

Overgebruik van medische zorg

Betaling voor activiteiten van zorgverleners stimuleert overgebruik van zorg en verklaart voor een deel de toename in ziekenhuiskosten. Overgebruik wordt veel gezien bij zorgverleners in afhankelijke posities, bij kwetsbare patiënten en bij wensvervullende geneeskunde. Het betrekken van de voorkeuren van de patiënt tijdens het consult, meer waarderend voor 'watchful waiting' en betaling naar uitkomstmaten van een behandeling kunnen overgebruik remmen en de kosten in potentie met 30 procent reduceren.

Door: H. Wollersheim

De kosten van de Nederlandse gezondheidszorg stijgen exponentieel en bedragen momenteel meer dan 10 procent van het Bruto Nationaal Product (BNP). Opvallend is dat vaak genoemde verklaringen, zoals een betere overleving van ziekten die vroeger meestal fataal waren (bijvoorbeeld kanker en aids), veroudering van de bevolking met een gestegen co- en multi-morbiditeit en een toename van – vaak dure – innovatieve diagnostiek en behandelingen, slechts verantwoordelijk zijn voor ongeveer de helft van de stijging. Er zijn aanwijzingen dat betaling voor productie en activiteiten van zorgverleners voor een deel de opgelopen ziekenhuiskosten verklaart. Hoeveel 'overproductie' er in Nederland precies is staat niet vast, maar men schat dat tussen de 10 en 15 procent van de geleverde zorg onnodig is. In de VS¹ gaat 30 procent van het gezondheidszorgbudget op aan onnodige zorg. Naast de hoge kosten zijn complicaties en bijwerkingen, verhoogde werkdruk, verdringing van wel noodzakelijke zorg en medicalisering van de bevolking het gevolg van onnodige zorg. In de VS heeft de National Priorities Partnership het elimineren van overgebruik tot prioriteit benoemd.² In tabel 1 zijn de diverse vormen van overgebruik samengevat. De mate van overge-



Hub Wollersheim

bruik varieert tussen de 9 en 53 procent bij halsslagaderchirurgie, 0 tot 14 procent bij hartkransslagader operaties, 11 tot 24 procent bij gastroscopie en 16 tot 70 procent voor baarmoederverwijdering.³

Kwetsbare situaties, risicovolle groepen en oorzaken van overgebruik

In een aantal situaties, zoals bij handelen vanuit een kwetsbare positie of bij prestigieus handelen, bij kwetsbare patiënten of bij wensvervullende geneeskunde, komt overgebruik vaker voor.

Kwetsbare posities

Arts-assistenten in opleiding bevinden zich vaak in afhankelijke posities; vrijwel nooit worden zij afgerekend op te veel, wel op te weinig doen. 'Watchful waiting' is niet erg populair. In juridiserende gezondheidszorgsystemen en claimculturen komt defensieve geneeskunde op basis van angst voor diagnostische onzekerheid met als gevolg misplaatste zorg frequenter voor. Bovendien stimuleren bij artsen met een eigen praktijk markt-economische principes met een vergoedingensystematiek voor activiteiten eventueel overgebruik.

Individueel prestige en nationale prestigieuze programma's

Sommige artsen overschatten de eigen mogelijkheden of hebben weinig oog voor de nadelen van hun behandelingen. Soms zijn er ook oneigenlijke belangen zoals bij de advisering van niet noodzakelijke vaccinaties door deskundigen die financiële en prestige belangen bij zorgactiviteiten hebben. Ook kan men discussiëren over de noodzaak van kankerscreening.⁴ Het is duur, levert veel onnodige angst en invasieve procedures (verdere diagnostiek, behandeling indolente tumoren) op en de overlevingswinst is meestal niet meer dan de extra tijd die men weet dat men kanker heeft. Vooral bij nationale

Diagnostiek	Routinematige controles	Een maal per 3 of 12 maanden controles zonder indicatie Second opinions
	Laboratorium testen	Panels (standaardcombinaties) Duplo diagnostiek (herhaling zonder indicatie) Gebruik van tumor merkstoffen
	Radiologische procedures	MRI wervelkolom of gewrichten zonder alarmsymptomen Routine X-thorax (bij opname, pre-operatief) Routine endoscopie Niet geïndiceerde MRI of CT-scan (thorax en buik) CT-pulmonalisangiografie bij verdenking longembolie
Behandeling	Medicatie	Antibiotica Antidepressiva Slaapmiddelen Zuurremmers Polyfarmacie Homeopathie
	Interventies	Fysiotherapie Keizersnede Wervelkolom chirurgie Bypass operatie hart of verwijding/stentplaatsing hartslagader Knie- of heup vervanging Verwijdering baarmoeder of prostaat Carotischirurgie bij asymptomatische patiënt Plaatsing trommelvlies buisjes Tonsillectomie Nacontrole kanker Bloedtransfusies zonder klinisch belangrijke anemie Cava filters bij trombosebeven
Preventie	Immunisaties Kankerscreening	Griepvaccinatie Baarmoederhals-, borst-, prostaat- en darmkanker screening

