



Zorginstituut Nederland

Een kwestie van klein grut

Kostenbeheersing en
kwaliteitsverbetering in de zorg in Nederland

Louise Gunning

**Zorginstituut
Nederland**
Lezing 2014

Een kwestie van klein grut
Louise Gunning

Voorwoord

Waarborgen dat iedere burger in Nederland toegang heeft tot kwalitatief goede zorg, niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk. Dat is de missie van Zorginstituut Nederland.

Zorginstituut Nederland zag, als opvolger van het College voor zorgverzekeringen (CVZ), op 1 april 2014 het licht. Het CVZ was altijd al verantwoordelijk voor pakketbeheer, dat wil zeggen: uitleggen welke zorg volgens de regels thuishoort in het verzekerde basispakket en adviseren welke zorg in of uit dit pakket zou moeten. Het nieuwe Zorginstituut houdt zich voortaan, naast pakketbeheer, ook bezig met bevordering van de kwaliteit van de zorg en de innovatie van zorgberoepen en -opleidingen.

Deze drie taken gaan goed samen. Het sleutelbegrip is gepast gebruik. Het gaat er immers niet alleen om welke zorg in het verzekerde basispakket zit, maar ook om wat er binnen dat pakket met deze zorg gebeurt.

Gepast gebruik – ze heeft het over ‘letten op klein grut’ – is ook het thema van de lezing die professor dr. Louise Gunning uitsprak op de startbijeenkomst van Zorginstituut Nederland op 2 april 2014. Zij wijst op het grote belang van aandacht voor dit kleine grut voor het behoud van ons solidaire zorgstelsel én voor de kwaliteit van de zorg. Ze behandelt de vraag hoe we verspilling kunnen tegengaan. En ze laat met verrassende voorbeelden uit de praktijk zien hoe de kwaliteit van de zorg substantieel verbetert door te letten op ogenschijnlijke details.

De lezing van Louise Gunning is de eerste in de reeks Zorginstituut Nederland Lezingen, die wij vanaf nu jaarlijks organiseren. Wij nodigen daarvoor sprekers uit die werken in andere disciplines dan wij en vanuit andere ervaringen en andere perspectieven denken. Zij kunnen een uitdagende en vernieuwende blik werpen op de problemen en uitdagingen in de zorg en het zorgbeleid.

Wij bedanken Louise Gunning voor deze eerste lezing, die we in deze bundel aan u aanbieden. U treft hierin ook het coreferaat van historicus en journalist Rutger Bregman aan. We hopen dat beide lezingen u en ons inspireren en tot reflectie aanzetten!

Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur Zorginstituut Nederland





Louise Gunning

Prof. dr. Louise Gunning is sinds 2012 voorzitter van het college van bestuur van de Universiteit van Amsterdam en de Hogeschool van Amsterdam.

Vanaf 1991 is zij aan deze universiteit verbonden, onder meer als hoogleraar sociale geneeskunde en als universiteitshoogleraar Gezondheid en Maatschappij. In deze laatste hoedanigheid hield ze zich bezig met de vertaalslag van wetenschappelijke inzichten naar de actuele maatschappelijke discussie over gezondheidsvraagstukken. Daarnaast heeft zij, eerst als lid en later als voorzitter van de raad van bestuur, jarenlang leiding gegeven aan het Academisch Medisch Centrum Amsterdam (AMC) en was zij decaan van de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam.

Louise Gunning was verder lid van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) en voorzitter van de Gezondheidsraad. In 2010 leidde zij het onderzoek naar kindermisbruik op kinderdagverblijven in Amsterdam. Sinds april 2013 maakt ze als onafhankelijk deskundige (kroonlid) deel uit van de Sociaal Economische Raad (SER). Gunning was eerder ook lid van het college en later de Raad van Advies van het College voor zorgverzekeringen, de voorloper van Zorginstituut Nederland.

Louise Gunning studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen en aan de Johns Hopkins School of Public Health in Baltimore (VS).

Raad van Bestuur van het oude College voor zorgverzekeringen en vanaf vandaag van Zorginstituut Nederland. Het is een eer en een genoegen om de eerste lezing van Zorginstituut Nederland hier te mogen uitspreken.

