

Jack Wennberg vertelt de 'ongemakkelijke waarheid'

# Praktijkvariatie ongelooflijk groot

Henk Maassen

beeld: De Beeldredactie,  
Flip Franssen

Per regio bestaan er grote verschillen in het aantal behandelingen van dezelfde ziekten. De Amerikaanse hoogleraar Jack Wennberg heeft van het onderzoek naar deze variatie zijn levenswerk gemaakt. 'Als je artsen de gegevens voorlegt, zijn ze stomverbaasd.'

**S**inds de komst van de marktwerking is de ziekenhuiszorg een volume-industrie. Gert Westert, hoogleraar kwaliteit van zorg aan het UMC St Radboud, weet het zeker. De prijzen van de behandelingen mogen dan nauwelijks zijn gestegen, hun aantal is dat wel. Maar niet overal in gelijke mate: praktijkvariatie heet dat, en Westert heeft er legio voorbeelden van. Spataderen, rughernia's, staar, galblaasproblemen – de regio waar een patiënt woont, is bepalend voor de kans op een operatieve ingreep. De verschillen kunnen oplopen tot een factor 5. Het kan niet anders of er wordt, vermoedt hij, veel onnodige zorg geleverd.

## Ongeloof

In maart van dit jaar publiceerde het Centraal Planbureau (CPB) de uitkomsten van een onderzoek over de periode 2006 tot en met 2009, dat laat zien dat verzekerden die in gebieden wonen met relatief veel medisch specialisten, vaker worden behandeld. Het effect blijkt het

grootst voor vrijgevestigde specialisten. De cijfers lijken luttel, maar zijn niettemin sprekend: 1 procent meer specialisten impliceert een gemiddelde toename van het aantal

behandelingen met 0,4 procent als het gaat om vrijgevestigde specialisten en 0,15 procent bij specialisten in loondienst. Volgens het CPB hangt dat samen met verschillen in financiering: vrijgevestigde specialisten kunnen hun

eigen inkomen verhogen door meer te behandelen. Voor specialisten in loondienst geldt dit niet of in mindere mate. Westert reageerde in de Volkskrant met het voorbeeld van Noorwegen: alle specialisten in loondienst, nauwelijks praktijkvariatie voor bijvoorbeeld keizersneden. Uit nog ongepubliceerd onderzoek van Westert blijkt dat Nederlandse artsen inmiddels ook toegeven dat patiënten te veel zorg krijgen.

Vader van het onderzoek dat deze 'ongemakkelijke waarheid', zoals Westert het noemt, aan het licht bracht, is de Amerikaanse hoogleraar John 'Jack' Wennberg. In het begin van de jaren zeventig ontdekte hij substantiële variaties in de mate waarin patiënten bepaalde vormen van zorg kregen. Het had er alle schijn van dat die lokale en regionale variaties samenhangen met de verdeling van de beschikbare bronnen van zorg in de betreffende populatie en met verschillen in opvattingen tussen artsen over hoe te handelen bij dezelfde ziekten.

Sindsdien heeft Wennbergs loopbaan vrijwel geheel in het teken gestaan van het onderzoek naar praktijkvariatiën en inefficiënties in het Amerikaanse gezondheidssysteem. In 1988 richtte hij daartoe *The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice* op. Vijf jaar geleden werd hij uitgeroepen tot 'most influential health policy researcher of the past quarter-century'. Grote roem verwierf hij met zijn Dartmouth-atlas die variaties in het zorgaanbod in een enkele oogopslag zichtbaar maakt (zie kader op blz. 2064).

***Een patiënt in een gebied met veel specialisten wordt vaker behandeld***



Volgens Jack Wennberg nemen artsen stilzwijgend aan dat meer zorg beter is.

Onlangs was Wennberg op uitnodiging van zijn collega Westert in Nederland voor het derde IQHealthcare-congres. In de marge van het congres waar hij keynotespeaker is, kijkt hij terug op de begindagen van zijn onderzoek. Destijds, zegt hij, concludeerde hij al snel dat er niet alleen sprake was van praktijkvariatie, maar ook dat (te) veel zorg niet altijd betere zorg is. In 1973 publiceerde hij zijn eerste resultaten in het toptijdschrift *Science*. 'Nee, niet in een medisch vakblad. Ik heb het wel naar medische vakbladen gestuurd, maar daar werd het afgewezen – dokters zouden er niet in geïnteresseerd zijn.'

Zijn publicatie stuitte op veel ongeloof. Een van de sprekers op het congres vergeleek de ontdekking van Wennberg met die van Galilei: die werd aanvankelijk ook niet geloofd toen hij zei dat de sterretjes die hij door zijn telescoop in de nabijheid van Jupiter zag, manen waren

die om de planeet heen draaiden. Het paste niet in het heersende wereldbeeld.

