktijkvariatie wordt gemeten is niet onomstreden, en (2) de financiële gevolgen ervan worden onderschat omdat er weinig Nederlands onderzoek is naar de omvang ervan.

#### *Metten van (ongewenste) praktijkvariatie*

Er bestaan meerdere methoden om praktijkvariatie te meten. De in Nederland meest toegepaste methode betreft een zogeheten regressiemodel, waarin een bepaalde uitkomst vergeleken wordt tussen zorginstellingen, na correctie voor verschillen in de populatie. De verschillen tussen instellingen die niet door deze correctiefactoren verklaard kunnen worden (ook wel: het ‘residu’), noemt men de praktijkvariatie. In figuur 4 zijn de verschillen tussen ziekenhuizen te zien in het behandelen met buisjes (otitis media).<sup>25</sup> De verschillen tussen ziekenhuizen zijn fors.

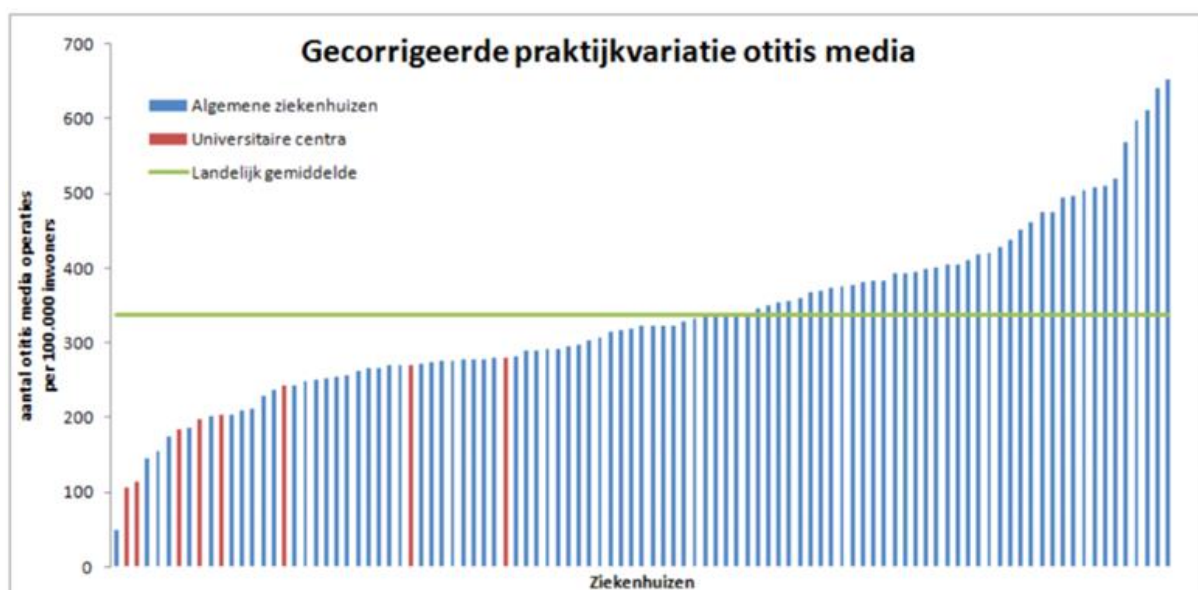
---

<sup>23</sup> Stiggelbout, A.M. Rede uitgesproken bij oratie: *Kiezen of delen? Patiënten, percepties en preferenties*, januari 2007.

<sup>24</sup> Corallo et al. ‘A systematic review of medical practice variation in OECD countries.’ *Health Policy*, vol. 114 (1), p. 5-14, januari 2014.

<sup>25</sup> Zichtbare Zorg en KPMG Plexus. *Praktijkvariatie rond indicatiestelling in Nederlandse ziekenhuizen*. September 2010.





Figuur 4: Praktijkvariatie otitis media op instellingsniveau (aantal operaties per 100.000 inwoners uit verzorgingsgebied van de instelling)

Soms zijn de methoden die worden gebruikt om praktijkvariatie te berekenen erg complex, zeker als het gaat om het berekenen van verschillen tussen instellingen. Dat leidt tot een vreemde paradox, namelijk dat de methoden die worden gebruikt om verschillen tussen instellingen transparant te maken zelf niet transparant zijn. Onduidelijk is bijvoorbeeld in hoeverre wordt gecorrigeerd voor verschillen in patiëntpopulaties (leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status, gezondheid, etc.), voor verschillen tussen zorgaanbieders (ziekenhuisspecialisatie, aanwezigheid Intensive Care faciliteiten etc.), voor regionale verwijspatronen of landelijke afspraken over taakverdeling en concentratie, en voor selectieve contractering. Deze laatstgenoemde is niet alleen het gevolg van ongewenste praktijkvariatie (in het geval een zorgaanbieder te veel behandelt bijvoorbeeld), maar ook soms de oorzaak van praktijkvariatie: de zorgaanbieder behandelt juist relatief meer als gevolg van beleid van zorgverzekeraars in het kader van concentratie en specialisatie van zorg. Praktijkvariatie is dan gewenst!

Niet voor niets hebben diverse auteurs gewezen op de complexiteit van het begrip en op de problematiek die ontstaat wanneer 'praktijkvariatie' wordt gedefinieerd als 'residuale variatie', dus als uitkomst na correctie voor populatieverschillen. Die methode betekent namelijk dat die residuale variatie per definitie lastig te duiden of nader te onderzoeken is. Soms wordt vanwege die complexiteit ten onrechte beweerd dat praktijkvariatie als statistisch fenomeen en gepaste zorg als gevolg van klinisch handelen niets met elkaar te maken hebben. Dat is zorgelijk als dat leidt tot besluiteloosheid bij de aanpak voor de belemmeringen van gepaste zorg.