Velen van u zullen hebben gehoord van 'Science in transition', een initiatief dat zich buigt over het functioneren van de wetenschap, het universitair onderwijs, het meten van resultaten, de samenwerking met maatschappij en bedrijfsleven en de rol van de wetenschap bij politieke besluitvorming. Daarover bestaat, zeggen de initiatiefnemers, veel onvrede.¹ Een belangrijke bron van die onvrede is en ik citeer: "De stortvloed aan wetenschappelijke publicaties. Wetenschappers publiceren veel, maar de kwaliteit is niet zelden onder de maat en de maatschappelijke waarde onduidelijk. Wetenschappers zijn economisch afhankelijk geworden van hun publicaties en worden geprikkeld om veel te publiceren, niet om maatschappelijk relevant onderzoek te doen. Dit leidt niet alleen tot verspilling van tijd en geld, maar ook van talent", aldus de initiatiefnemers.

Vermijdbare verspilling

Besteden we ons onderzoeksgeld aan de juiste dingen?, zo herformuleer ik de centrale vraag van Science in transition. Dat is ook een kwestie die de vermaarde Britse arts-onderzoeker Iain Chalmers aansnijdt in het artikel 'Reducing waste' in *The Lancet*. Dit gezaghebbende Britse medisch tijdschrift publiceerde dit jaar een serie over de kwaliteit van biomedisch onderzoek met als achterliggende vraag: hoe kunnen we de middelen die beschikbaar zijn voor biomedisch onderzoek zo goed mogelijk aanwenden in de wetenschap? Alarmerend is de constatering van een aantal auteurs in deze reeks, onder wie Chalmers, dat een groot deel van die middelen verspild wordt.²

Voor deze gelegenheid wil ik het diagram gebruiken dat Chalmers bij zijn artikel voegde.

Chalmers model voor wetenschappelijk onderzoek



Op de horizontale as plaatst Chalmers de kennis die voortkomt uit onderzoek dat echt nieuwe fundamentele inzichten toevoegt. Op de verticale as staat de kennis die, als deze wordt toegepast, daadwerkelijk het verschil maakt in de volksgezondheid.

Dit diagram is een medische variant op de classificatie die Donald Stokes³ maakt van wetenschappelijk onderzoek, waarbij hij vier typen van onderzoeken onderscheidt: zuiver (nieuwsgierigheidsgedreven) fundamenteel onderzoek, toepassingsgericht fundamenteel onderzoek, toegepast pragmatisch onderzoek en nieuwsgierigheidsgedreven pragmatisch onderzoek. Stokes verbindt deze vier typen met het leven en werk van respectievelijk Niels Bohr, Louis Pasteur, Thomas Edison en Carl Linnaeus. Stokes' grote voorbeeld is Pasteur. Met zijn (microbiologische) zoektocht naar de oorzaak van ziekten met het doel die te genezen of te voorkomen, zat hij in de categorie toepassingsgericht fundamenteel onderzoek (in de diagram van Chalmer: fundamenteel onderzoek, geïnspireerd door overwegingen van praktische aard).

Een enkele keer heb je als onderzoeker het voorrecht om daar rechtsboven in het Pasteur-kwadrant te zitten. Ik zeg altijd tegen jonge onderzoekers dat dat mogelijk niet zo heel veel zegt over het vermogen om een goede onderzoeker te zijn, maar misschien wel over het geluk om de juiste vraag op het juiste moment te hebben gesteld. Maar in Chalmers' diagram kun je beter niet linksonder zitten. Want als je linksonder zit en als je linksonder geld besteedt, dan is dat geld niet goed benut. Dat is *avoidable waste*, vermijdbare verspilling. De middelen die je daar inzet, leveren geen nieuwe en bruikbare kennis op. En dat is ook het geval wanneer, in welk kwadrant dan ook, onderzoek niet goed wordt uitgevoerd. Want ook dan krijg je geen nieuwe en bruikbare kennis.

Ook in de gezondheidszorg: meer waarde en minder verspilling

Als je het principe van Chalmers op de gezondheidszorg toepast, zie je dat we aandacht moeten hebben voor twee vragen. De eerste vraag van belang is of we geld besteden aan kwalitatief goede zorg. Doen we dat niet, dan verspillen we de middelen die we voor de zorg hebben. De tweede is of dat geld besteed wordt aan zorg die gezondheidswinst oplevert. Is dit niet het geval, dan gooien we eveneens de middelen en dus het geld voor de zorg weg.

