

Tilburg University

Variatie in prestatie

Westert, G.P.

Publication date:
2006

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Westert, G. P. (2006). *Variatie in prestatie: De kwaliteit van gezondheidszorg aan bod*. RIVM.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Variatie in prestatie; de kwaliteit van de gezondheidszorg aan bod

Gert P. Westert

Mijnheer de Rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders...

1. Gezondheidszorg, de roep om prestaties

The use of performance indicators in publicly funded healthcare systems goes beyond arming the "consumer" of healthcare with relevant information; it is a fundamental question of democratic accountability. Jackson T., 2005¹.

Nooit was de roep om prestatie meting in de publieke sector zo luid als nu. Ook in de gezondheidszorg klinkt deze roep. Zorgaanbieders worden gevraagd hun kwaliteit, toegankelijkheid en prijskaartje te tonen, zodat verzekeraars en burgers kunnen kiezen voor een optimaal product.

Toch is prestatie meting in de zorg ook weer niet helemaal van gisteren. Arah gaf recent in zijn proefschrift een mooi overzicht van de geschiedenis van prestatie meting². Zo pionierde Florence Nightingale 150 jaar geleden al met het systematisch verzamelen en rapporteren van indicatoren voor ziekenhuisprestaties. Een tweede aansprekend voorbeeld dateert van 1910. Zo was, bijna 100 jaar geleden dokter Ernest Codman in de Verenigde Staten al bezig met prestatie metingen bij pas ontslagen ziekenhuispatiënten. Zijn doel was onderscheid te maken tussen goede en slechte zorg, tussen effectieve en niet effectieve medische behandelaars³.

In recente jaren is prestatie meting echt een serieuze aangelegenheid geworden. In 2006 lijkt het motto 'prestaties en kwaliteit moet je tonen'. Alleen praten over kwaliteit is verleden tijd.

Twijfel over kwaliteit?

Wat is de reden dat er aan het begin van de nieuwe eeuw zo'n stevige roep is om prestaties? Waar komt die vandaan? Ik noem aan enkele zaken.

Allereerst verscheen in de zomer van 2000 het *World Health Report* van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) ⁴. Dit rapport trok veel aandacht omdat de prestaties van bijna 200 nationale zorgstelsels in een rangorde werd geplaatst.

Nederland eindigde op de 17^e plaats. Frankrijk werd eerste en Italië tweede. Duitsland stond – gelukkig – iets lager op de 25^e plaats. Veel landen hebben naar aanleiding van dit rapport onderzocht waarom zij finishten zoals zij finishten. Het WHO rapport leverde veel aandacht op voor *performance*. In de tweede plaats, heeft de economische dip vanaf 2000 de *value for money* beweging gestimuleerd? In Lissabon hebben de EU-leiders ongeveer vijf jaar geleden afgesproken dat Europa een sterke economische macht moet zijn in 2010. In dit streven past een publieke sector die ‘meer met minder’ doet.

Het is juist dat de uitgavengroei in de zorg de afgelopen periode sterk is gestegen. In Nederland stegen de kosten per hoofd van de bevolking tussen 1998 en 2004 met ruim 50%. Internationaal gezien valt Nederland overigens niet echt uit de toon. In Europa behoren we qua uitgaven al lange tijd tot een middengroep (RIVM, 2006). Mijns inziens zijn het niet in hoofdzaak de kosten die de luide roep om *public performance* veroorzaken. Uiteraard gaat het om *value for money*, maar het accent ligt hierbij niet zozeer op *money* maar op *value*.

Het gaat om de vraag: *Hoe staat het met de kwaliteit van de gezondheidszorg?*

Collega onderzoeker Ed Kelley presenteerde afgelopen januari in Den Haag het National Health Care Quality report 2005 dat de kwaliteit van de gezondheidszorg in de Verenigde Staten beschrijft⁵. Een van de hoofdconclusies in zijn verhaal was: 50% van de geleverde zorg in de VS is *evidence-based*. Dat wil grofweg zeggen dat in 50% van de gevallen zorg geboden wordt die medisch gezien gepast is. Als we de context schetsen, worden we echt somber. In de VS kost de zorg twee keer zo veel (OECD, 2005) en is 15% van de bevolking niet verzekerd (46 miljoen) voor het type zorgvoorzieningen waarop de genoemde 50% betrekking heeft. Kelley vat het publieke sentiment over dit rapport in de VS samen met de woorden: “*we can do better than this*”.

Internationaal gezien is er twijfel over de *feitelijke* kwaliteit en effectiviteit van de geboden gezondheidszorg. Dit geldt ook voor ons land; in ieder geval bij wetenschappers en beleidsmakers. Via de media bereikt dit druppelsgewijs het grote publiek en dat maakt de vraag *wat wordt er nu gepresteerd* maatschappelijk relevant. Burgers betalen (betrekkelijk) graag voor kwaliteit, maar niet voor een gebrek aan kwaliteit of liever gezegd voor producten waarvan de kwaliteit niet transparant wordt gemaakt of kan worden gemaakt.

Vertrouwen

Om het thema van vanmiddag echt goed neer te zetten wil ik deze inleiding afsluiten met nog één observatie: *De Nederlander heeft vertrouwen in de Nederlandse zorg*. Het meeste vertrouwen hebben

mensen in de huisarts en de specialist: meer dan 85% van de ondervraagden heeft daar veel vertrouwen in. Dit blijkt onder andere uit een meting van TRANZO en CentERdata in maart 2005. De TRANZO onderzoekers concluderen in een aanvullende analyse dat het percentage mensen dat vertrouwen heeft in diverse instellingen en hulpverleners niet sterk veranderd is in de afgelopen zeven jaar⁶.

De bevinding ‘Nederlander heeft er vertrouwen in’ brengt mij natuurlijk in verlegenheid. Moet ik wel iets gaan zeggen over de dagelijkse werkelijkheid van de kwaliteit van de gezondheidszorg, terwijl veel burgers zich lijken af te vragen “*is er iets aan de hand dan of kan het zelfs nog beter?*” Ik heb besloten om me te beperken tot feitelijkheden en empirische metingen. Zorggebruikers moeten zich hier maar een eigen oordeel over vormen.