Tabel 1. Overgebruik van medische zorg met de diverse domeinen en specifieke voorbeelden die dienen te worden aangepakt

prestigieuze programma's zoals griepvaccinatie is het moeilijk voor deskundigen en de overheid om toe te geven dat de effecten tenminste minder zijn dan altijd aangenomen.⁵

Kwetsbare patiënten

Risicovol zijn de laatste maanden palliatieve zorg bij ongeneeslijk zieken waar toch nog chemotherapie, agressieve interventies of opnames in zorginstellingen worden aangeboden. Bij specialistische zorg voor kwetsbare ouderen is het een klinische uitdaging om evidence uit generieke studies gepast toe te passen. Multimorbiditeit, psychosociale, sensorische en cognitieve beperkingen, lage sociaal-economische klasse, allochtoon zijn en een beperkte levensverwachting kunnen het handelen beïnvloeden. Problemen in de communicatie leiden vaak tot overbehandeling door adequate communicatie te vervangen door 'objectieve' diagnostiek of onvoldoende geïndiceerde behandelingen.

Wensvervullende geneeskunde

Wensvervullende geneeskunde komt niet zo veel voor en kan door realistische voorlichting worden getemperd. Interviews van artsen toonden de volgende motieven: respect voor auto-

nomie, geruststelling, komen tot overeenstemming en vergoedingen. Sommige artsen hebben zelf, of scheppen bij hun patiënten irreële verwachtingen over interventies of prognoses.⁶ Betrokkenheid van de patiënt of familie, huisarts of de verpleging bleek misplaatste zorg te reduceren. Vaak blijkt dan dat patiënten veel minder actieve behandeling verwachten en meer aandacht voor informatie en adviezen.⁷

Voorbeelden van overgebruik

Er zullen twee voorbeelden van overgebruik worden besproken, waarbij uitvoerige analyse van motieven heeft plaatsgevonden; het betreft

Wat is bekend

Ongeveer 35 procent van de zorg is suboptimaal. Niet-geïndiceerd overgebruik is een belangrijke component. Er zijn financiële, juridische, culturele en individuele redenen voor overgebruik.

Wat is nieuw

Overgebruik van zorg en de motieven hiervoor moeten zorgvuldiger worden bestudeerd in het kader van een nationaal programma 'Doelmatigheidsverbetering'. Een financieringsstructuur waarbij zorgverlening wordt vergoed op basis van aan de patiënten gemeten verbeteringen hoort een van de te bestuderen interventies te zijn.

eerst kransslagader angiografie en bypass procedures en vervolgens niet-noodzakelijke pre-operatieve testen.

Kransslagader angiografie en bypass procedures

Er ontstond beroering in de VS toen bleek dat de veel toegepaste agressieve benadering van het (dreigend) hartinfarct met kransslagader angiografie en bypass procedures een slechtere overleving had dan de conservatieve benadering.⁸ Zelfs na deze studie bleef men echter bij ongeveer de helft van de patiënten in de VS de agressievere benadering toepassen; met name bij jonge patiënten, bij secundaire verwijzingen en als er angiografie en revascularisatie mogelijkheden in de nabijheid aanwezig waren. Hoe meer supergespecialiseerd de kliniek of de medisch specialist was, hoe agressiever de aanpak.⁹ Bij interviews bleek dat een conservatieve behandeling door artsen en patiënten werd beschouwd als inadequaats in vergelijking met een technologisch-interventionele benadering. Bij een complicatie in geval van de agressievere benadering bleken de patiënt en familie vergevingsgezinder; er was immers ‘alles’ aan gedaan. Artsen in centra waar veel agressieve procedures werden toegepast gaven aan dat er een interventie gerichte cultuur bestond; de evidence in richtlijnen over de conservatieve benadering werd weggehoond of ontkend met data uit kleine niet-adequaats uitgevoerde studies.