De reden waarom de meetbaarheid van ongewenste praktijkvariatie een relevant vraagstuk is, is dat gepaste zorg – zoals eerder opgemerkt – zowel een professionele als een economische kant kent. In de eerste staat het perspectief van één zorgprofessional op één patiënt centraal en bestaan de wens en de overtuiging het beste te doen. In de andere wordt op groepsniveau gekeken en wordt geconcludeerd dat er aanwijzingen zijn dat, ondanks goede bedoelingen, in sommige gevallen keuzes worden gemaakt waarvan

de gepastheid betwijfeld kan worden. Dat leidt tot irritatie bij zorgprofessionals en tot uitspraken over de uniciteit van patiënten (‘elke patiënt is uniek’) en over de onmeetbaarheid van gepaste zorg. Uiteraard is elke persoon uniek, maar er zijn wel degelijk behandelpatronen en richtlijnen. Ook bij zeer ruime marges van acceptabele praktijkvariatie blijft er, bijvoorbeeld bij het plaatsen van buisjes, een onacceptabele variatie over.<sup>26</sup> Duidelijkheid over hoe praktijkvariatie onderzocht wordt, draagt bij aan acceptatie bij professionals over de onwenselijkheid van ongepaste praktijkvariatie.

Het in paragraaf 3.1 genoemde rapport over de begrippenkaders rondom gepaste zorg bevat een lijst met situaties waarin praktijkvariatie geoorloofd is. In alle andere gevallen is het niet geoorloofd. Het is gewenst de onderzoeksmethoden op deze definitie te baseren. Maar er zullen altijd discussie blijven. Een goed voorbeeld is variatie als gevolg van etniciteit. Die is gewenst wanneer de richtlijn een verschillende behandeling voorstelt voor verschillende etnische groepen.<sup>27</sup> Variatie is echter ongewenst wanneer die het gevolg is van drempels in de toegankelijkheid van zorg als bijvoorbeeld afstand, wachtlijsten of kosten.<sup>28</sup>

#### *Verspilling tegengaan*

Zoals hierboven opgemerkt vormt een gebrek aan gepaste zorg een bedreiging voor de houdbaarheid van ons zorgstelsel. Een belangrijke term in dat debat is ‘verspilling.’

Een voorbeeld van verspilling van zorg blijkt uit het onderzoek dat thuiszorgorganisatie Buurtzorg in 2012 liet uitvoeren. Daaruit bleek dat patiënten die thuiszorg krijgen gemiddeld €100,- aan ongebruikte geneesmiddelen in huis hebben, dat medische hulpmiddelen vaak onnodig worden aangeschaft en dat dure behandelingen te vaak in ziekenhuizen worden gedaan, terwijl ze ook in de eerste lijn (bijvoorbeeld door huisarts of fysiotherapeut) hadden kunnen worden gedaan.

Naar verspilling wordt in Nederland relatief weinig onderzoek gedaan, in tegenstelling tot in de VS. Dat is te verklaren omdat verzekerden daar vaak veel geld moeten bijbetalen, soms wel tienduizenden dollars. Als gevolg van deze hoge eigen bijdrage aan zorg is de helft van alle persoonlijke faillissementen in de VS het gevolg van zorgkosten.<sup>25</sup> Gebruikelijke maatregelen om kosten te beheersen (budgetten, lagere tarieven of de dekking in het verzekerenpakket verlagen) voldoen niet als het gaat om verspilling.

Uit recent onderzoek op basis van zes categorieën van verspilling – overbehandeling, fouten in zorgcoördinatie, fouten in de uitvoering van zorgprocessen, administratieve complexiteit, fouten in de prijs, fraude en misbruik – komen de meest voorzichtige berekeningen van verspilling uit op schattingen van meer dan 20 procent van de totale zorguitgaven.<sup>29</sup>

---

<sup>27</sup> Seeleman, C. Boek: *Een arts van de wereld : etnische diversiteit in de medische praktijk*, november 2005.

<sup>28</sup> Moriates et al. Boek: *Understanding Value Based Healthcare*, april 2015.

<sup>29</sup> Berwick, D.M., Hackbarth, A.D. ‘Eliminating Waste in US Health Care.’ *JAMA*, vol. 307 (14), p. 1513-1516, april 2012.

Een ander recent onderzoek uit de VS betrof de bestudering van 1,3 miljoen declaraties in 2009: tussen de 25 en 42 procent van de patiënten ontving zorg van beperkte therapeutische/klinische waarde.<sup>30</sup> De opzet van het onderzoek was als volgt: de onderzoekers stelden samen met artsen combinaties van behandelingen vast waarvan evident was dat ze geen klinische relevantie hadden. Een voorbeeld is een patiënt met hoofdpijn die een MRI kreeg zonder dat er een medische voorgeschiedenis was. Door de nota's van verzekeren op dit patroon te onderzoeken (hoofdpijn als klacht, MRI binnen 6 weken, geen verdere voorgeschiedenis), kon worden vastgesteld hoe vaak deze vorm van ongepaste zorg werd verleend. Dit soort analyses van gedeclareerde zorgkosten staan nog in de kinderschoenen. Om daar draagvlak voor te krijgen bij zorgprofessionals is het van belang dat die zich bewust zijn van de omvang van dit vraagstuk. Het is wenselijk replicaties van dit soort onderzoek te doen met Nederlandse declaratiedata.