Kwaliteit van zorg

Mijn thema van vanmiddag is de kwaliteit van de gezondheidszorg in de Westerse landen en in Nederland in het bijzonder. Ik onderzoek hierbij wat de economisch welgestelde landen op dit punt presteren. Ik beperk me tot de kwaliteit van de curatief somatische zorg. In Nederland komt dat grofweg neer op de huisartsenzorg en ziekenhuiszorg. Deze beperking is zeer praktisch omdat dat goed past bij mijn leeropdracht: kwaliteit van huisartsenzorg en ziekenhuiszorg.

Ik behandel achtereenvolgens de volgende drie punten:

- ◆ De kennisbasis voor de curatieve zorg
- ◆ De praktijk van het medisch handelen en de uitkomsten ervan
- ◆ De kloof tussen beide, tussen theorie en praktijk

2. Het medisch handelen: de kennisbasis

Hoe stevig is het fundament of de kennisbasis van de curatieve zorg? Hoe omvangrijk is het collectieve medische weten? Dit type vragen brengt ons bij de effectiviteit en de doeltreffend van het huidige medische handelen.

Patiënten gaan er veelal vanuit dat het wel goed zit met het kennisfundament en de kwaliteit. Bij een bezoek aan een huisarts of specialist verwachten we allen zorg van zeer acceptabel niveau, effectief en wetenschappelijk onderbouwd. Min of meer gaan we er bij de keuze van de arts van uit dat de kwaliteitsverschillen tussen artsen nihil zijn. We verwachten dat artsen inwisselbaar zijn als het gaat om de behandeling van ziekten en aandoeningen.

Dat we deze verwachting hebben, blijkt ondermeer uit het feit dat ziekenhuizen vooral bezocht worden door patiënten uit de directe woonomgeving; we kiezen het dichtstbijzijnde ziekenhuis (www.zorgatlas.nl). Als we op de wachtlijst voor een operatie staan, kiezen we het ziekenhuis dat op korte termijn ruimte heeft voor onze kwetsuur. Als patiënt zijn we meestal ingeschreven bij de huisartspraktijk in de buurt. Afstand en tijd lijken het belangrijkste selectie criterium. Kwaliteit nemen we impliciet aan als zijnde een ‘constante factor’.

Nederlanders zijn bovendien trouw aan hun zorgverlener. Er wordt nog weinig gestemd met de voeten. We lijken te denken: “het zit wel goed met de kwaliteit van mijn arts”. NIVEL en RIVM hebben enkele jaren geleden circa 10.000 huisartspatiënten gevraagd of men ooit wel eens gepoogd heeft van huisarts te veranderen, omdat men liever een andere huisarts wilde. Bijna 250 hen gaf aan van huisarts te willen wisselen. Uiteindelijk hebben 50 van hen die wens gerealiseerd: een half procent van de studiepopulatie⁷.

Samengevat verwachten we dus – niet in de laatste plaats voor onze eigen gemoedsrust - kwaliteit van iedere arts die we kiezen of die ons pad kruist. We vertrouwen er op dat het goed zit. Wat denken vakgenoten over de kwaliteit?

In het midden van de negentiger jaren verschenen er kritische geluiden in de wetenschappelijke pers. In een nummer van het gezaghebbende *British Medical Journal* riep de arts Sackett en zijn collega's in 1996 op tot een soort van reveil in de medische wetenschap: het toepassen *evidence based medicine*.⁸

Wat is dat: *evidence based medicine*? *Evidence based* verwijst naar het bewust, expliciet en oordeelkundig gebruik maken van het best voorhanden zijnde bewijs bij het nemen van medische beslissingen. Artsen worden hier feitelijk uitgenodigd om wetenschappelijk te handelen.

Kijken we naar de vele successen in de medische wetenschap in de afgelopen decennia, bijvoorbeeld in de cardiologie, dan is het toch vreemd dat in 1996 ‘van binnenuit’ wordt opgeroepen tot scientific medicine, wat de alternatieve term voor *evidence based medicine* is (#). Sackett verkoos echter de term *evidence based medicine*, omdat de term *scientific* wel erg de indruk van een schot in eigen voet suggereert.

Sackett en zijn collega’s zijn kritisch over de stand van de medische wetenschap omdat artsen onderling grote verschillen in medisch handelen laten zien. Daarnaast wijzen zij op het gebrek aan vraaggerichtheid in de zorg, dat wil zeggen dat de integratie van waarden van de patiënt in het medisch handelen ondermaats is⁹ (Weatherall, 1994). Het perspectief van de medicus is te dominant.

De auteurs in het genoemde artikel betwijfelen niet de klinische expertise van moderne artsen; zij vragen zich af of artsen hun klinische expertise in individuele gevallen wel baseren op het best voorhanden zijnde bewijs. Krijgen de patiënten zorg naar de meest recente stand van de wetenschap? Laat men zich niet te veel leiden door de *eigen* klinische expertise en is men wel op de hoogte van de laatste stand van kennis? Dat dat laatste sowieso een probleem is blijkt uit een studie van Davidoff e.a. in 1995.¹⁰ Zij becijferden dat medisch specialisten om *bij te blijven* dagelijks zo’n twintig artikelen zouden moeten lezen. Dat aantal is 10 jaar later natuurlijk alleen maar toegenomen. Hoe doen artsen dat? Hoe blijf je *up to date*?

De *evidence based medicine*-beweging die ontstond na het startschot in het *British Medical Journal* heeft de afgelopen jaren geresulteerd in veel systematisch onderzoek naar de stand van de medische kennis. De beweging heeft als belangrijkste aanname “*meer kennis over effectiviteit, leidt tot meer effectiviteit in de praktijk*”.