Het gaat in de gezondheidszorg dus eigenlijk om dezelfde vraag als bij wetenschappelijk onderzoek: kunnen wij voor het geld dat we aan die zorg besteden uitkomen op meer waarde en minder verspilling?

Relevante vragen

Gezondheid is voor iedereen belangrijk. Daarom zijn wij daarvoor onderling sterk solidair en zijn we bereid er voor elkaar de middelen voor op te brengen. En omdat we dat doen, hebben we ook samen de verplichting ervoor te zorgen dat dit schaarse geld, dat altijd minder zal zijn dan nodig is om de som van onze wensen te vervullen, goed wordt besteed. Hoeveel geld zijn wij dan bereid in onderlinge solidariteit op te brengen? Hoeveel volksgezondheid kunnen we daarvan bekostigen? Hoe kunnen we die opbrengst maximaliseren? En waar treffen we verspilling aan?

Dat zijn de vier relevante vragen! Vragen waarover zowel de politiek als de samenleving moet nadenken. En het zijn uitdrukkelijk ook vragen voor Zorginstituut Nederland. Want wat dit Zorginstituut vanaf nu gaat doen, is adviseren over *hoe* we in de zorg waar voor ons geld krijgen. Het zal zich moeten buigen over de vragen wat onnodige zorg is en waar we deze aantreffen en moeten tegengaan.

De meent, een analogie

Voor ik verder op deze vragen inga en u mijn antwoorden geef, neem ik u mee naar de meent. Veel dorpen hadden vroeger een meent, een gemeenschappelijk stuk grond waarop mensen hun vee konden laten grazen. Er waren regels om te zorgen dat dit weiland niet werd overbegraasd. Want als dat gebeurt, is er uiteindelijk voor alle koeien niet voldoende gras en zal op den duur al het vee ten onder gaan. Er bestaat dus een 'optimaal' aantal koeien voor de meent: dat aantal waarbij nog een extra koe leidt tot overbegrazing en alle andere eigenaren erop achteruitgaan.

In de (rechts)economie gebruikt men hiervoor het begrip de 'tragedie van de meent' (in het Engels: *the tragedy of the commons*). Ik ben met een econoom getrouwd, dus al veertig jaar lang krijg ik deze tragedie uitgelegd tijdens het ontbijt.

Een belangrijk kenmerk van die meent is dat iedere deelnemer een verantwoordelijkheid draagt om het systeem in stand te houden. Daarom zie ik ook het domein van de zorg als een meent. Wij hebben een prachtig systeem met veel solidariteit en veel kwaliteit, dat wij gezamenlijk in stand moeten houden en waarin we samen zullen moeten waken voor overbegrazing.

Ik heb het al eerder gezegd.⁴ Over het overgrote merendeel – ik noem het nu maar negentig procent – hebben we eigenlijk geen discussie. Dat is zorg die nodig is. Dat is zorg die goed verleend wordt. En dat is zorg die gewoon moet worden betaald uit de solidariteit die we met elkaar opbrengen. En daar is ook consensus over.

Het probleem gaat over die tien procent. Tien procent die ook zomaar tot dertig zou kunnen uitgroeien en daarmee ons systeem van zorg, van onze onderlinge solidariteit ondermijnt en ertoe leidt dat er noodgedwongen moet worden gesneden in de zorg waarover we het eigenlijk allemaal eens zijn. En die groei in het volume van zorg heeft tot gevolg dat de kosten almaar stijgen. Ja, deze problematiek is zo langzamerhand zelfs een politiek hoofdpijndossier aan het worden.

Waar zien we verspilling?

Op verspilling is niet makkelijk de vinger te leggen. We kunnen niet globaal zeggen: dit soort operaties, deze vormen van diagnostiek en die medicijnen zijn verspilling. Het ligt genuanceerder, verspilling in de zorg is vooral een opstapeling van klein grut, maar met grote gevolgen. En als je verspilling tegenkomt, wil je die wel weghalen, want dan hebben we met onnodige zorg, niet-gepaste zorg te maken. Meestal ook zorg die kwalitatief niet goed genoeg is om op te leveren wat je ervan zou mogen verwachten.