Vier decennia na die eerste bevindingen van Wennberg, zijn de feiten echter onontkooptbaar. De praktijkvariëaties die hij consistent over de jaren heen aan het licht heeft gebracht, zijn onverenigbaar met het idee dat zorggebruik louter wordt gestuurd door uitkomsten van medische wetenschappelijk onderzoek en medisch-ethische overwegingen.

### Electieve ingrepen

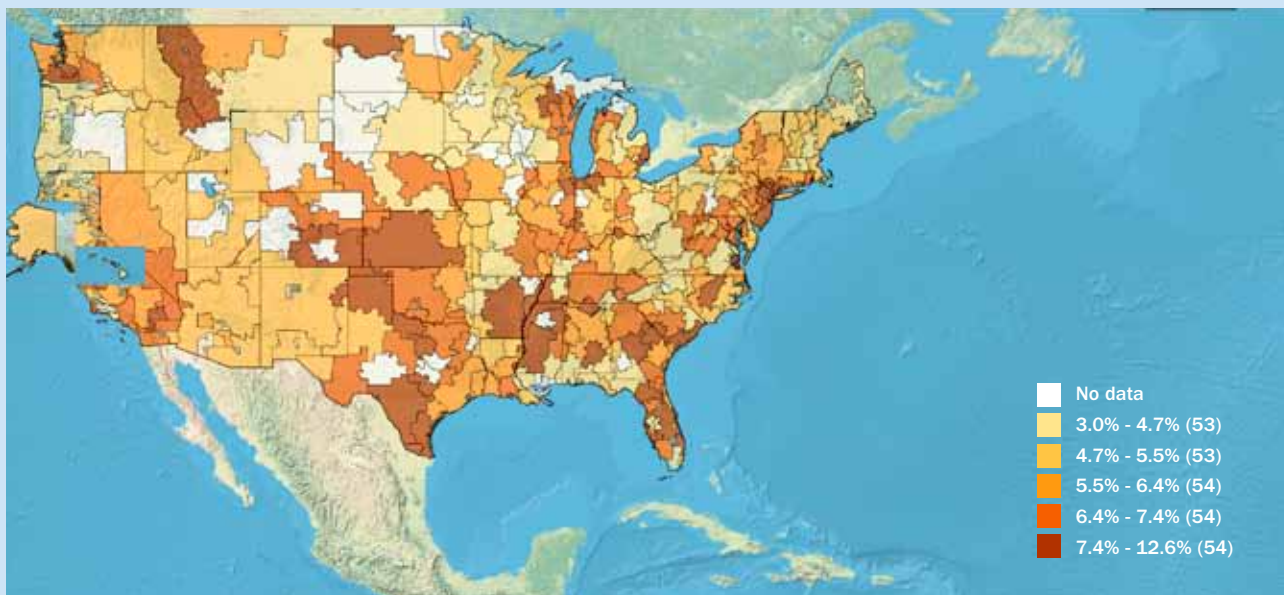
Wennberg onderscheidt drie typen variatie. In de eerste plaats 'variatie in effectieve zorg'.

'Daarmee bedoel ik interventies die bewezen effectief zijn, en waarvan de variatie wordt bepaald door de aard en ernst van de ziekte. Voorbeelden: dosering van bètablokkers na een hartaanval, duur van de hospitalisatie na een heupfractuur. Het probleem is: de meeste dokters denken dat ze met hun behandeling in deze categorie zitten.'

Maar dat is niet zo: veel vaker valt hun handelen in een van de twee andere categorieën, ontdekte Wennberg. 'Als er bij een bepaalde aandoening meer behandelopties zijn en er is onvoldoende bewijs welke de meest effectieve is, spreek ik van preferentie-sensitieve behandelingen. Daarbij gaat het vooral om electieve chirurgische ingrepen. Neem knieprothesen: die zijn niet altijd nodig, je kunt ook kiezen voor gewichtsverlies, lifestyle-verandering, pijnmanagement. Of de behandeling van benigne prostaathyperplasie (BPH). We vonden grote variatie in de diverse regio's van de Amerikaanse staat Maine. Een operatie betekent verlichting van symptomen, maar verslechtering van de seksuele functies. De urologen maakten die afweging: sommige lieten kennelijk het voordelige effect, anderen het nadelige effect zwaarder wegen. Maar daarover beslissen kan natuurlijk alleen samen met goed geïnformeerde patiënten' (zie ook *kader*).