Borst-Eilers maakte in haar oratie ‘Geneeskunde op recept’ in 1993 onderscheid tussen collectieve onwetendheid en individuele onwetendheid. In de afgelopen periode is de collectieve onwetendheid gereduceerd door talloze meta-analyses, denk aan de activiteiten van het *Cochrane Center*. Echter, alle analyseresultaten ter wereld baten de patiënt niet als zijn of haar dokter de resultaten van deze studies niet kent.¹¹

Hiertoe zijn in de negentiger jaren veel (hapklare) richtlijnen en professionele standaarden ontwikkeld door vakgenoten in consensusbijeenkomsten. Het CBO heeft veel bereikt wat betreft de ontwikkeling van richtlijnen voor het specialistisch handelen; inmiddels zijn er zo’n 100 richtlijnen ontwikkeld. De huisartsen hebben met het NHG zo’n 80 standaarden opgesteld voor het huisartsgeneeskundig handelen. Door zelfregulering heeft de medische beroepsgroep in Nederland de collectieve kennisbasis in de afgelopen tien jaar enorm verstevigd. Ook de methodiek van het *evidence based* richtlijn ontwikkelen is behoorlijk verfijnd door het recente standaardwerk van van Everdingen en collega’s¹². De uniformiteit bij het ontwikkelen van richtlijnen wordt hierdoor enorm vergroot, maar leidt het ook tot uniform beslissingsgedrag in de klinische praktijk. Dat is namelijk het ultieme doel.

Anno 2006 beschikken we, zeker in Nederland, over hoogopgeleide artsen die continue op de hoogte worden gehouden over de laatste stand van de wetenschap, met behulp van wetenschappelijke overzichtsartikelen, meta-analyses en door vakgenoten opgestelde professionele standaarden. Laten we eens kijken wat de praktijk in recente jaren laat zien?

3. Het medisch handelen: de praktijk

Hoe is het gesteld met de kwaliteit van de zorg in de praktijk? Krijgen Nederlanders bij verschillende huisartsen of medisch specialisten vergelijkbare zorg en is dit *evidence based medicine*? Is de variatie in medisch handelen in de afgelopen 10 tot 25 jaar afgenomen? Nu de kennis op orde is, mag je verwachten dat patiënten uniforme zorg ontvangen volgens het best voorhanden zijnde bewijs. Er blijft natuurlijk altijd variatie bestaan, bijvoorbeeld als er iets nieuws uitgedokterd is, dan wordt zo'n medische innovatie niet gelijk door alle artsen toegepast. Innovaties verspreiden zich volgens een bepaald diffusiepatroon en dat neemt tijd.

Maar, als we naar behandelingen kijken waarvoor je mag aannemen dat de stand van kennis redelijk stabiel is en artsen in voorkomende gevallen goed weten wat ze te doen staat dan verwachten we weinig verschillen. Dit zou dan blijken uit uniform medisch handelen. Ik geef nu enkele voorbeelden die de stand van zaken in de praktijk illustreert.

De voorbeelden gaan over het voorschrijven van middelen bij slapeloosheid en de behandeling van een ontstoken blindedarm bij kinderen.

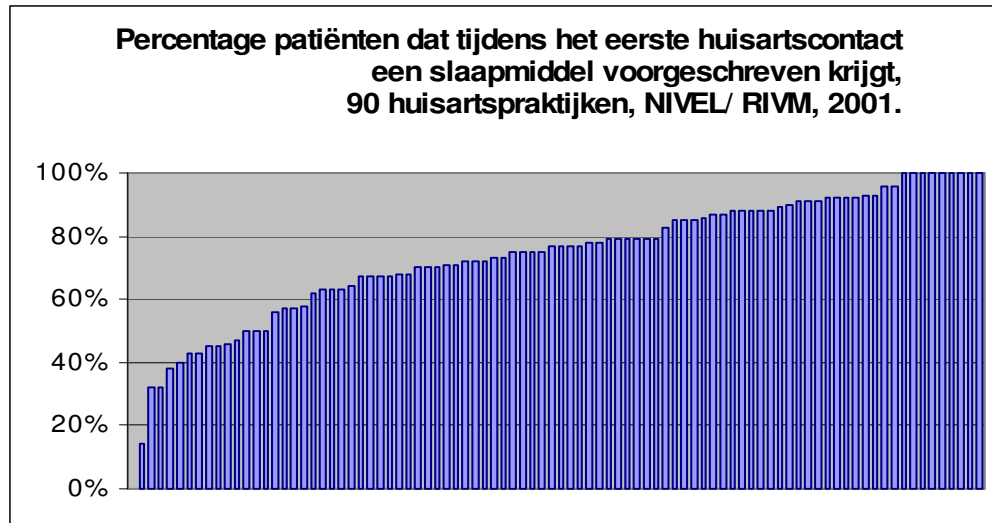
Ik begin met een veel voorkomende kwaal: slapeloosheid.

Praktijkvariatie en het voorschrijven van slaappillen

Een kwart van de Nederlanders had de afgelopen 2 weken problemen met slapen. Zo blijkt uit de NSII studie van enkele jaren geleden¹³. Daarmee staan slaapstoornissen op de derde plaats in de nationale top 10 van gezondheidsklachten. Velen van ons liggen af en toe wakker, maar slechts 10% van de mensen met slaapproblemen gaat hiervoor naar de huisarts. Voor de huisarts betekent dit dat zo'n 3% van de ingeschreven patiënten contact zoekt vanwege slaapstoornissen.

Driekwart van de patiënten die voor het eerst met een slaapstoornis bij de huisarts komen, krijgt een slaapmiddel mee naar huis. De figuur laat zien dat er overigens sprake is van veel variatie: 75% is slechts een gemiddelde. Er zijn bijvoorbeeld 10 praktijken die onder de vijftig procent zitten en ook

zitten er 10 praktijken op 100 procent. Het maakt dus uit in welke praktijk je je slaapproblemen presenteert. Ik kom straks nog op dit voorbeeld terug.



