

Gert Westert over de financiële nood in de gezondheidszorg

“Het is echt kwalijk als iemand geopereerd wordt, terwijl dat niet nodig is.”

De almaar stijgende kosten in gezondheidszorg bezorgen politici en zorgbestuurders hoofdbrekens. Hoogleraar Gert Westert ziet de uitweg: Snijden in onnodige zorg. “Artsen denken dat ze het goede doen én ze hebben hun opinie aangepast aan het financiële systeem. In beide gevallen is dat onjuist.”

Piet-Hein Peeters

In deze tijd van bezuinigingen en kritiek op de salarissen van de elite in de publieke sector, is het ontvankelijk om de werkkamer van Gert Westert binnen te stappen. Westert, hoogleraar ‘kwaliteit van zorg’ aan het UMC st Radboud en directeur van het landelijk zeer gewaardeerde IQ Healthcare, zit in een pijpenla die voelt als een schoenendoos. Inlegplafonnetje, uitzicht op een mistroostige binnentuin, ovalen tafel waarvan je je afvraagt hoe ze die de kamer in hebben gekregen. Niet gelijk de plek die je verwacht bij een wetenschapper die sinds zijn aantreden twee jaar geleden prominente bijdragen levert aan het debat over de financiële toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg.

Westert zelf lijkt er man niet naar zich druk te maken over zijn faciliteiten. Nuchter, noord-oost Nederlandse tongval, minzaamheid en lichte ironie onder handbereik. Links-liberaal gekleed: colbert met blouse, moderne bril, hippe, suede schoenen. Hij legt graag uit waarom een professor met de leerstoel ‘kwaliteit van zorg’ in het debat over zorgfinanciën is beland.

“Voordat ik hier kwam, werkte ik bij het RIVM (Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu, red). Daar was ik onder anderen verantwoordelijk voor de zorgbalans, een macro-monitor die wij in opdracht van het ministerie maakten. We keken naar toegankelijkheid, zorgkwaliteit en kosten. Ik vind dat je toegankelijkheid en kosten moet laten meewegen wanneer je wilt praten over de algehele kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg.”

- *Een kosten-baten analyse hoort bij de beoordeling van kwaliteit?*

“Inderdaad. Kwaliteit moet je kunnen uitdrukken in euro’s. Wat lever je voor de middelen die in het systeem gestopt wordt aan toegevoegde waarde voor patiënten? Zorg in Nederland is internationaal vergeleken heel toegankelijk, de kwaliteit van de zorg is over het algemeen van hoog niveau, maar de kosten van de zorg zijn de afgelopen jaren zeer enthousiast gestegen.”

- *Enthousiast?*

“We zitten nu tussen de vijf en zes procent groei in kosten per jaar. Onze economische groei bedraagt nog geen één procent als je optimistisch bent. Dat is dus een probleem. We geven momenteel bijna vijftien procent van het BNP uit aan de zorg en zijn daarmee in de wereld het tweede systeem in kosten. Er is een geweldige urgentie om betere kwaliteit te leveren tegen lagere kosten. Anders gaan we én veel meer betalen, wat we niet kunnen, én wordt het pakket in de basisverzekering uitgekleeft. Met dat laatste zijn we al begonnen.”

Mystery Medicine

Westert ziet echter meer in een andere aanpak, die ook landelijk veel aandacht heeft getrokken. Hij pleit voor het rigoreus terugdringen van ‘onnodige zorg’. In de 23 miljard die de ziekenhuiszorg kost, kan volgens hem vijftien tot twintig procent gesneden worden. In Nederland wordt nog veel te veel zorg geleverd waarvan we niet weten of het meerwaarde voor de patiënt oplevert.

“We doen veel aan ‘mystery medicine’. We denken bijvoorbeeld dat twee keer per jaar naar de tandarts moeten, maar het is nooit vastgesteld of dat voor iedereen echt nodig is. In de fysiotherapie zie je in het zorggebruik van mensen terug dat het aantal keer dat het bezoek vergoed wordt ook gebruikt wordt. Is dat aantal bezoeken ook nodig? De diabeet krijgt één keer per jaar een voet- en oogcontrole. Maar we weten niet of het effectief is.”

- *Maar dan zou het ook kunnen zijn dat we die voet- en oogcontrole één keer per half jaar moeten doen.*

“Dat zou kunnen. We moeten er in ieder geval onderzoek naar doen. In Nederland is 25 procent van de geleverde zorg bewezen effectief. Als je je heup breekt, wordt je binnen 48 uur goed geholpen. Je hebt ook een deel geleverde zorg dat effectief is, maar waarbij je verschillende mogelijkheden hebt. Bij prostaatafwijkingen weten we inmiddels dat je beter niks kunt doen, ook al heb je tien procent kans om een agressieve vorm van kanker te ontwikkelen. Daar moet de arts over praten met de patiënt. En er is dus een deel mystery medicine, minimaal een derde, waarbij we gewoon niet weten wat de ingreep van een arts oplevert.”