Verspilling gaat niet alleen over onnodige kosten als gevolg van (medische) fouten. Er moet ook gedacht worden aan zaken als verkeerde diagnosestelling, het voorschrijven van verkeerde medicatie en te voorkomen complicaties, zoals infecties die patiënten oplopen tijdens ziekenhuisverblijf. Jaarlijks lopen 40.000 Nederlanders schade op als gevolg van een vermijdbare medische fout. Dit zorgt voor (vaak langdurige) beperkingen in gezondheid, hogere (zorg)kosten en een afname van het vertrouwen in zorgprofessionals en in het zorgsysteem als geheel.<sup>31</sup>

### 3.5 De invloed van prikkels op gepaste zorg

Er zijn diverse maatregelen denkbaar om de praktijkvariatie te verkleinen.<sup>32</sup> Hierboven is al gesproken over verbetering van het gebruik van richtlijnen, patiënteducatie, het stimuleren van SDM, het belang van publieke rapportages over de aard en de omvang van ongewenste praktijkvariatie en inzicht in de kosten van verspilling. Een andere belangrijke maatregel is het gebruik van (financiële) prikkels. Dat is belangrijk omdat vergoeden van zorg per verrichting, de meest gangbare vorm van betaling in de zorg, de basis van overbehandeling is. Er is daarom veel aandacht voor andere (financiële) prikkels om gepaste zorg te bevorderen. Deze prikkels zijn er in verschillende soorten en maten. Ze kunnen gericht zijn op het belonen van gewenst gedrag of op het bestraffen van ongewenst gedrag en kunnen invloed uitoefenen op verzekeren en patiënten, zorgprofessionals en zorgverzekeraars.

#### *Prikkels voor professionals*

Prikkels kunnen worden beschouwd als belangrijke ‘hefbomen’ die een (zorg)organisatie kan inzetten om professionals aan te trekken, te behouden, te motiveren, tevreden te stellen en om gepaste zorg te verbeteren. Er zijn tal van studies over de (positieve en negatieve) effecten die prikkels kunnen hebben op zorgprofessionals. Het

---

<sup>30</sup> Schwartz et al. ‘Measuring Low-Value Care in Medicare.’ *JAMA Internal Medicine*, vol. 174 (7), p. 1067-1076, juli 2014.

<sup>31</sup> Pham, et al. ‘Reducing Medical Errors and Adverse Events.’ *Annual Review of Medicine*, vol. 63, p. 447-463, februari 2012.

<sup>32</sup> OECD. *Geographic Variations in Health Care: What do we know and what can be done to improve health system performance?* OECD Health Policy Studies, 2014.

wordt echter complex om de effectiviteit van prikkels te beoordelen wanneer er meerdere daarvan tegelijkertijd in de praktijk van de zorgprofessional samenkomen.

Er zijn verschillende soorten prikkels te onderscheiden. Ten eerste zijn er financiële prikkels, die grofweg zijn onder te brengen in drie categorieën: loon en arbeidsvoorwaarden (zoals pensioenregeling), prestatiebetalingen (denk aan bonussen) en andere financiële diensten (zoals korting op leningen). Zonder financiële prikkels zijn zorgprofessionals slechts beperkt beïnvloedbaar. Tegelijkertijd blijkt echter dat financiële prikkels alleen niet genoeg zijn om zorgprofessionals te beïnvloeden. Ten tweede is er namelijk een even cruciale rol voor niet-financiële prikkels, zoals een positieve werkomgeving (werkdruk of werkautonomie), flexibiliteit (dagindeling, thuiswerken), ondersteuning bij carrièreontwikkeling (trainingen), bepaalde services en intrinsieke beloning (werktevredenheid of waardering).

Er is beperkt evaluatieonderzoek gedaan naar de samenhang van prikkels binnen zorgorganisaties.<sup>33</sup> Een succesvolle implementatie van samenhangende prikkels vergt maatwerk om tegemoet te komen aan de specifieke situatie in een zorgorganisatie. Een *one-size-fits-all*-model valt niet aan te bevelen. Een voorbeeld daarvan is dat wel geroepen wordt dat artsen in loondienst de oplossing is om overproductie tegen te gaan, waarbij dan wordt verwezen naar een aantal toonaangevende Amerikaanse ziekenhuizen. Vaak is dan echter niet bekend dat het salaris in deze ziekenhuizen voor een belangrijk deel variabel is en is gekoppeld aan zowel economische resultaten als behandeluitkomsten.<sup>34</sup> In Nederland bestaan dergelijke initiatieven ook, bijvoorbeeld in ziekenhuis Bernhoven, maar de effectiviteit ervan moet worden gezien in het licht van specifieke regionale omstandigheden.<sup>35</sup>

De ervaringen met prikkels bij het stimuleren van gepast gebruik van zorg hebben grote invloed op de manier waarop zorgverzekeraars afspraken maken met zorgaanbieders. De gedachte dat er vooral 'bundels' van zorg moeten worden ingekocht, waarmee bijvoorbeeld verschillende behandelingen met één tarief vergoed worden, krijgt steeds meer aanhang.<sup>36</sup> Bij deze methode, *value based health procurement* genoemd, worden besparingen vaak gedeeld tussen de zorgaanbieder en de verzekeraar (ook wel: *Shared Savings*), wat gepaste zorg stimuleert. Dergelijke inkoopmethoden vragen echter inzicht in de totale kosten per verzekerde en zijn complex in de uitvoering. De vraag is of grootschalige implementatie van dit soort contracten beter mogelijk is als zorgverzekeraars daarin samenwerken. Daarnaast is het de vraag of het mogelijk en gewenst is om eventuele besparingen met patiënten te delen.