Acute appendicitis bij Nederlandse kinderen

In Nederland worden jaarlijks ongeveer 4000 ontstoken blinde darmen verwijderd bij kinderen onder de 15 jaar. Zeer recent rapporteerden onderzoekers van een Nederlandse universiteitskliniek over de mate waarin in de Nederlandse ziekenhuizen volgens de laatste stand der wetenschap wordt gewerkt.¹⁴ Inzake de acute appendicitis bij kinderen zocht men naar het bestaan van *evidence based practice* in Nederland. De onderzoekers hebben vooraf op basis van de wetenschappelijk literatuur een lijst van *acht kwaliteitsindicatoren* opgesteld. Op deze indicatoren is gescoord of de diagnostiek en behandeling van acute appendicitis bij kinderen volgens de laatste stand van de wetenschap gebeurt. Met behulp van een *survey* werden de collega's in de Nederlandse ziekenhuizen verzocht aan te geven hoe zij dit ziektebeeld in hun klinische praktijk behandelen. Men werd verzocht de eigen praktijk te scoren op de acht indicatoren. De respons op de *survey* was 93%. De resultaten waren helder. De beschikbare *evidence* – blijkend uit de acht indicatoren – wordt slechts deels toegepast in een klein deel van de Nederlandse ziekenhuizen. Niet één ziekenhuis scoorde in de juiste richting op alle acht de indicatoren. De conclusie van de onderzoekers luidt: de behandeling van Nederlandse kinderen met acute appendicitis is gemiddeld genomen in Nederland geen *evidence based practice*. Deze conclusie spoort met de conclusie van een vergelijkbaar onderzoek in de Verenigde Staten door Chen et al.¹⁵ Zij concluderen dat 60% van de kinderchirurgen (paediatric surgeons) hun behandeling baseren op eigen preferenties en inzichten. Tot zover dit voorbeeld.

Tot zover twee recente voorbeelden over verschillen in medisch handelen.

De pionier van het onderzoek naar variatie in medisch handelen is Jack Wennberg, hoogleraar aan de Dartmouth Medical School. Hij startte zo'n 30 jaar geleden met het documenteren van praktijkverschillen in de Verenigde Staten. In 2004 werd hij geïnterviewd door Health Affairs, een gerenommeerd wetenschappelijk tijdschrift op het terrein van het gezondheidszorgonderzoek. Wennberg's teleurstelling over het bereikte resultaat lees je tussen de regels door. In de VS heeft hij het thema kwaliteit van zorg hoog op de politieke agenda gezet, maar enigszins vertwijfeld concludeert hij "HET BELANG VAN DEZE VERSCHILLEN, LIJKT HET VERSCHIL TUSSEN COKE EN PEPSI NIET TE OVERSTIJGEN". Na 30 jaar zijn de verschillen nog onverminderd groot.

De richtlijnen dan?

Although patients' adherence to medical recommendations is much studied, the investigation of physicians' adoption of guidelines is significantly more limited (Davis DA)¹⁶

Maar – hoor ik u haast denken – in de laatste 15 jaar zijn er toch allerlei richtlijnen opgesteld, die artsen faciliteren bij het maken van keuzen. Leiden die niet tot meer uniform gedrag? Ik geef een aantal voorbeelden over de praktijk van het volgen van richtlijnen.

De huisartsenrichtlijn voor slaapstoornissen

Het voorbeeld van zojuist over het voorschrijven van slaapmiddelen liet zien dat in 75% van de gevallen, patiënten bij het eerste consult een slaapmiddel meekrijgen. Ook zagen we dat huisartsen hierin sterk verschillen. De NHG-standaard schrijft over medicamenteuze behandeling: “Hypnotica zijn slechts incidenteel nodig” (M23, juli 2005, NHG). De teneur in de richtlijn is voorlichting en voorkomen van (chronisch) gebruik van slaappillen. Er zit dus een aanzienlijk verschil tussen de opgestelde richtlijn en de praktijk. Op de mogelijke redenen hiervoor kom ik straks terug.

In het algemeen doen Nederlandse huisartsen het overigens goed wat betreft het volgen van de eigen richtlijnen en standaarden. Internationaal staan we op dit punt goed bekend. De WOK en NIVEL stelden in 2004 vast dat de overeenstemming tussen het handelen van de huisarts en de richtlijnen, voor alle ruim 100 indicatoren te samen bijna 75 % is.¹⁷ Het gaat hier om een gemiddeld cijfer voor diagnostiek, voorschrijven en verwijzen. Tot slot, stelden de onderzoekers vast – net als bij het voorbeeld van de slaapmiddelen - dat de verschillen tussen huisartspraktijken op onderdelen groot is.

De richtlijnen van de cardiologen

Patiënten die lijden aan chronisch hartfalen – decompensatio cordis K77 - zijn beter af als hun arts de Europese behandelrichtlijn hiervoor volgt. Dit schrijft de *European Heart Journal* naar aanleiding van de resultaten van de MAHLER studie, uitgevoerd onder 1410 patiënten in Frankrijk, Duitsland, Italië, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en Nederland.

Echter, slechts 60% van de onderzochte patiënten wordt volgens de richtlijn behandeld. Onderzocht werd wat dit betekent voor de patiënt. Men vond bijvoorbeeld dat voor patiënten behandeld door cardiologen die de richtlijn volgen minder snel een ziekenhuisopname noodzakelijk is.

