

WETENSCHAPPELIJKE MEERWAARDE KETENZORG NOOIT AANGETOOND

# Ketenzorg is zinloos en kostbaar tijdverlies

Zorgverzekeraars verspillen jaarlijks honderden miljoenen euro's aan ketenzorg, concludeert huisarts Henk Bonarius. Onderzoeken naar ketenzorg leveren immers allemaal dezelfde uitkomst op: geen aantoonbare voordelen, wel hoge kosten. Maar deze studies worden vreemd genoeg genegeerd.

ISTOCK

**H**et bondige opiniestuk 'Red de traditionele huisarts' van huisarts Monique van Montfort schetst de irrationele, want niet op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde, voorstellen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en zorgverzekeraars – in dit geval Achmea – voor een nieuwe financieringsstructuur voor huisartsen.<sup>1</sup>

De reactie op dit artikel van Marieke Pronk, senior zorginkoper bij Achmea, gaat niet in op de door Van Montfort aangeleverde argumenten.<sup>2</sup> Pronks reactie lijkt op het antwoord dat ik in 2012 kreeg van een relatiemedewerker van CZ, de preferente zorgverzekeraar in Den Haag, op de vraagtekens die ik zette bij de verplichting POH in te zetten bij de diabetesketenzorg. Het kwam neer op: 'Waarom? Daarom!' En dat terwijl Pronk zou moeten weten dat juist Achmea in 2012 een kritisch rapport over diabeteszorg publiceerde.<sup>3</sup>

Het lijkt daarom verstandig en hoog tijd de diverse onderzoeken naar ketenzorg de revue te laten passeren. Onderzoeken die de afgelopen jaren werden gepubliceerd in gerenommeerde tijdschriften, maar waarop opvallend weinig reacties kwamen. Eigenlijk bleef het oorverdovend stil.

**1. COPD: het Picasso Kernproject Monaco**  
Conclusie: het jarenlang in stand houden van periodieke, halfjaarlijkse controles van eerstelijns-COPD-patiënten door een huisartsenlaboratorium leidt niet tot klinische voordelen voor de patiënt.<sup>4</sup> Het

COPD aanpakken  
door roken  
duurder te maken

is onwaarschijnlijk dat een monitoring-systeem waarbij een longfunctie de kern is, succesvol kan zijn. In haar promotieonderzoek vond Van den Bemt geen wetenschappelijk bewijs voor de meeste standaarden, protocollen en aanbevelingen. Zij concludeert dat stoppen met roken op dit moment de enige remedie is tegen verder longfunctieverlies.<sup>5</sup> Professor Drenth stelt in een redactioneel commentaar dat 'zo'n periodieke controle dus niets meer is dan een rituele dans'.<sup>6</sup> Het lijkt me beter dat we hiermee maar stoppen. Ik hoop dat deze wijsheid doordringt bij onze richtlijnmakers, want anders moeten nog generaties COPD-patiënten (te) regelmatig naar het longfunctielaboratorium.'

De COPD – lees roken – gerelateerde, maatschappelijke kosten zullen tot 2020 oplopen tot 1 miljard euro, veroorzaakt door ruim 500 duizend COPD-patiënten!<sup>7-8</sup> De COPD-problematiek is effectiever, eenvoudiger en zonder kostbare

investering als ketenzorg, aan te pakken door het roken duurder te maken, bijvoorbeeld per kwartaal telkens 2 euro per pakje duurder.<sup>9</sup>

Motivatie gaat – helaas – meestal via de portemonnee. Rokers kunnen op deze wijze, naar analogie van de banken, een buffer opbouwen met het oog op de te verwachte calamiteiten. De extra opgehaalde en voor de gezondheidszorg geoordeelde accijnzen kunnen worden aangewend voor onderzoek naar en behandeling van rokengerelateerde ziekten – 30 procent van alle kankergevallen wordt door roken veroorzaakt. Nieuwe veelbelovende immunotherapeutische behandelingen zijn kostbaar; bij longcarcinoom bijvoorbeeld 100 duizend euro per patiënt. Onderzoek bij patiënten met bronchiaal astma door de Erasmusuniversiteit leverde overigens evenmin bewijs op voor effectiviteit van controles en begeleiding.

## 2. Zorg uit voorzorg voor kwetsbare ouderen

In dit onderzoek werd de meerwaarde geëvalueerd van een interdisciplinair eerstelijnsprogramma voor thuiswonende ouderen in een kwetsbare positie, gericht op het reduceren van beperkingen in functioneren en het voorkomen van functionele achteruitgang of een verergering daarvan.<sup>10</sup> Conclusie: er kon geen bewijs worden geleverd voor de effectiviteit van dit programma.