- *Een derde? Medici zijn toch hooggeschoolde mensen die op integere wijze hebben nagedacht over wat de meest verstandige ingreep is?*

“Het heeft niets met intentie te maken. Er staat een ziekenhuis, daar ga je werken en de middelen die je hebt, gebruik je voor de patiënten die naar je toe komen. De dokter weet vervolgens alles, de patiënt relatief weinig en is ook nog angstig. De dokter slaat vervolgens aan het handelen.”

- *Er zijn toch landelijke richtlijnen voor artsen?*

“Er zijn talloze voorbeelden van zorg waar helemaal geen zorgstandaard voor is. Bovendien trekken artsen vaak hun eigen plan. Ik heb in honderd huisartspraktijken gekeken om te zien wat er gebeurt als een patiënt zich met slaaproblemen meldt. Daar zit dus een enorme variatie in. Ga naar een ander en je krijgt een andere behandeling.”

- *Dat kun je ook de individuele ruimte van de professional noemen*

“Stel dat je met je auto de garage in rijdt en de één zegt dat de motor vervangen moet worden en de ander krijgt het probleem met wat gesleutel opgelost. Hoe voel jij je dan? En zo gaat het in de zorg dus ook.”

Bij twijfel niet doen

In het afgelopen jaar trok Westert met zijn onderzoek naar regionale verschillen in zorgverlening veel aandacht van beleidsmakers en media. Het blijkt in Nederland nogal wat uit te maken waar je bijvoorbeeld voor een hernia behandelt. De ene regio opereert niet of nauwelijks, de ander veel. Achter die cijfers lijkt ‘onnodige zorg’ schuil te gaan. Westert: “Ik schat in dat deze regionale verschillen ook voor de behandeling van veel andere aandoeningen gelden.”

- *Maar de ene hernia is ingewikkelder om te behandelen dan de ander. Hoe weet bijvoorbeeld u bij een hernia dat de door u geconstateerde variatie te groot is?*

“Door de regio als uitgangspunt te nemen, ondervang je verschillen in patiëntpopulatie. Dan is het dus wonderlijk dat de behandelwijze zo uiteenloopt.”

- *Wat is uw verklaring?*

“Een professional werkt in een bepaalde context. Hoeveel ziekenhuisbedden staan er om mensen op te nemen? Welke operatiefaciliteiten zijn er en in welke mate? Welke specialismen zijn in welke mate aanwezig? Waar is de opleiding gevolgd? Dat bij elkaar is een groot deel van de verklaring.”

- *Klinkt logisch, waarom noemt u die verschillen dan onacceptabel?*

“Omdat de waarde voor de patiënt hier in het geding is. We weten dat door ingrijpen de aandoening of zelfs kan verergeren en we weten ‘bij twijfel niet doen’ en we doen het toch. Dat noem ik onacceptabel.”

- *Hoezo bij twijfel niet doen? Stel, de arts heeft als patiënt een 76-jarige man met prostaatanker en de arts denkt dat er geen uitzaaiingen zijn, maar wil het toch door een operatieve ingreep controleren?*

“Alsof je überhaupt als arts alle onzekerheid kunt uitsluiten. Als je de vakliteratuur erbij pakt, dan weet je als arts dat je met zo’n ingreep die onzekerheid helemaal niet zoveel kunt reduceren. Ik vind dat je op basis van degelijke informatie goed met de patiënt moet overleggen en hem of haar maximaal moet informeren.”

- *Hoe minder onzekerheid hoe beter, zou ik zeggen*

“Ik snap ook wel dat ingewikkeld is, maar het gesprek wordt nu überhaupt niet gevoerd. Nu is het trial and error. Als de patiënt terugkomt, weten we dat de ingreep niet gewerkt heeft.”

- *Ik krijg zo toch een pijnlijk beeld van de gemiddelde specialist. Kent de literatuur niet, vergelijkt zijn werk niet met dat van collega’s, overlegt niet met de patiënt.*

“Ik schets een algemeen beeld, het geldt natuurlijk niet voor iedere specialist. Maar we weten al veertig jaar dat het opereren van amandelen bij kinderen niet veel waarde toevoegt en het gebeurt nog steeds. Dat vind ik ontluisterend. Ik begrijp dat echt niet. Er zijn dus specialisten die of echt denken dat het zin heeft of het doen omdat het geld oplevert.”