---

<sup>33</sup> Conrad, D.A., Perry, L. 'Quality-based financial incentives in health care: can we improve quality by paying for it?' *Annual Review of Public Health*, vol. 30, p. 357-71, april 2009.

<sup>34</sup> Bohmer, R.M.J., Edmondson, A.C., and Feldman, L. *Intermountain Health Care*. Harvard Business School Case 603-066, October 2002. (Revised March 2013).

<sup>35</sup> Olsthoorn, S. 'Minder zorg, minder omzet en toch blij gezichten.' *Financieel Dagblad*, 4 maart 2016.

<sup>36</sup> Porter, M.E., Kaplan, R.S. 'How Should We Pay for Health Care?' *HBS Working Paper: 15-041*, december 2014.

### *PROMs als prikkel voor gepaste zorg*

Ook kwaliteitsindicatoren kunnen een effectieve prikkel zijn om gepaste zorg te bevorderen. Zeer relevant zijn in dit verband de zogeheten *patiënt-reported outcome measures* (PROMs). Dit zijn vragenlijsten waarmee de patiënt bijvoorbeeld zijn kwaliteit van leven of zijn niveau van functioneren aangeeft. Door deze zorguitkomsten uit het perspectief van de patiënt als feedback voor zorgprofessionals te gebruiken, om het verloop van de behandeling te volgen, zijn ze mogelijk direct van invloed op het bevorderen van gepaste zorg.

De rol van professionals is cruciaal bij zinvol gebruik van de PROMs. Er zijn professionele koplopers nodig die de meerwaarde van PROMs voor gepaste zorg uitdragen. Bovendien moet de nadruk komen te liggen op kleinschalige verandering van onderaf, zodat betrokken professionals zelf het voortouw kunnen nemen. Een andere absolute voorwaarde is dat de kwaliteit van de PROMs hoog is en dat duidelijk is hoe ze zinvol in de dagelijkse praktijk kunnen worden ingebed.<sup>37</sup>

### *Zorgmijden*

Gaat het bij zorgprofessionals vooral om de vraag hoe overbehandeling voorkomen kan worden, bij financiële prikkels voor verzekerden gaat het juist om prikkels die effectief zorggebruik belemmeren. Er is sprake van zorgmijden wanneer iemand die zorg nodig denkt te hebben er bewust voor kiest die zorg niet te gebruiken. Zorgmijden wordt beschouwd als ongewenst wanneer iemand die keuze maakt vanwege verwachte (vervolg)kosten. Jaarlijks ziet 15 procent van de Nederlanders af van een bezoek aan de huisarts en van deze groep doet bijna 21 procent dat vanwege financiële redenen. Zorgmijden om financiële redenen komt vaker voor onder jongvolwassenen (18-39 jaar) en mensen met lagere inkomens dan bij mensen vanaf 40 jaar en mensen met hogere inkomens. Hoewel dit percentage door de jaren heen niet is toegenomen, stijgt sinds 2010 het percentage patiënten dat wel naar de huisarts gaat maar vervolgens een doorverwijzing niet opvolgt. Dat gebeurt vooral bij patiënten met chronische aandoeningen.<sup>38</sup>

Een belangrijk probleem bij zorgmijden is dat het voor zorgprofessionals én patiënten niet eenvoudig is om zorgkosten en mogelijke belemmeringen als gevolg daarvan goed in te schatten en bespreekbaar te maken. Artsen zeggen daar moeite mee te hebben omdat ze vaak geen alternatief weten om kosten voor de patiënt te verlagen.<sup>39</sup>

Het verplichte eigen risico is in ons land relatief laag in vergelijking met andere landen, maar werpt toch een drempel voor patiënten op om gebruik te maken van zorg. Dat is zorgelijk omdat de verwachting is dat bijbetalen voor zorg door een patiënt in de toe-

---

<sup>37</sup> Van der Wees et al., ‘Integrating the Use of Patient-Reported Outcomes for Both Clinical Practice and Performance Measurement: Views of Experts from 3 Countries.’ *The Milbank Quarterly*, vol. 92 (4), p.754-775, december 2014.

<sup>38</sup> NIVEL. Rapport: *Inzicht in Zorgmijden: Aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken*. 2015.

<sup>39</sup> Alexander et al. ‘Barriers to Patient-physician Communication About Out-of-pocket Costs.’ *Journal of General Internal Medicine*, vol. 19 (8), p. 856-860, augustus 2004.

komst steeds vaker zal voorkomen. Als zorgverzekeraars bijvoorbeeld besluiten geen medicijnen meer te vergoeden die de kwaliteit van leven nauwelijks verhogen, dan zullen patiënten er steeds vaker zelf voor betalen. Er is weinig onderzoek naar de manier waarop zorgprofessionals en patiënten praten over geld in de behandelkamer. Daar zijn echter in andere landen wel onderzoeksmethodes voor ontwikkeld die ook in Nederland goed bruikbaar zijn. Vooral de vraag welke belemmeringen artsen ervaren om bijbetalen door patiënten aan de orde te stellen is relevant. Een belangrijke belemmering is dat artsen zelf maar beperkt kennis hebben van kosten.<sup>40</sup>