### Zwarte doos

De derde categorie noemt Wennberg 'aanbod-sensitieve zorg', door hem ook wel gekwalificeerd als 'een zwarte doos' en als 'mystery medicine'. Naar zijn schatting gaat het om 50 procent van alle zorg. 'We hebben het in tegenstelling tot de vorige categorie niet over de vraag of en waarom een specifieke behandeling geïndiceerd is, maar hoe vaak bepaalde typen zorg worden aangeboden bij de behandeling van acute en chronische ziekten. Denk aan



Het percentage kankerpatiënten in de VS dat chemotherapie krijgt in de laatste twee weken van hun leven.

### Variatie zichtbaar gemaakt



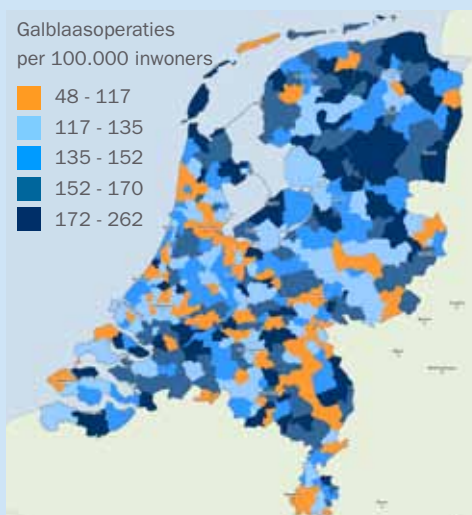
Gert Westert wil dat er een Nederlandse variatie-atlas komt, naar het voorbeeld van de Dartmouth-atlas van Wennberg.

*The Dartmouth Atlas of Health Care* documenteert al twintig jaar kosten, verdeling en klinische uitkomsten van medische zorg in de VS. De overzichten zijn bedoeld als feedback voor zorgverleners, zorgonderzoekers en beleidsmakers, om met behulp daarvan effectiviteit en efficiëntie van het zorgsysteem te bevorderen. Dat is in de VS nog niet geweldig gelukt: de zorgkosten rijzen er nog steeds de pan uit. Jack Wennberg heeft niettemin van nabij meegemaakt hoe bijvoorbeeld urologen geconfronteerd met de variatie in de behandeling van BPH om de tafel gingen zitten om meer eenheid in hun handelwijze te brengen.

Gert Westert vindt dat Nederland ook een zorg-atlas à la de Dartmouth-atlas moet krijgen. 'De huidige financiële prikkels in de ziekenhuiszorg stimuleren kwantiteit en hinderen de kwaliteit en de reductie van onnodige zorg. Als we de verschillen in kosten van het zorggebruik en de uitkomsten van zorg tussen regio's niet zichtbaar maken in het publieke domein en integraal tonen in een nationale zorgatlas is het niet mogelijk de problematiek van overbodige zorg te verminderen. We kunnen aan de slag, want we hebben de data grotendeels: overzichten van de zorgactiviteiten en de bijbehorende financiën. Over de uitkomsten van zorg weten we nog niet genoeg, maar dat geldt ook voor Dartmouth. Dat wordt echter beter nu verzekeraars gaan werken op basis van uitkomsten.' Voornaamste obstakel om tot een atlas te komen is gebrek aan initiatief: 'Een hele trits belanghebbenden spreekt er weliswaar over,

maar niemand doet iets. Verzekeraars moeten het voortouw nemen. Probleem is alleen dat ze in het huidige systeem moeten concurreren en dat is een belemmering om de datasets op nationaal niveau te presenteren. We geven 23 miljard euro per jaar uit aan ziekenhuiszorg; het wordt tijd dat we een helder beeld krijgen van de zorgactiviteiten, de uitgaven en de uitkomsten ervan.'

Het instituut waaraan Westert verbonden is, IQ Healthcare, heeft daarom samen met de 'Praktijk Index', deze zomer alvast een begin gemaakt met *The Dutch Atlas of Health Care Variation*. Een link staat bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).



Praktijkvariatie in galblaasoperaties in Nederland.



huisbezoeken, verwijzingen naar medisch specialisten, diagnostische tests, ziekenhuisopnames. De beslissingen over de frequentie en de noodzakelijkheid daarvan worden niet gestaafd door enige evidence. Toch vormen ze, zeggend, het *'bread and butter'* van de interne geneeskunde en de huisartsgeneeskunde. Ik denk aan alles wat komt kijken bij de behandeling van bijvoorbeeld COPD, congestief hartfalen, long- en nierziekten.' Steeds is daarbij de stilzwijgende aanname, aldus Wennberg, dat meer zorg beter is en dat artsen met het oog daarop zoveel als mogelijk de beschikbare zorgcapaciteit gebruiken. Hij voegt daaraan toe dat verschillen tussen regio's in de prevalentie van bepaalde ziekten de variaties in de frequentie van ziekenhuisopnamen of het gebruik van diagnostische tests niet kunnen verklaren. Wennbergs onderzoek liet boven-

dien zien dat meer zorg geen effect heeft op de overleving en dat patiënttevredenheid er ook niet door toeneemt.