Klein grut. Ik benadruk deze twee woordjes nog eens; ze lopen als een rode draad door mijn lezing van vandaag. Ook straks, bij mijn uiteenzetting over de verbetering van de zorg in Nederland, die overigens op een hoog niveau staat – dat laatste wil ik toch niet onvermeld laten.

Ik noem een paar voorbeelden van dat kleine grut, die kleine vormen van verspilling. Vergelijk die maar met die ene boer die net een koe meer op de meent wil zetten. Wanneer meer boeren of zelfs alle boeren dat doen, krijg je overbegrazing en is je meent kapot. Een patiënt bijvoorbeeld kan zeggen: "Dat ene kleine onderzoekje, of dat ene fotootje, kan toch geen kwaad? Dat zal het verschil voor het geheel van de zorgkosten niet maken en ik zal mij veel minder zorgen maken." Of een dokter: "Ik heb zoveel mensen in de spreekkamer zitten en dat ene receptje of die ene verwijzing uitschrijven kost minder tijd dan uitleggen dat dit eigenlijk onnodige zorg is."

Dit zijn een paar voorbeelden van dingen die onze gezamenlijke solidariteit bedreigen. Het is belangrijk om dit soort verleidingen telkens weer hardop te benoemen, om uit te spreken dat deze zorg geen volksgezondheidswinst oplevert. Ik vind dat we dat allemaal moeten uitleggen. In dezelfde bewoordingen, met dezelfde boodschap. Durf deze zaken te benoemen, ook in de politiek, maar wel genuanceerd. Het is niet zwart-wit; we weten niet precies wanneer noodzakelijke zorg overgaat in ongepaste zorg.

Verruimde indicaties

Wanneer we het over verspilling hebben, moeten we ook stilstaan bij de verruiming van indicaties. We kunnen ons afvragen wat de toegevoegde waarde van een medische interventie is bij zo'n verruimde indicatie. Neem de statines. Deze cholesterolverlagers zijn fantastische geneesmiddelen, zeker voor mensen met een erfelijke aanleg voor hypercholesterolemie of voor patiënten die al een infarct hebben gehad. Maar langzamerhand worden deze middelen ook preventief ingezet en schuift het afkappunt voor de indicatie op. Dan kantelt ook de kosten-batenanalyse en kunnen we de vraag stellen of het beoogde resultaat de kosten waard is of dat we hier opeens te maken hebben met verspilling.

Overmatige diagnostiek

De vraag over het kantelpunt van de toegevoegde waarde zien we niet alleen in de therapie, maar ook bij diagnostiek. Dat is soms een nog moeilijker onderwerp. De mogelijkheden om diagnostisch onderzoek te doen zijn enorm toegenomen door bijvoorbeeld de vele beeldvormende technieken die we nu tot onze beschikking hebben. Bij deze onderzoeken zijn we echter veel minder bereid dan bij therapeutische interventies om regulerend op te treden, om in de richtlijnen duidelijke afspraken te maken, om grenzen te trekken over wanneer we een onderzoek nuttig achten en wanneer we dat als verspilling zien.

Een fotootje meer of minder, een laboratoriumonderzoek en een ander diagnostisch onderzoek ... het is heel makkelijk om deze aan te vragen. En voor patiënten is een foto, een scan of een MRI een tastbaar bewijs dat de dokter zijn werk goed heeft gedaan.

De verleiding is dus zeer groot om dergelijk onderzoek te doen. Maar een discussie over nut en verspilling is ook hier dringend nodig.

Daaraan wil ik toevoegen en onderstrepen dat overbodige, ongepaste behandelingen en diagnostiek niet alleen leiden tot verspilling van geld, capaciteit en de inzet van zorgverleners, maar ook nadelige gevolgen voor de gezondheid van de patiënt kunnen hebben. Aan medische interventies kleven immers altijd ook nadelige bijwerkingen en in een kosten-batenanalyse moeten die worden meegewogen.

Hoe kunnen we verspilling tegengaan?