Ziekenhuisopname bleek noodzakelijk in 11,2% van de gevallen. Dit percentage is 20,6% als cardiologen de richtlijn naast zich neerleggen. Komajda – hoogleraar cardiologie in Parijs en projectleider van het MAHLER onderzoek – reageert: <<DIT BETEKENT DAT EEN GROOT DEEL VAN DE PATIENTEN NIET DE BEST MOGELIJKE BEHANDELING KRIJGT, DAT HUN TOESTAND VERSLECHTERT, MET MOGELIJK EEN DODELIJKE AFLOOP>> “*This means*

that there is a high proportion of patients who are not receiving the best possible treatment of their condition, and who suffer worsening symptoms and even death as a result”¹⁸ In de Lancet verscheen in 2002 een vergelijkbare studie vergelijkbare resultaten door Cleland et al.¹⁹

De Europese vereniging voor cardiologie en de Nederlandse Hartstichting Stichting melden dat slechts in 11% van de gevallen cardiologen volgens de door hen zelf opgestelde richtlijn “acute behandeling infarct” werken. 89% van de cardiologen vaart dus op eigen koers en niet volgens ‘het cardiologen boekje’. In een reactie op dit bericht gaf de voormalig voorzitter van de cardiologenvereniging Simoons aan dat niet alle artsen op de hoogte zijn van de laatste ontwikkelingen. Maar, vreemd is dat volgens hem niet want – aldus Simoons – “Andere beroepsgroepen houden zich waarschijnlijk net zo min aan hun wetenschappelijke richtlijnen”. Een helder commentaar dat in januari in het NRC verscheen.²⁰

Kennis en toepassing in de praktijk: astma

Een ander voorbeeld betreft een studie onder 2000 kinderartsen in de Verenigde Staten. In deze studie werd de bekendheid met en het gebruik van richtlijnen onderzocht. Van de respondenten gaf 82% aan bekend te zijn met richtlijnen. Wat betreft het toepassen van richtlijnen, gaf 65% van de artsen aan ze niet of slechts deels te gebruiken.²¹ Kritiek op dit type onderzoek is dat er sociaal wenselijk wordt geantwoord. Als de sociale norm onder artsen is “richtlijnen volgen doe je niet”, dan is 65% wellicht een overschatting.

Uit literatuur blijkt dat de behandeling van astma een relatief gunstige uitzondering is: 88% kent de behandelrichtlijnen en 60% zegt ze te gebruiken. Echter, ook hier is de variatie in feitelijk gebruik enorm. Timmermans en Mauck verzuchten: <<OOK HIER ONACCEPTABELE VERSCHILLEN>> “*Internationally, asthma treatment continuous to be characterized by “unacceptable” treatment variation in spite of guidelines*”.²²

Is er dan helemaal niets verbeterd in de laatste decennia?

Met een groep onderzoekers heb ik recent onderzocht of de regionale verschillen in ziekenhuisopnamen tussen 1980 en 2000 in Nederland zijn afgenomen. Regionale verschillen geven op geaggregeerd niveau een indicatie voor verschillen in medisch handelen, mits afdoende rekening wordt gehouden met verschillen in gezondheid tussen patiënten. De conclusie is dat er nog steeds substantiële verschillen bestaan, maar dat er in de afgelopen periode van bijna 20 jaar ook sprake is van afname van regionale verschillen. De figuur laat de afname in regionale variatie voor een blindedarmoperatie zien. De rechte lijn toont de neerwaartse trend van de variatiecoëfficiënt²³.

Verder, in het promotieonderzoek van Judith de Jong vonden we recentelijk dat als er voor een ziektebeeld een huisartsrichtlijn voor de behandeling er van is opgesteld, de variatie in behandeling minder groot is dan als er geen behandelrichtlijn is opgesteld²⁴.

Ook van Everdingen et al melden gunstige resultaten naar aanleiding van de evaluatie een aantal specifieke richtlijnen, bijvoorbeeld de richtlijn 'longembolie' in het Arnhemse Rijnstate ziekenhuis²⁵. Er gloort dus hoop, maar er is nog veel te winnen.

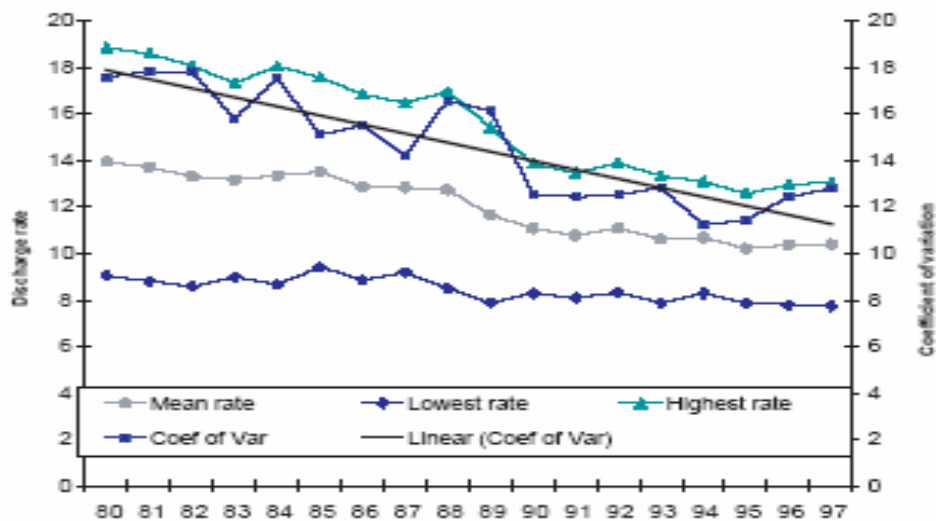


Fig. 2. Regional variation of hospital discharges per 10,000 population-at-risk for appendectomy between 1980 and 1997.

Genoeg voorbeelden. Laten we de tussenstand opmaken:

- De kennisbasis van de medische wetenschap is versterkt en de collectieve onwetendheid afgenomen, maar ...
- Ook in 2006 zijn er nog grote verschillen in behandeling en praktijkvoering
- Richtlijnen veranderen hier wel iets aan maar te weinig; het volgen van richtlijnen blijkt teleur te stellen
- De afstand tussen collectieve kennis en individuele toepassing ervan is onverminderd groot

4. Het verschil tussen theorie en praktijk: de kloof

Waarom bestaat er een kloof tussen theorie en praktijk, tussen kennisbasis en de uitvoering ervan in de praktijk. Onderzoekers die zoeken naar verklaringen voor interdoktervariatie of variatie in medisch handelen, zouden vooral moeten zoeken naar verschillen in omstandigheden waaronder dokters werken, waarbij ze statistisch zo goed mogelijk corrigeren voor verschillen in de gezondheidstoestand van patiënten.²⁶ Gedrag en dus ook medische beslissingen worden beïnvloedt door restrictieve omstandigheden, zoals de aanwezigheid van operatiefaciliteiten, de beschikbaarheid van ziekenhuisbedden of het type honorering. Dit type onderzoek leidt tot overtuigende deelverklaringen, maar er rest nog veel ruis. Ik denk dat dit te maken heeft met de aard van de medische professie.