Niet-noodzakelijke pre-operatieve testen

Tot 80 procent van de chirurgen, consulterende internisten en anesthesiologen vragen pre-operatieve testen aan waarvan ze zelf vinden dat die overbodig zijn.¹⁰ Zij geven hiervoor juridische argumenten, refereren aan instituuetsnormen of claimen dat ‘anderen dit anders zullen doen’. Ondanks deze algemene erkenning en talrijke pre-operatieve richtlijnen liet een recent

dossieronderzoek zien dat er anno 2010 in de VS nog weinig verbeterd is; 52 procent van de patiënten kreeg nog steeds onnodige testen.¹¹ Een kwalitatieve analyse¹² toonde 5 hoofdoorzaken: praktijk tradities, geloven dat andere artsen willen dat de testen worden gedaan, juridische en aansprakelijkheidskwesties, zorgen over afzeggen van de ingreep en onvoldoende kennis van bestaande richtlijnen.

Aanpak van overgebruik

In tabel 2 wordt een aantal interventies besproken die kunnen bijdragen aan een reductie van overgebruik.

Microniveau

Op microniveau zal in het contact van de zorgverlener en de patiënt altijd de mogelijke gezondheidswinst moeten worden afgewogen tegen potentiële risico’s. Hoewel ‘evidence’ daarbij het uitgangspunt is, vormen ervaring en het specifieke patiënten probleem in combinatie met de voorkeuren van de patiënt de basis voor de gezamenlijke besluitvorming.

Mesoniveau

Op mesoniveau kunnen richtlijnen bovengenoemd beslisproces ondersteunen. Zeker door meer aandacht te hebben voor risico’s voor patiënten. Richtlijnen gaan nu nog vaak te veel uit van onderzoeken met een sterke nadruk op positieve effecten en onderbelichting van risico’s en nadelen. Richtlijnen houden ook vaak te weinig rekening met de frequent voorkomende co- en multimorbiditeit op oudere leeftijd.¹³ Ieder van de gecombineerd voorkomende ziektebeelden behandelen vanuit het perspectief van iedere aparte richtlijn leidt zeker tot overgebruik.

De angstcultuur ‘om iets te missen’ moet worden onderdrukt. Betere samenwerking tussen

1 Microniveau	Gemakkelijk gebruik van evidence in de spreekkamer (bijvoorbeeld een direct beschikbaar ICT beslis-ondersteuningsmodel als basis voor de afweging van de diverse mogelijkheden, met ook patiëntpreferentie informatie). Een model voor gezamenlijke besluitvorming met een optimaal geïnformeerde en gesteunde patiënt, resulterend in een individueel informed consent. Meer waardering voor evidence, ‘watchful waiting’ en ‘goed doen’ en minder voor prestige en glamour in de opleiding
2 Mesoniveau	Completere en bias vrije richtlijnen; onafhankelijke totstandkoming van en aandacht voor risico’s in richtlijnen. Lean management: analyse van klinische processen op basis van toegevoegde waarde
3 Macroniveau	Betaling naar uitkomstmaat bij patiënt (‘pay for patient reported outcomes’). Juridische bescherming van een ‘watchfull waiting’ aanpak. Publiek begrip voor een conservatieve aanpak; benadrukken van de risico’s van invasieve high tech procedures. De-implementatie van interventies die bij nadere analyse toch niet zo wenselijk zijn

Tabel 2. Een 3 stappen aanpak van overgebruik in de gezondheidszorg

eerste en tweede lijn met actieve terugverwijzing vanuit hoog gespecialiseerde centra van relatief eenvoudige patiënten naar hun conservatiever denkende en handelende collega komt het beleid van ‘watchful waiting’ zeker ten goede.

‘Lean management’ is afkomstig uit de industrie en onder andere bij Toyota toegepast. Het betreft een vorm van zorgorganisatie waarbij op basis van procesanalyses met productiemedewerkers (zorgverleners), management en klanten (patiënten) alle stappen die niet bijdragen aan een betere uitkomst van het proces worden geschrapt. In het algemeen leidt toepassing tot meer doelmatigheid. De eendagspoliklinieken (bijvoorbeeld voor longkanker) zijn daar voorbeelden van, maar de introductie kan nog veel breder. Zo bleek een kritische procesanalyse van maag-endoscopie de doorlooptijd met meer dan 75 procent te reduceren met een kwart minder arbeidsinzet en een hogere patiënttevredenheid als gevolg.¹⁴