Wat moet er gebeuren om deze soorten verspilling tegen te gaan? Niet met wetten en regels. De sleutel ligt in de spreekkamer, in het gesprek tussen dokter en patiënt. De kunst is om daar de realiteit van de prognose en de beperking van het medisch handelen boven tafel te krijgen, bespreekbaar te maken. Want mensen maken, mits goed geïnformeerd, vrijwel altijd verstandige keuzes. Er is geen echt tegengesteld belang tussen de patiënt en een goede arts, voor beiden draait het om gezondheidswinst. En als patiënten eerlijk worden geïnformeerd, benaderd worden als verstandige mensen, wijst de praktijk eenduidig uit dat zij ook verstandige keuzes maken.

Maar een goed overleg in de spreekkamer is alleen mogelijk als er ook een maatschappelijk debat wordt gevoerd over verspilling, keuzes en grenzen in de gezondheidszorg. Die openbare, zelfs politieke discussie kan de gesprekken in de spreekkamer steunen, want mensen moeten ervan doordrongen zijn dat er grenzen aan de zorg zijn. Of beter gezegd: grenzen aan de solidariteit en dus aan de collectieve zorg.

Keuzes in de zorg

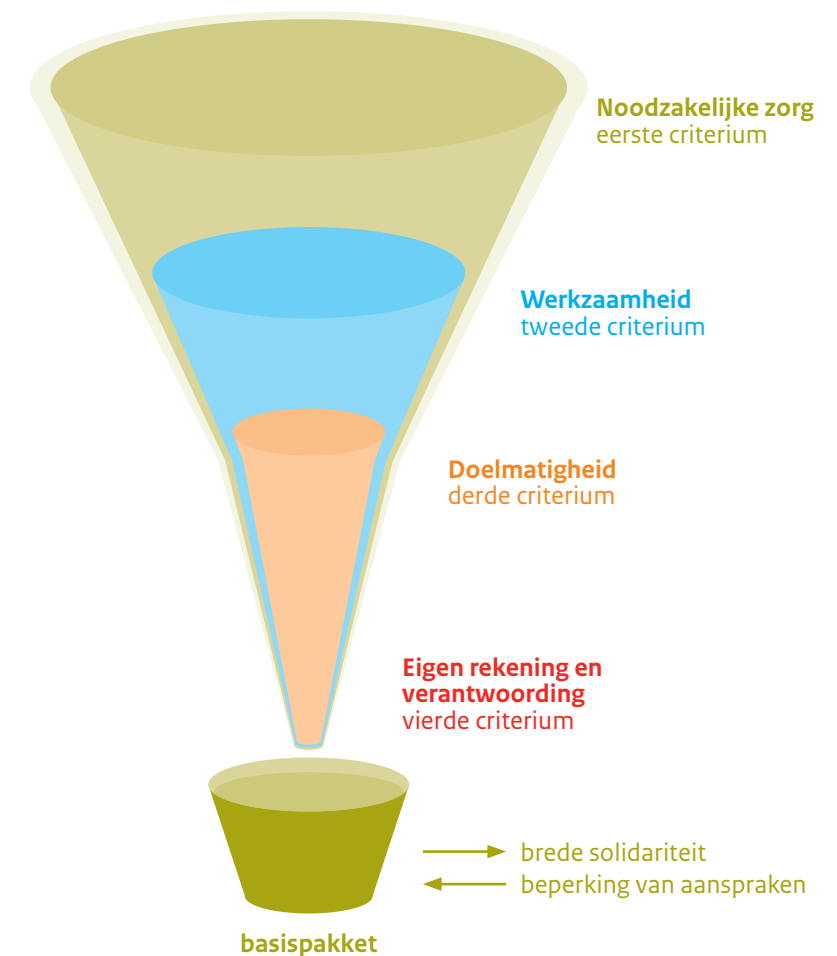
Degenen onder u die net zo oud zijn als ik kennen ongetwijfeld de commissie Dunning, die eerst nog de commissie 'Keuzes in de zorg' heette. Deze commissie boog zich in 1991 over de vragen wat wel en wat geen collectieve verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg is, wat het nut van bepaalde medische interventies is, hoe middelen in relatie staan tot het doel, et cetera. De commissie werd voorgezeten door Arend-Jan Dunning, cardioloog, publicist en destijds lid van de Gezondheidsraad.⁵

De vraagstukken over afgrenzing en keuzes in de zorg werden ook toen al urgent geacht vanwege de ontwikkeling van medische en technologische mogelijkheden en de toenemende kosten in de zorg. De vraag was hoe de schaarse middelen voor de zorg zo effectief en zo rechtvaardig mogelijk moesten worden verdeeld en welke keuzes in de zorg moesten worden gemaakt. De commissie stond voor de taak daarvoor strategieën te ontwikkelen. Deze strategieën dragen sindsdien de naam 'de trechter van Dunning'.