Wennberg: 'Als je artsen deze gegevens voorlegt, zijn ze stomverbaasd'. Het

is een fascinerend fenomeen. Ik heb veel artsen geïnterviewd in de regio's van Boston en New Haven, nadat ik had gevonden dat artsen in Boston 60 procent meer patiënten in het ziekenhuis opnamen dan in New Haven. Dokters opgeleid in beide regio's konden niet zeggen of hun ziekenhuis in de hoge of lage categorie viel. Ze herkenden de cijfers niet.'

### Mayo Clinic


Wennberg is ervan overtuigd dat een combinatie van vier routes kan leiden tot reductie van praktijkvariatie. In de eerste plaats pleit hij voor meer geïntegreerde zorg: chronische patiënten zoveel als mogelijk in de eerste lijn behandelen, met medisch specialisten in de tweede lijn in een consulterende rol. 'Dat betekent ook prikkels bieden aan die zorgaanbieders die hun chronisch zieke patiënten werkzame, passende zorg geven. Dus grotere beloningen voor al die zorgaanbieders die in regio's waar hoge kosten worden gemaakt de uitgaven per patiënt omlaag weten te brengen. En wel naar het bedrag dat zorgaanbieders per patiënt kwijt zijn in regio's waar lage kosten worden gemaakt. En dat kan: gerenommeerde klinieken als de Mayo Clinic bijvoorbeeld bieden kwalitatief zeer goede zorg tegen veel lagere kosten per patiënt dan andere ziekenhui-

zen. Ik schat dat we in dat opzicht 30 tot 40 procent op de kosten voor de zorg van chronische patiënten in de VS kunnen besparen.' Verder moet er op een of andere manier een rem komen op de uitbreiding van de capaciteit in de zorg, meent Wennberg. 'Zo moet je niet de beroepsgroepen zelf laten bepalen hoeveel dokters moeten worden opgeleid, maar moet je uitgaan van benchmarks. We zouden bijvoorbeeld weer de Mayo Clinic als referentie kunnen gebruiken: daar hebben ze veel minder artsen per capita om hun chronisch zieken te behandelen dan andere grote ziekenhuizen.'

### Rol van de patiënt

Minstens zo belangrijk is de rol van patiënten. *Shared decision making* is niet alleen vanwege de mondig geworden patiënt een must. 'De aanname was lange tijd dat dokters bepaalde behandelingen voorschrijven omdat de stand van zaken in de medische wetenschap die dicteren. En dat ze weten wat het beste is voor de individuele patiënt, hetgeen impliceert dat ze ook zouden weten wat die patiënt wil. Maar dat is vaak niet zo. Daar komt bij, zoals ik al eerder zei, dat van lang niet alle behandelingen vaststaat dat ze effectief zijn. Precies daarom is gezamenlijk beslissen zo cruciaal: we weten immers dat goed over de behandelopties geïnformeerde patiënten vaak kiezen voor de minder invasieve variant, en daarmee tevens voor de minder dure behandeling.' Natuurlijk zou *shared decision making* ook de andere kant op kunnen werken, beseft Wennberg. Maar het onderzoek dat hij kent wijst er niet op dat patiënten massaal voor meer en ingrijpendere zorg zullen kiezen, als het ook met 'minder' kan.

En dan is er nog de wetenschap, dat wil zeggen Wennbergs wetenschap: het gezondheidszorgonderzoek. De uitkomsten ervan zouden een grotere rol moeten spelen in de opleiding van artsen. 'Geneeskunde is niet de solide wetenschap zoals die in de meeste curricula wordt gepresenteerd. Er wordt nu te weinig aandacht besteed aan hoe voorkeuren van patiënten te bepalen, hoe medische praktijken te evalueren, hoe het effect van zorgsystemen op medisch handelen te begrijpen. We moeten de opleidingen in dat opzicht hervormen. Maar dat zal een moeilijke klus worden.'

Er verschijnt een ironische glimlach op het gezicht van de Amerikaanse hoogleraar: 'Soms lijkt het wel alsof degenen die daarover de scepter zwaaien, dat al een paar honderd jaar doen.' 

**'Patiënten kiezen niet massaal voor meer zorg als het ook met minder kan'**



Verwijzingen naar websites met aanvullende informatie vindt u bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).