Professionele autonomie

Maatschappelijk gezien is de medische professie een beroepsgroep die zeer succesvol is in het beperken of omzeilen van restrictieve omstandigheden (Freidson, 1975; Starr 1982). Elliot Freidson (1973) en Paul Starr (1982) beschreven de sociale geschiedenis van de medische professie. Starr's boek heeft een prikkelende ondertitel "*the rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*".^{27 28} Medici verwierven professionele autonomie in de vorige eeuw. Net als advocaten, notarissen en accountants doet hun werk beroep op 1. een zeer specialistische kennisbasis, 2. wordt hun handelen door zelfcontrole gereguleerd en 3. is er sprake van een afgeschermd relatie met de cliënt. Dit heeft veel gebracht. Geneesheren en kwakzalvers konden worden gescheiden door strikte toetredingseisen. De beroepsgroep bleek verder in staat grote medische innovaties tot stand te brengen die de volksgezondheid in de afgelopen 100 jaren positief hebben beïnvloedt, zoals later deze maand in de nieuwe Volksgezondheid Toekomst Verkenning zal worden gekwantificeerd (RIVM, 2006). Daarnaast bracht professionele autonomie de medische professie macht, die onder andere wordt aangewend om de omstandigheden waaronder gewerkt wordt te beïnvloeden. De legitimiteit van die autonomie en macht staat internationaal echter ter discussie door een gebrek aan zelfregulering en interne kwaliteitscontrole. Interdoktervariatie is hiervan het symptoom. Professionele autonomie wordt hierdoor paradoxaal.²⁹ Freidson benoemde dit al in 1975. ("*its autonomy is justified and tested by its self regulation*".)

De-professionalisering

Het ontwikkelen en volgen van richtlijnen, om een brug te slaan tussen de collectieve kennisbasis en de individuele praktijkvoering, zou een uiting zijn van zelfregulering en zelfcontrole en daarmee de autonomie legitimeren. Echter, richtlijnen maken ook externe controle mogelijk. De ontwikkeling van richtlijnen ondermijnt de professionele autonomie. De Jong wijst wat dit betreft op een cruciale paradox³⁰. Richtlijnen worden ontwikkeld met het doel de collectieve autonomie te legitimeren en om

te voorkomen dat derden de regels gaan bepalen. Echter, die zelfde richtlijnen kunnen en worden door derden (verzekeraars, patiënten) gebruikt om te evalueren en dus de autonomie in te dammen. Hiermee is de *de*-professionalisering van het medische beroep ingezet. Voor de artsen is dat onwenselijk. Kingma, oud Inspecteur-Generaal van de Inspectie voor de Gezondheidszorg zei hierover tijdens het VTV congres in 1997 heel treffend: *Als je te transparant wordt, zien ze je niet meer staan.*

Oplossingsrichtingen

Hoe nu verder? Ik ben aangekomen bij het lastigste deel van mijn betoog. Is de geschetste kloof te overbruggen? Aan de hand van vier stellingen wil ik enkele oplossingsrichtingen schetsen.

Niemand - ook de patiënt niet – is gebaat bij *kookboek geneeskunde*.

De meest gehoorde kritiek op het gebruik van richtlijnen, protocollen en standaarden onder artsen is de angst voor ‘kookboekgeneeskunde’. Het rigide toepassen van standaarden zou niet passen bij het medische vak, wat naast een kunde ook een ‘kunst’ is. Bovendien doodt een te grote focus op richtlijnen de innovatie, het staat de continue ontwikkeling in de weg. Ik ben het hier van harte mee eens. Maar denk ook gelijk aan het kind en het badwater. Gefundeerd afwijken van richtlijnen is iets anders dan het negeren ervan. Richtlijnen dienen richting te geven aan het handelen, maar mogen niet de expertise van de professional uitschakelen.

Belangrijk hierbij is dat richtlijnen eenduidig zijn en concreet. Ik haal hier het voorbeeld van de slaapmiddelen nog een keer terug. Richtlijn M23 voor huisartsen is nogal theoretisch “Hypnotica zijn slechts incidenteel nodig” (<http://nhg.artsennet.nl/upload/104/standaarden/M23/svk.htm>). De richtlijn is weinig specifiek over wat het normatieve ‘nodig’ precies betekent. De richtlijn heeft als einddoel te voorkomen dat patiënten chronisch gebruik gaan maken van slaappillen. Het geobserveerde voorschrijfgedrag dat 75% van de huisartsen in het eerste consult een beperkte hoeveelheid pillen meegeeft kan hierbinnen wel degelijk *evidence based practice* zijn. De richtlijn legt namelijk de nadruk op voorlichting en dat het gaat beter als patiënten hun slaapachterstand hebben ingehaald. Dus artsen lijken te denken ‘kom eerst maar even op verhaal’ en als het dan nog nodig is kom dan nog even terug. *Cookbook medicine* hier zou patiënten schaden.

Van patiënten wordt therapietrouw gevraagd, van dokters wordt richtlijntrouw gevraagd.

Er is meer onderzoek gedaan naar *compliance* van patiënten met voorschriften van de dokter dan naar de *compliance* van dokters met de richtlijnen van beroepsgenoten.³¹ Een oproep tot trouw aan richtlijnen en de wens tot een meer uniformiteit in de zorgverlening wordt in het voorbeeld van de blindedarm ontsteking bij kinderen gedaan door een groep chirurgen (Tan, et al). Als professionals zelfregulering serieus oppakken – zoals in dit voorbeeld -, valt er nog veel te winnen.