Een ander vraagstuk bij zorgmijden is het verlagen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Zorgverzekeraars zeggen dat ze dat instrument nodig hebben om verzekeren naar aanbieders te sturen die aantoonbaar betere zorg leveren. Dit roept veel vragen op. Welke verantwoordelijkheid heeft een zorgaanbieder die een patiënt verwijst naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder of een patiënt behandelt wanneer hij zelf niet-gecontracteerd is? Deze vraag speelt nu al bij de zogeheten budgetpolissen: de mogelijke kosten voor patiënten zijn vele malen hoger dan het verplichte eigen risico. Zorg niet vergoeden kan een sterke prikkel zijn om gepaste zorg te bevorderen. De hamvraag is of alleen de verzekerde moet nagaan of een verzekeraar een bepaalde zorgaanbieder vergoedt, of dat ook zijn de behandelende zorgprofessional daar een verantwoordelijkheid in heeft. In landen met een langere traditie van selectief vergoeden is dat inmiddels wettelijk geregeld. In Nederland staat deze discussie nog in de kinderschoenen.

#### *Risicoverevening compenseert de kosten van praktijkvariatie voor zorgverzekeraars*

Risicoverevening houdt in dat zorgverzekeraars worden gecompenseerd voor kostenverschillen tussen verzekeren op basis van leeftijd, geslacht en gezondheid. Het is een belangrijk kenmerk van ons zorgstelsel en is noodzakelijk in het kader van de acceptatieplicht voor verzekeraars en de solidariteit tussen zieke en gezonde burgers. Praktijkvariatie blijkt in de manier waarop de verzekeraars momenteel gecompenseerd worden, gecorreleerd te zijn aan het regiokenmerk in het model van risicoverevening. Een deel van de compensaties voor regionale verschillen wordt veroorzaakt door praktijkvariatie tussen ziekenhuizen. Soms hangt een hoger behandelvolume van zorgaanbieders samen met de (zwaardere) samenstelling van de patiëntenpopulatie, maar soms is ook sprake van overbehandeling. Als praktijkvariatie samenhangt met ondoelmatigheid door overbehandeling, ontvangt een zorgverzekeraar eigenlijk onbedoeld compensatie voor ongepaste zorg. Deze compensatie heeft als consequentie dat voor die verzekeraar de prikkel vervalft om iets tegen de praktijkvariatie te doen.<sup>41</sup> De paradox is dat als zorgverzekeraars effectief investeren in het terugdringen van praktijkvariatie door samen met zorgaanbieders de zorg anders in te richten, dat ze dat uiteindelijk juist geld kost.

---

<sup>40</sup> Alexander et al. ‘Patient-physician Communication About Out-of-pocket Costs.’ *JAMA*, vol. 290 (7), p. 953-8, augustus 2003.

<sup>41</sup> Koerhuis et al. ‘Betere risicoverevening kan zorgverzekeraars prikkelen tot meer doelmatigheid.’ *Economische Statistische Berichten (ESB)*, vol. 101 (4729), p. 172-175, maart 2016.

### 3.6 Het belang van multidisciplinair onderzoek naar institutionele dilemma's

Om terug te keren naar de kernvraag: welke inzichten zijn nodig om ervoor te zorgen dat professional en patiënt samen tot gepaste zorg komen? KNO-arts dr. Oei is in het begin van deze uitgave genoemd als een *witte raaf* die zorg levert zoals die zou moeten zijn. In dit hoofdstuk is het concept gepaste zorg in al zijn complexiteit besproken en is duidelijk geworden dat vele factoren van invloed zijn op het besluitvormingsproces in de blackbox van de relatie tussen patiënt en zorgprofessional. Gepaste zorg als institutionele verandering in bredere zin kan pas ontstaan als op drie niveaus institutionele dilemma's worden aangepakt:

- macroniveau: de manier waarop de zorgverzekeraar en de zorgaanbieders afspraken maken, gericht op gepaste zorg,
- mesoniveau: zorgprofessionals moeten in staat worden gesteld gepaste zorg te bieden en zich daar verantwoordelijk voor voelen
- micro: in de relatie tussen professional en patiënt moeten drempels weggenomen worden zodat beiden kiezen voor gepaste zorg.

De complexiteit van deze institutionele problematiek in de zorg vraagt om een multidisciplinaire benadering. Met dat oogmerk heeft Talma een team samengesteld van interdisciplinair werkende specialisten. Gezondheidseconomen kennen de voorwaarden voor een adequaat functionerende markt: waar moeten we naartoe opdat het stelsel goed functioneert? Bestuurskundigen brengen in kaart hoe dergelijke voorwaarden zich verhouden tot de eigen belangen en kennisposities van actoren in het veld: welke ruimte is er voor sturing? Organisatiewetenschappers kijken naar de manier waarop actoren vanuit hun eigen positie en perspectief betekenis geven aan gepaste zorg: hoe beoordelen, beïnvloeden en bevechten zij de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van zorg? Gezondheidswetenschappers kijken naar de relatie tussen beleid en gezondheid: wat leveren die beleidsprogramma's en de hervorming daarvan op in termen van gezondheid en kwaliteit van leven?