## 3. Cardiovasculair risicomanagement (CVRM)

Uit de resultaten van de Inter99-studie blijkt dat ‘screening en lifestylecounseling’ het ontstaan van hartziekten niet verminderden.<sup>11 12</sup>

## 4. Diabetes mellitus, niet-insulineafhankelijk

De effectiviteit van diabetesbegeleiding is vooralsnog niet aangetoond. Uit bijvoorbeeld de Dhlaan-studie, het promotieonderzoek van Linda Vlaar naar de ‘haalbaarheid van een systematische screening voor diabetes en van een cultureel aangepaste leefstijlinterventie voor Zuid-Aziaten’, blijkt dat een intensieve strategie,

die duur en tijdrovend was, slechts matig effectief was.<sup>13</sup> Het intensieve karakter van de aangepaste interventie was een substantiële investering voor de betrokken professionals en deelnemers, terwijl de effectiviteit slechts beperkt was. Vlaar stelt dat men altijd effectiviteit van maatregelen zou moeten evalueren.

## Meten om te meten

Professor Rutten e.a. uiten in het artikel ‘Meten diabeteszorg moet niet doorslaan’ hun zorgen over het doorschieten van het registreren en pleiten ervoor om slechts de meest noodzakelijke gegevens vast te leggen.<sup>14</sup> Sidorenkov e.a. stellen dat alleen voor indicatoren die meten of medicamenteuze behandeling wordt geïntensiveerd bij te hoge HbA<sub>1c</sub> of cholesterolspiegels, voorspellend zijn voor betere surrogaatuitkomsten bij diabetespatiënten.<sup>15</sup> Voor ander veelgebruikte kwaliteitsindicatoren in de diabeteszorg is er onvoldoende bewijs dat ze betere uitkomsten voor patiënten voorspellen. En er wordt wat afgeregistreerd! Bij diabeteszorg moeten er 34 items, bij COPD 44 tot 67 items, en CVRM 46 items worden ingevuld, telkens weer. Zinloos én kostbaar tijdverlies ten koste van de reguliere patiëntenzorg. Maar niet zorgvuldig registreren wordt afgestraft met minder honorering. Voerman stelt in een artikel in Medisch Contact dat procesrichtlijnen, waarmee grote veranderingen in de gezondheidszorg worden doorgevoerd, niet op wetenschappelijk onderzoek zijn gebaseerd, maar op een zogenoemde ‘expert opinion’ en feitelijk op groepsbelangen.<sup>16</sup>

## Forse meerkosten

In 2012 verscheen het eerdergenoemde Achmea-rapport over ketenzorg.<sup>3</sup> Hierin stellen de onderzoekers dat de integrale bekostiging van de diabeteszorg heeft geleid tot forse meerkosten ten opzichte van de reguliere financiering, in de orde van grootte van tientallen miljoenen euro, terwijl er geen aanwijzingen zijn dat de integrale bekostiging leidt tot betere uitkomsten van diabeteszorg. Het bekostigingssysteem veroorzaakt een

kostenstijging die voor een groot deel wordt meegenomen in het macrobudget van de huisartsen en leidt tot het beperken van de basishuisartsenzorg. De onderzoekers pleiten voor een systeem met de juiste prikkels op de juiste plaats. Volgens de ‘Marktscan ketenzorg 2014’ van de NZa was de omzet bij diabetes mellitus type 2, COPD en CVRM in 2012 al opgelopen tot 285,8 miljoen euro! De beoogde kostenbesparing door ketenzorg, door verschuiving van zorg naar de eerste lijn, werd niet gevonden.<sup>17</sup>

## Geen meerwaarde

Kortom, ketenzorg is niet evidencebased, heeft geen wetenschappelijke meerwaarde en is, naast nutteloos, bijzonder tijdsintensief en duur. Ketenzorg levert ongetwijfeld mooie jaarrapporten op, die echter een vertekende werkelijkheid laten zien. Het is een dure vorm van persoonlijke extra aandacht voor de patiënt op kosten van alle premiebetalers. Huisartsgeneeskunde is continue, integrale en persoonlijke patiëntenzorg. Huisartsen zijn steeds meer taken adequaat, soms zelfs beter, gaan overnemen van de tweede lijn, ondersteund door uitgebreide state-of-the-art diagnostische faciliteiten. Als huisarts wil ik patiënten, zeker in het geval van medisch belangrijke ziektebeelden, in de breedste zin van het woord onder controle houden. Patiënten bestaan niet uit aparte deeldiagnoses, die apart moeten worden gemonitord. Patiënten kunnen niet worden gefragmentariseerd en versimpeld tot digitale data, maar hebben een samenhangend systeem van (ziekte)beelden. De Nederlandse huisartsgeneeskunde moet de ketens afwerpen! ■

## contact

henk@bonariusdenhaag.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

## web

De door de auteur genoemde opiniestukken uit Medisch Contact en de voetnoten vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).