Moderne geneeskunde is *teamwork*, patiënten zijn teamlid.

Sackett schreef tien jaar geleden – zo zagen we zojuist – dat de integratie van patiëntenwaarden in het medisch handelen ondermaats is. Behandelprotocollen en richtlijnen worden veelal door medici in eigen kring opgesteld. Vanuit het oogpunt van zelfregulering is dat begrijpelijk en gewenst. Toch schuilt in het “eenzijdig” opstellen van richtlijnen ook het gevaar dat Sackett op het oog had. Wordt in dit type richtlijnen niet te veel voor de andere betrokkenen gedacht? En wordt juist hierdoor het volgen van de eigen richtlijnen in de klinische praktijk van alle dag niet bemoeilijkt? Mijn inziens is dit fenomeen in de curatieve zorg een groter probleem dan bijvoorbeeld in de verpleging en verzorging. Binnen de curatieve zorg zijn behandelaars primair gericht op het herstellen van gezondheid en minder zoals in de care op kwaliteit van leven. Gezondheid ligt meer in hun professionele domein, en kwaliteit van leven ligt er buiten. In de palliatieve zorg voor kankerpatiënten is de multidisciplinaire aanpak en inbreng van patiënten bij het opstellen van protocollen al verder ontwikkeld dan in de medisch specialistische zorg.

Multidisciplinaire ontwikkeling van richtlijnen blijkt ook in de *cure* tot een succesvolle implementatie van richtlijnen te kunnen leiden. In Victoria – Australië – bereikte een ziekenhuis een protocoltrouw van 96% met een vernieuwd behandelprotocol voor acute astma. Het protocol werd opgesteld door een multidisciplinair team bestaande uit leden van de afdeling eerste hulp (ED), leden van de intensive care teams, de verpleegkundige staf, de afdeling interne geneeskunde, de longartsen en de kinderartsen. Na introductie in het ziekenhuis werden ambulance personeel, apothekers en huisartsen betrokken bij de introductie van het gewijzigde protocol. Via de lokale media werden ouders en kinderen benaderd en betrokken bij de implementatie. Uit dit voorbeeld blijkt dat *evidence based medicine* haalbaar is, zelfs zonder een heel prominente rol van de patiënt. Wat we verder uit dit voorbeeld kunnen leren is dat richtlijnen een noodzakelijke lokale vertaalslag behoeven. Ook dat verhoogt de kans op succesvolle implementatie.

“No data, No QI”

Kwaliteit moet je laten zien. De roep om prestaties ontstaat vooral als ze achterwege blijven of onvoldoende zichtbaar zijn. In Nederland is er betrekkelijk veel oppositie tegen het openbaar maken van allerlei kwaliteitsindicatoren op het niveau van zorgaanbieders. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in de afgelopen jaren veel gewicht in de schaal gelegd om de kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuiszorg publiek toegankelijk te maken. Qua proces zijn hier klinkende resultaten bereikt. En resultaat telt, ook voor de IGZ. Wat betreft de validiteit en betrouwbaarheid van de indicatoren moet er nog een behoorlijke slag gemaakt worden. De huisartsenzorg in Nederland heeft op dit punt in behoorlijke voorsprong. Dit deel van de medische

professie biedt zo ongeveer om de tien jaar onderzoekers de gelegenheid om diep in de keuken te kijken. Francois Schellevis en ik hebben dat van dichtbij meegemaakt als projectleiders van de Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk³².

Wat ik hiermee wil zeggen is dat dit type gegevensverzamelingen de eerste stap vormen in de kwaliteitscyclus *meten, leren en verbeteren*. Audet, van het Commonwealth Fund, vat dit op Amerikaanse wijze samen: No data, No QI (quality improvement)³³.

Ik besluit met enkele woorden over een rapport wat ik deze week met een team van collega's heb mogen aanbieden aan onze minister van Volksgezondheid, de Zorgbalans. (zie: www.gezondheidszorgbalans.nl) Dit rapport meet met behulp van 125 indicatoren de prestaties van het Nederlandse zorgsysteem. Nederland doet het goed wat betreft de toegankelijkheid van zorg. Wat betreft de kosten lopen we niet vreselijk uit pas. Op het punt van kwaliteit doen we het gemiddeld, als we alle 65 indicatoren hiervoor bij elkaar zetten. Ik ben het met Ed Kelley's conclusie over zijn nationale Zorgbalans eens, als hij over kwaliteit zegt: "*we can do better than this*".

5. De praktijk van de academische werkplaats

In dit laatste deel van mijn rede wil ik kort wat etalage-informatie over de academische werkplaats, de jongste loot aan de TRANZO boom presenteren. Bert Meijboom en ik startten precies één jaar en één dag geleden met de werkplaats *Kwaliteit van huisarts- en ziekenhuiszorg*. De missie van de werkplaats is samen met betrokkenen uit de lokale gezondheidszorg werken aan de kwaliteit van de curatieve gezondheidszorg. Centraal hier bij staat het TRANZO concept: door intensieve verbindingen tussen professionals uit het zorgveld en onderzoekers van de universiteit een brug slaan tussen wetenschap en praktijk. Op een aantal thema's zijn we inmiddels gestart met een *science practitioner*. Een *science practitioner* is een zorgprofessional die een deel van de week werkt in de gezondheidszorg en het andere deel onderzoek uitvoert vanuit de universiteit.

Judith Zeegers werkt in zo'n constructie vanuit het Amphia Ziekenhuis aan het thema allocatie en effectiviteit van de neonatale zorg. Met het TweeSteden ziekenhuis zijn we in gesprek over een vergelijkbare constructie rondom het thema logistiek en capaciteitsplanning in het ziekenhuis.