Deze perspectieven schuren. Wat volgens economen goed is voor het stelsel, is niet per se goed voor de verzekeraar, voor het ziekenhuis, of de patiënt zo vertellen ons de organisatiewetenschappers. Actoren verschillen in hun belangen, maar ook in hun kracht: de mate waarin ze in staat zijn het verloop van het spel te beïnvloeden. Als we als gezondheidswetenschappers denken dat er duidelijke afspraken zijn, blijken er toch steeds verschillen van interpretatie te zijn zo leren ons de bestuurskundigen. En het is niet altijd duidelijk wat de winst is in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en kosten. De verschillende actoren houden zich, vanuit hun eigen positie en met hun eigen visie, wel of juist niet aan de bedoeling van de prikkels en regelgeving in het stelsel. Een bestuurskundige en organisatiesociologische analyse van de manier waarop economisch gezien rationele besluiten doorwerken op actorniveau geeft begrip waarom het niet altijd lukt en laat zien hoe we met behulp van gezondheidswetenschappers stappen vooruit kunnen maken naar een betere gezondheid, gegarandeerde toegankelijkheid en beheerste kosten.

Voor meer gepaste zorg is multidisciplinair onderzoek nodig naar de totstandkoming van zorg en de rol die richtlijnen daarin spelen. Het onderzoek moet als het ware

stroomopwaarts zwemmen om tot beter begrip te komen van institutionele belemmeringen: hoe is de interactie in de behandelkamer, binnen welke organisatorische context werkt de zorgverlener, in hoeverre is een richtlijn geaccepteerd en is er ruimte om beargumenteerd af te wijken, en, tot slot, welke afspraken hebben de zorgorganisatie en de zorgverzekeraar gemaakt?



## 4 Institutionele dilemma's en onderzoeksvorstellen

Op grond van wetenschappelijke kennis zijn er vier verschillende terugkerende institutionele dilemma's te onderscheiden die zich voordoen bij het tot stand brengen van goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Hieronder volgen voor deze dilemma's enkele onderzoeksmogelijkheden met betrekking tot gepaste zorg.

### 4.1 Bedoelde versus onbedoelde effecten

In principe kan elke interventie tot bedoelde, maar vaak ook tot onvoorziene, onbedoelde en ongewenste gevolgen leiden. Zo leidt een kostenbesparende innovatie als het overhevelen van zorg naar de eerste lijn tot kostenverhogende 'opvulzorg' in de tweede lijn en is het perverse effect van de toepassing van kwaliteitsindicatoren dat de kwaliteit van niet-gemeten kwaliteitsaspecten juist achteruitgaat. Ook heeft afschaffen van formulieren om administratieve lastenverlichting te bereiken voor huisartsen soms als bijeffect dat de medische noodzaak van bepaalde hulpmiddelen niet zonder meer duidelijk is en patiënten meer zelf moeten betalen.

Een cruciale vraag bij de organisatie van de zorg is hoe met deze onbedoelde effecten moet worden omgegaan. Daarvoor is een ketenbrede visie op de toetsing van de doelmatigheid en de gepastheid van zorg nodig.

- De huidige manier van financiering, met een vergoeding per verrichting, lokt verspilling uit. Zorgprofessionals zijn daar niet bewust op uit, maar realiseren zich niet hoe vaak ze zorg verspillen en wat dat kost. Recent onderzoek naar de mate waarin zorgprofessionals behandelcombinaties declareren die ze zelf uitdrukkelijk als van zeer beperkte waarde beschouwen, draagt bij aan hun bewustzijn van de ernst van de verspilling (zie paragraaf 3.4).<sup>42</sup> Talma wil dat onderzoeksmodel toepassen op de Nederlandse situatie.
- Zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderhandelen over contracten. Talma wil onderzoek doen wat zorgprofessionals<sup>43</sup> zelf als ideale prikkels beschouwen om tot gepaste zorg te komen. Dit onderzoek wordt gebaseerd op recente inzichten uit de gedragseconomie en de psychologie (zie paragraaf 3.5).<sup>44</sup>
- Bijbetalen door patiënten kan bijdragen aan gepaste zorg, maar er ook toe leiden dat ze vaker zorg mijden (zie paragraaf 3.5). Het is waarschijnlijk dat er in de komende

---

<sup>42</sup> Schwartz et al. 'Measuring Low-Value Care in Medicare.' *JAMA Internal Medicine*, vol. 174 (7), p. 1067-1076, juli 2014.

<sup>43</sup> Kirschner et al. 'Design choices made by target users for a pay-for-performance program in primary care: an action research approach.' *BMC Family Practice: BMC series - open, inclusive and trusted*, p. 13-25, 2012. DOI: 10.1186/1471-2296-13-25

<sup>44</sup> A.M. Audet en M. Zezza, 'How Behavioral Economics Can Advance The Design Of Effective Clinician Incentive Programs'. *Health Affairs* blog, sep 2015.

jaren meer, andere en/of hogere vormen van bijbetalingen in de zorg komen. Talma wil onderzoek doen naar de mate waarin in de behandelkamer over geld gesproken wordt en welke drempels zorgprofessionals daarbij ervaren.<sup>45 46</sup>

## 4.2 Integratie versus differentiatie

Een tweede steeds terugkerend institutioneel dilemma is dat van integratie versus differentiatie. Een mens is een geheel, maar de zorg is georganiseerd op basis van een opdeling van taken, specialismen en geldstromen en dat leidt tot verkokering. Stuur men echter eenzijdig op integratie, dan komt al snel de vraag op: wie is eigenlijk verantwoordelijk voor wat? Dit probleem doet zich bijvoorbeeld voor in het geval van overgewicht bij kinderen. De zorg voor deze groep omvat vier van de vijf zorgdomeinen: de Wet Publieke Gezondheid, de Wmo, de Jeugdwet en de Zorgverzekeringswet. De inhoud van de zorg zelf is redelijk duidelijk, maar de vraag hoe de domeinen tot effectieve samenwerking moeten komen niet. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor de zorg voor ouderen met dementie. Een extra probleem is dat de kosten soms voor rekening komen van de ene kolom, terwijl een andere kolom profiteert van de baten.