- *Of beiden*

“Ik denk dat ze menen dat ze het goede doen en dat ze hun opinie hebben aangepast aan het financiële systeem. In beide gevallen hebben ze het verkeerd.”

Resultaat

Behalve de opvallende kwaliteitsverschillen tussen artsen, vraagt ook de financiering van de gezondheidszorg volgens Westert onmiddellijke aandacht. Zorgverleners worden in Nederland betaald voor het verrichten van een ingreep. Hoe meer je ingrijpt, hoe meer geld je organisatie en, in het geval van de zelfstandige specialisten, jijzelf krijgt. In de woorden van Westert: “De chirurg wordt betaald om te snijden. En hij is ook al opgeleid om te snijden.” Glimlachend: “Dus dan is een goed gesprek met de patiënt over de noodzaak van een ingreep niet vanzelfsprekend.”

- *Nou wordt er in Nederland al jaren gediscussieerd over hoe die financiering dan wel moet.*

“We moeten van een volume-industrie naar een ‘value-industry’. We moeten gaan betalen voor het resultaat van de ingreep. Wat levert het op voor patiënten?”

- *Maar definiëren wat een goed resultaat is, lijkt me nogal arbitrair. Betalen voor een ingreep is helder.*

“Je kunt het resultaat bepalen aan de hand van klinische factoren. Je kunt ook de patiënt bevragen wat hij of zij eraan gehad heeft. In Engeland heb je uitkomstindicatoren. Er wordt gekeken naar het welbevinden van de patiënt voor de operatie en naar het welbevinden drie tot zes maanden na de operatie. Daar kun je betalingsarrangementen voor ontwikkelen. Het is niet makkelijk, ik pleit dan ook voor een ontwikkelpauze. Zoals het nu gaat, werkt het in ieder geval niet.”

- *Ontwikkelpauze*

“We moeten als zorgverleners samen met zorgverzekeraars naar dit vraagstuk kijken. Nu zitten we nog veel te veel tegenover elkaar. Ik vind dat we moeten afspreken in de komende vijf jaar het huidige jaarlijkse productievolume laten doorlopen en dat we in die periode gezamenlijk heel kritisch gaan kijken naar wat het resultaat is van al dat doen. Daar kun je vervolgens nieuwe budgetten en financieringsvormen op ontwikkelen.”

- *Een pauze. De financiële nood staat tot aan onze lippen en u wilt eens rustig gaan nadenken*

“Het alternatief is dat je bot gaat bezuinigen. Dan wordt de nood pas echt hoog.”

Bestaanszekerheid

Gert Westert richt zijn pijlen op de onnodige zorg. Die ontstaat door de soms gebrekkige kwaliteit van artsen en door de wijze waarop de Nederlandse gezondheidszorg gefinancierd wordt. Maar het terugdringen onnodige zorg betekent ook dat we in Nederland minder artsen nodig hebben en dat die minder dan nu gaan verdienen.

- *U moet populair zijn in de ziekenhuissector.*

“Ik kan me goed voorstellen dat met name vrijgevestigde specialisten in Nederland drastisch minder gaan verdienen. Nederlandse artsen en specialisten verdienen internationaal vergeleken heel goed. Ik begrijp ook wel dat er veel gedoe van kan komen, maar wat moeten we dan? De nood is hoog.”

- *Hoe verloopt deze discussie in dit ziekenhuis, het UMC st Radboud?*

“Ik ben in goed gesprek met de Raad van Bestuur. Zij zitten vast in die intellectuele spagaat van het goede willen doen, wat echt in de genen van dit ziekenhuis zit, en de weeffouten van het zorgsysteem. Als we niet opereren, komt er geen geld binnen. We worden gestraft als we het goede doen. Maar wij zijn nu wel begonnen. Dertig procent van de galblaasoperaties zijn onnodig en we onderzoeken hoe we die kunnen voorkomen.”

- *Dan gaan er op termijn dus artsen en verpleegkundigen uit. U komt aan de bestaanszekerheid van mensen.*

“Op termijn is er een tekort aan zorgpersoneel. Wellicht moet een groep mensen zich gaan herscholen. Mijn vertrekpunt is dat we nog zoveel meer voor patiënten kunnen betekenen en dat we door dat te doen ook efficiënter werken. Saving lives is saving money. Ik vind het echt kwalijk als iemand geopereerd wordt, terwijl dat niet nodig is. Dat is onprofessioneel.”

Verschenen in Radboud Magazine