Deze week is een ZonMW project gehonoreerd waarin we in samenwerking met een groep van 40 huisartsen in Brabant werken aan de effectiviteit van preventie in de eerste lijn. Met het Zorgnetwerk Midden Brabant is een ambitieus onderzoeksplan opgesteld ter ontwikkeling van een zorgketen voor optimale diabeteszorg.

Wat betreft het thema kwaliteitsindicatoren en het ontwikkelen van evidence based richtlijnen zijn we in gesprek met de Formularium Commissie (TRFC) in Tilburg, die de effectiviteit van farmacotherapeutische richtlijnen wil vaststellen.

Deze initiatieven passen goed bij mijn uitdrukkelijk wens om samen met de *stakeholders* in de lokale gezondheidszorg een aantal proeftuinprojecten te starten waarin de succes- en faalfactoren van de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsindicatoren en richtlijnen kan worden onderzocht.

Dankwoord

...

Ik heb gezegd.

Geraadpleegde literatuur en bronnen.

- 1 Jackson T. Why performance indicators have a place in health policy. *Healthc Pap.* 2005;6(2):35-9.
- 2 Arah OA. Performance reexamined. Concepts, content and practice of measuring health system performance. Thesis. Academic Medical Center. University of Amsterdam, 2005.
- 3 McIntyre D, Rogers L, Heier EJ. Overview, history, and objectives of performance measurement. *Health Care Financing Review* 2001, 22:7-21.
- 4 World Health Organisation: The World Health Report 2000. *Health Systems: Improving Performance.* Geneva: WHO; 2000.
- 5 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 2005 National Health Care Quality report Rockville, MD 20850. AHRQ Publication No. 06-0018 December 2005. (<http://www.ahrq.gov/qual/nhqr05/nhqr05.pdf>).
- 6 Van Weert CMC, Bongers IMB, Van de Goor LAM, Vis CM. Vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, in druk, 2006.
- 7 Cardol M, et al.
- 8 Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA et al: Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312:71-2.
- 9 Weatherall DJ: The inhumanity of medicine. *BMJ* 1994;309:1671-2.
- 10 Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Smith R. Evidence based medicine: a new journal to help doctors identify the information they need. *BMJ* 1995;310:1085-6.
- 11 Borst-Eilers. Geneeskunde op recept? Orotie. Universiteit van Amsterdam, 1993.
- 12 Van Everdingen JJE, Burgers JS, Assendelft WJJ et al. Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 2004.
- 13 Westert GP, Cardol M. Slapeloosheid becijferd. *Huisarts en Wetenschap* 2005; 48(5):205.
- 14 Tan ECTH, Severijnen RSVM, Rosman C. et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis in children: a survey among Dutch Surgeons and Comparison with Evidence-based Practice. *World J Surg* (2006) 30:1-7.
- 15 Chen C, Botelho C, Cooper A, et al. Current practice patterns in the treatment of perforated appendicitis in children. *J Am Coll Surg* 2003;196:212-221.
- 16 Davis DA, Taylor-Vaisey A: Translating guidelines into practice. *CMAJ* 157:408-416, 1997
- 17 Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM (red). Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, NIVEL/ Centre for Quality of Care Research (WOK); Utrecht/ Nijmegen, 2004.
- 18 European Society of Cardiology (22-03-2005): http://www.escardio.org/vpo/press_releases/EHJ_guidelines
- 19 JGF Cleland, A Cohen-Solal, J Cosin Aguilar, R Dietz, J Eastaugh, F Follath, N Freemantle, A Gavazzi, WH van Gilst, FDR Hobbs et al., Management of heart failure in primary care (the IMPROVEMENT of Heart Failure Programme): an international survey, *The Lancet*, Volume 360, Issue 9346, , 23 November 2002, Pages 1631-1639.
- 20 NRC Handelsblad, 15 01 2005. *Opinie & Debat.* Ger Ritsema. Artsen houden zich niet aan de regels en patiënten zeuren.
- 21 Flores G, Lee M, Howard Bauchner H, Kastner B. Pediatricians' Attitudes, Beliefs, and Practices Regarding Clinical Practice Guidelines: A National Survey *PEDIATRICS* Vol. 105 No. 3 March 2000, pp. 496-501.
- 22 Timmermans S, Mauck A. The promises and pitfalls of evidence-based medicine. *Health Affairs*, 2005 (24):1; 18-28.
- 23 Westert GP, Groenewegen PP, Boshuizen HC, Spreeuwenberg P.M.M., Steultjens M.P.M. Medical practice variations in hospital care; time trends of a spatial phenomenon. *Health & Place* 2004; 10(3):215-220.
- 24 De Jong J, Groenewegen P, Spreeuwenberg P, Westert GP, Schellevis FG. Do guidelines create uniformity in medical practice? *Millbank Quarterly* (submitted).
- 25 Van Everdingen JJE, Burgers JS, Assendelft WJJ et al. Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 2004.
- 26 Westert GP, Groenewegen PP. Medical practice variations: changing the theoretical approach. *Scand J Public Health.* 1999 Sep;27(3):173-80. Review.
- 27 Freidson E. *The Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge.* New York/London: Harper & Row, 1975.
- 28 Starr P. *The Social Transformation of American Medicine.* HarperCollins Publishers, 1982.
- 29 Hoogland J, Jochemsen H. Professional autonomy and the normative structure of medical practice. *Theoretical Medicine* 21: 457-475, 2000.
- 30 De Jong J, Groenewegen P, Spreeuwenberg P, Westert GP, Schellevis FG. Do guidelines create uniformity in medical practice? *Millbank Quarterly* (submitted).
- 31 Davis DA, Taylor-Vaisey A: Translating guidelines into practice. *CMAJ* 157:408-416, 1997.

³² Westert GP, Jabaaij L, Schellevis FG. Morbidity, performance and quality in primary care; Dutch general practice on stageRadcliffe, Oxford, 2006.

³³ Audet AJ, Doty MM, Shamasdin J, Schoenbaum SC. Measure, Learn and Improve: physicians' involvement in quality improvement. Health Affairs, 2005 24 (3):843-53.