- Richtlijnen dragen bij aan gepaste zorg, maar zorgprofessionals uiten twijfel over de manier waarop zorgverzekeraars de richtlijnen gebruiken bij inkoop (zie paragraaf 3.2).<sup>47</sup> Dat lijkt ertoe te leiden dat zorgprofessionals richtlijnen zo breed mogelijk willen houden, terwijl voor gepaste zorg richtlijnen juist veel specifiekere moeten worden. Door de aard van het systeem van het Verenigd Koninkrijk, waarbij kort door de bocht geformuleerd de overheid zowel financier als zorgverlener is, bestaat deze spanning tussen professionals en zorgverzekeraar daar veel minder. Talma wil samen zorgverzekeraars en professionals scenario's ontwikkelen om met dit systeemvraagstuk om te kunnen gaan.
- Shared decision making (SDM) in de medisch-specialistische zorg is vooral aan de orde als er meerdere behandelopties zijn (zie paragraaf 3.3). Vreemd genoeg gaat het in die gevallen vaak beperkt over het functionele behandeldoel.<sup>48</sup> Dat in schril contrast tot bijvoorbeeld de fysiotherapie en de revalidatiegeneeskunde, waar het formuleren van een behandeldoel juist de kern van de zorg vormt. Talma wil onderzoek doen naar de bijdrage van deze bredere visie op gepaste zorg en op een grotere rol van de patiënt in de zorg.

---

<sup>45</sup> Alexander et al. 'Patient-physician Communication About Out-of-pocket Costs.' *JAMA*, vol. 290 (7), p. 953-8, augustus 2003.

<sup>46</sup> Alexander et al. 'Barriers to Patient-physician Communication About Out-of-pocket Costs.' *Journal of General Internal Medicine*, vol. 19 (8), p. 856-860, augustus 2004.

<sup>47</sup> Zorgverzekeraars dwingen huisartsen op basis van standaarden te registreren, via <http://www.medischcontact.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/149246/Stop-misbruik-van-onze-standaarden.htm>

<sup>48</sup> Hargraves, I. et al., 'Shared Decision Making: The Need For Patient-Clinician Conversation, Not Just Information.' *Health Affairs*, jrg. 35 (4), 2016, pp. 627-629.

### 4.3 Verandering versus stabiliteit

Een ander centraal dilemma in de zorg is dat van verandering versus stabiliteit. Innovaties lopen vaak stuk op afgesproken regels en procedures, gevestigde belangen, ingesleten gewoonten en vastgeroeste denkwijzen, oftewel institutionele inertie. Innovaties waarvan bekend is dat ze leiden tot beter betaalbare, beter toegankelijke zorg van hogere kwaliteit worden soms niet gefinancierd of geïmplementeerd omdat ze niet passen bij bestaande regelgeving of niet aantrekkelijk dan wel aanvaardbaar zijn voor een van de partijen in de zorg. Voorbeelden zijn de behandeling van lage rugpijn, vroegdiagnostiek van depressie en de overheveling van laag complexe zorg van de tweede naar de eerste lijn. Ook raken professionals en patiënten in de zorg 'verandermoe' en is het voor hen soms lastig om te weten waar ze nog voor bepaalde zorg terecht kunnen.

Het omgekeerde van institutionele inertie komt echter ook voor: vaak verliezen oude werkwijzen in rap tempo hun legitimiteit zodra nieuwe modes opkomen en een soort institutionele lawine tot regel, norm of model worden (denk aan Buurtzorg als hedendaags organisatie-ideaal). Het is dan niet het nieuwe (de innovatie) dat stukloopt op het oude (de dwang van de status-quo), maar de vernieuwing die zelf dwingend wordt opgelegd en over oude verworvenheden in de sector heen rolt.

Een voorbeeld is de introductie van 'budgetpolissen' waarbij niet alle zorgaanbieders gecontracteerd zijn. Die leidden aanvankelijk tot grote knelpunten bij ziekenhuizen omdat ze niet naar de polis van een patiënt informeerden, maar alleen naar de zorgverzekeraar. Inmiddels zijn de systemen en werkwijzen aangepast en is het mogelijk een patiënt ook vooraf te laten weten dat hij niet alles vergoed krijgt. Sommige veranderingen kosten tijd en die heeft de sector soms nodig.

- Routines zijn zich herhalende, duidelijk onderscheidbare patronen van onderling afhankelijke acties van meerdere actoren. In wetenschappelijk onderzoek werden ze tot dusver vooral beschouwd als belemmering van vernieuwing, maar de laatste jaren wordt meer de nadruk gelegd op het veranderlijke karakter van routines.<sup>49</sup> Routines kunnen een belangrijke rol spelen bij de acceptatie van SDM: ze bevorderen de slagvaardigheid doordat ze de zorgprofessional ontslaan van de noodzaak zich bij elke actie af te vragen of die de juiste is. Talma wil onderzoek doen naar de waarde van routines bij de brede invoering van SDM.<sup>50</sup>
- Van shared savings-contracten wordt veel verwacht omdat ze kunnen bijdragen aan zorg die meer gepast is (zie paragraaf 3.5) Dergelijke contracten komen echter moeizaam van de grond. Zorgverzekeraars vinden dat dergelijke contracten complex zijn, wat de invoering ervan zou belemmeren. Talma wil

---

<sup>49</sup> Greenhalgh, T., Voisey, C. & Robb, N., 'Interpreted consultations as 'business as usual'? An analysis of organizational routines in general practices.' *Sociology of Health & Illness*, jrg. 29 (6), pp. 931-954..