Macroniveau

Belangrijk is betaling op basis van behaalde uitkomsten aan patiënten. Gemiddeld stijgt het aantal zorgactiviteiten in Nederlandse ziekenhuizen met 6 tot 7 procent per jaar. Er is geen cultuur om overgebruik bespreekbaar te maken; met name artsen reageren met scepsis: het is weer een poging hen af te schilderen als geldwolven. Beroepsbelangenverenigingen verdedigen vaak onnodige ingrepen van zorgverleners, zoals de North American Spine Society die vond dat de activiteiten van de beroepsgroep te veel beknot werden.¹⁵ Ook proberen farmaceutische bedrijven en industrieën die medische hulpmiddelen en apparatuur (stents, kunstheupen en defibrillatoren) maken zorgverleners te beïnvloeden.

Zorgvuldige afweging van dit trias aan interventies kan de zorgverlening veiliger, goedkoper en patiëntgericht maken. Risicobewustzijn en financiering op basis van zorguitkomstmaten lijken het belangrijkste.

Noten

- 1 Delaune, J. en W. Everett, *Waste and inefficiencies in the US Health Care system-clinical care: a comprehensive analysis in support of system-wide improvements*, New England Healthcare Institute, Cambridge, MA, 2008.
- 2 National priorities and goals: aligning our efforts to transform American's healthcare, National Priorities Partnership, Washington DC, 2008.
- 3 Lawson, E., Gibbons, M., Ingraham, A., Shekelle, P. en C. Ko, Appropriateness criteria to assess variations in surgical procedure use in the United States, *Archives of Surgery*, 146, 2011, 1433-1440.

- 4 Hackshaw, A., Benefits and harms of mammography screening, *BMJ*, 344, 2012, d8279.
- 5 Wong, K., Campitelli, M., Stukel, T. en K. Kwong, Estimating influenza vaccine effectiveness in community-dwelling elderly patients using the instrumental variable analysis method, *Archives of Internal Medicine*, 172, 2012, 484-491.
- 6 Piers, R., Azoulay, E., Ricou, B. et al., Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians, *JAMA*, 306, 2011, 2694-2703.
- 7 Horst, H. van der en M. Berger, Patiënten verwachten antibiotica. Of niet? Een folie a deux, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 156, 2012, 412-415.
- 8 Boden, W., O'Rourke, R., Crawford, M. et al., Outcomes in patients with acute non-Q wave myocardial infarction randomly assigned to an invasive as compared to a conservative strategy, *The New England Journal of Medicine*, 338, 1998, 1785-1792.
- 9 Nallamothu, B., Rogers, M., Chernew, M., Krumholz, H., Eagle, K. en J. Birkmeyer, Opening of specialty cardiac hospitals and use of coronary revascularisation in Medicare beneficiaries, *JAMA*, 297, 2007, 962-968.
- 10 Bass, E., Steinberg, E., Luthra, R., Schein, O., Tielsch, J., Javitt, J., Sharkey, P., Petty, B., Feldman, M. en D. Steinwachs, Do ophthalmologists and internists agree about pre-operative testing in healthy patients undergoing cataract surgery? *Archives of Ophthalmology*, 113, 1995, 1248-1256.
- 11 Katz, R., Dexter, F., Rosenfeld, K., Wolfe, L., Redmond, V., Agarwal, D., Salik, I., Goldstein, K., Goodman, M. en P. Glass, Survey study of anaesthesiologists and surgeons ordering of unnecessary preoperative laboratory tests, *Anaesthesia and Analgesia*, 112, 2011, 207-212.
- 12 Brown, S. en J. Brown, Why do physicians order unnecessary preoperative tests? *Family Medicine Journal*, 43, 2011, 338-343.
- 13 Tinetti, M., Bogardus, S. en J. Agostini, Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions, *The New England Journal of Medicine*, 351, 2004, 2870-2874.
- 14 Hydes, T., Hansi, M. en T. Trebble, Lean thinking transformation of the unsedated upper gastrointestinal endoscopy pathway improves efficiency and is associated with high levels of patient satisfaction, *BMJ Quality and Safety*, 21, 2012, 63-69.
- 15 Deyo, R., Psaty, B., Simon, G., Wagner, E. en G. Omenn, The messenger under attack. Intimidation of researchers by special interest groups, *The New England Journal of Medicine*, 336, 1997, 1176-1180.

Informatie over de auteur

Dr. Hub Wollersheim is internist en sectiehoofd 'Quality of hospital and integrated care' van IQ healthcare van het UMC St Radboud te Nijmegen, tevens lid van de redactie van KiZ.