<sup>50</sup> Goodwin, D., 2014. 'Decision-making and accountability: differences of distribution.' *Sociology of health & illness*, jrg. 36 (1), pp.44-59

onderzoeken of non-concurrentiële samenwerking bij dergelijke contracten bijdraagt aan de implementatie ervan.

#### 4.4 Leefwereld versus systeemwereld

Ten slotte het systeem-leefwereld-dilemma. Vanwege de complexiteit van de zorgsector is een stelsel opgetuigd dat geldstromen, patiëntstromen en verrichtingen vastlegt en stroomlijnt. Sommige betrokkenen ervaren dit systeem echter als vervreemdend, ondoorzichtig en onbegrijpelijk; een ongewenste indringer in hun leefwereld als manager, professional of patiënt. Tegelijk gebruiken deze actoren deze ‘kolonisering’ van hun leefwereld door het systeem als argument om datzelfde systeem te cultiveren: zij willen hun eigen normen en idealen aan het hele systeem opleggen. Veel procedures en regelingen zijn juist ontworpen om zulke, meer particuliere belangen te overstijgen ten gunste van het collectieve belang. Soms lijkt die doelstelling te zijn doorgeschoten, waardoor mensen zich niet meer in het systeem herkennen. Dat leidt tot een bijna continu pleidooi voor een herziening van ons stelsel, soms slechts op basis van individuele ervaringen van zorgprofessionals en patiënten.

De realiteit is dat veel van de knelpunten die individuen ervaren zich in bijna elk zorgstelsel voordoen: niet alles wordt vergoed, professionals dienen hun keuzes te verantwoorden en er zijn knelpunten op het gebied van integratie en samenhang. Dit is een belangrijk vraagstuk bij gepaste zorg: de economische insteek wordt gekoppeld aan de zorgverzekeraar en beleefd als een systeemperspectief, terwijl professionals en burgers de zorg vooral bekijken vanuit het leefwereld-perspectief. In hoofdstuk 3 is beschreven dat beide perspectieven soms botsen.

- Bij shared decision making gaat het om een afweging waarin statistieken een rol spelen. Niet iedere patiënt begrijpt dat en niet iedere zorgprofessional gebruikt deze insteek om het gesprek aan te gaan. Professionals gebruiken in de behandelkamer voortdurend verhalen die gerelateerd zijn aan de situatie van de patiënt, die vaak een grotere impact hebben op een besluit door de patiënt dan bijvoorbeeld statistische informatie over effectiviteit van een behandeloptie. Omdat daar nauwelijks onderzoek naar is gedaan, wil Talma dat doen.<sup>51</sup>
- Een belangrijk vraagstuk bij het terugdringen van ongepaste zorg is het verlagen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Selectief contracteren kan een sterke prikkel zijn om gepaste zorg te bevorderen, maar zorgprofessionals en patiënten wijzen op de keuzevrijheid van patiënten en hun verantwoordelijkheid hierin. Maar is het zo dat alleen de verzekerde zelf moet nagaan of een verzekeraar de behandeling bij een bepaalde zorgaanbieder vergoedt? Talma wil onderzoek doen naar de vraag of *informed consent* ook *informed financial consent* omvat.

---

<sup>51</sup> Dohan, D. et al., 2016. ‘The Importance Of Integrating Narrative Into Health Care Decision Making.’ *Health Affairs*, jrg. 35 (4), pp.720–725.

- Zorgprofessionals reageren soms vol twijfel op onderzoek naar ongewenste praktijkvariatie . Dat komt onder andere doordat dergelijk onderzoek niet volledig transparant is of volgens zorgprofessionals op een onjuiste manier wordt uitgevoerd. De recente consensus over gepaste zorg en in welke mate zorgpraktijken mogen variëren bevat ook een afbakening van praktijkvariatie: welke praktijkvariatie ongepast is en welke niet (zie paragraaf 3.4). Talma wil met behulp van die definitie en in nauwe samenwerking met zorgprofessionals praktijkvariatie in kaart brengen waarvan zorgprofessionals zelf zeggen dat die onderzocht zou moeten worden. Nu gebeurt dat vooral op basis van prioriteiten van bijvoorbeeld zorgverzekeraars met methoden die niet transparant zijn.
- Kwaliteitsinformatie wordt verzameld om de zorg transparanter te maken en draagt nu vooral bij aan selectieve inkoop van zorg. Die informatie moet echter ook betrekking hebben op het verbeteren van zorg. Dat vraagt om een ander gebruik van indicatoren: namelijk als basis voor het bijsturen van de zorg in de behandelkamer. PROM's lenen zich hier goed voor. (zie paragraaf 3.5).<sup>52</sup> Talma wil onderzoek doen naar ervaringen op dat gebied en naar de effecten ervan.

---

<sup>52</sup> Van der Wees, P.J. et al., 'Integrating the Use of Patient-Reported Outcomes for Both Clinical Practice and Performance Measurement: Views of Experts from 3 Countries.' *The Milbank Quarterly*, 2014, jrg. 2014 pp.754-775.