Het was overigens helemaal geen trechter, want het waren de filters in de trechter die tot keuzes leidden. Maar de term trechter van Dunning sprak zodanig tot de verbeelding dat die wel leidde tot uitgebreide maatschappelijke discussies. En dat was ook een doelstelling van de commissie: een publieke discussie op gang brengen. Want een

mentaliteitsverandering bij de medische beroepsgroepen, bij patiënten, instellingen in de zorg, wetenschappers en burgers was – en is – nodig om tot draagvlak te komen voor een eerlijke verdeling van voor de gezondheidszorg beschikbare middelen.

De trechter van Dunning



Die discussie werd breed gevoerd, onder meer ook in focusgroepen - dat zijn kleine groepen van betrokken deelnemers die onder leiding van een ervaren gespreksleider hierover met elkaar spraken. En dat waren discussies waarin mensen de afweging van wat nog wel en wat niet in het basispakket kon worden opgenomen hardop met elkaar bespraken. Ik heb in die tijd veel onderzoek gedaan, ook om te kijken of die besprekingen anders waren in



de verschillende focusgroepen. Het was altijd interessant dat het principe van begrenzing van de zorg nooit een kwestie was. Dat begreep iedereen. Iedereen snapte dat je altijd ergens tegen een begrenzing aan gaat lopen als je een beperkte hoeveelheid geld hebt. De vraag was alleen welke grenzen je met elkaar zou afspreken en hoe je ze vervolgens zou handhaven.

En ook: ons zorgstelsel

Discussie over die grenzen was ooit makkelijker omdat we te maken hadden met budgettering. Daarom wil ik nu stilstaan bij de rol van het zorgstelsel in deze problematiek van almaar groeiende kosten. Ik roep nog even de meent in herinnering. Solidariteit is net zo eindig als de meent: als er een te groot beroep op wordt gedaan, brokkelt die af.

In 2006 is het systeem van de zorg ingrijpend veranderd. En grotendeels terecht. Het stelsel van ziekenfonds en particuliere verzekeringen was toe aan vernieuwing en er werd geklaagd over te lange wachtlijsten. Aan die wachtlijsten en aan het onderscheid ziekenfonds en particuliere verzekering maakt de in 2006 ingevoerde Zorgverzekeringswet een einde. De solidariteit tussen arm en rijk, jong en oud, gezond en ziek werd wettelijk verankerd. Dat was een grote verdienste, hoewel we nog steeds van mening kunnen verschillen of het verstandig was om er een privaat in plaats van een publiek stelsel van te maken en of de zorgtoeslag de meest efficiënte manier was om de inkomensafhankelijke premie vorm te geven.

Maar een absoluut groot nadeel van het stelsel, en dat kunnen we zeker achteraf constateren, is de bijna tegelijkertijd ingevoerde gereguleerde marktwerking. Gedacht werd dat deze gereguleerde marktwerking – met de driehoek burger, professional en verzekeraar – de kwaliteit en de prijs-kwaliteitverhouding kon veiligstellen en daarmee de kosten van de zorg in de hand zou houden. Dat evenwicht is er niet gekomen, integendeel. De veronderstelling dat het meer marktgerichte model vraag en aanbod met elkaar in evenwicht zou brengen heeft tot op zekere hoogte gewerkt voor de prijsontwikkeling maar niet voor het volume. Want met de introductie van de Zorgverzekeringswet leek het, en ik benadruk het illusoire karakter daarvan, alsof we de schaarste voorbij waren.

In de politiek is het niet makkelijk om te erkennen dat die kleine bewegingsruimte die deze marktwerking in het stelsel mogelijk maakt de volumes in de zorg juist heeft vergroot en daarmee de groei van de kosten. Ik wil daarom ook hier met kracht een terugkeer naar budgetbeperking bepleiten! Want budgettering en acceptabele wachtlijsten dwingen artsen om op medische gronden keuzes te maken en prioriteiten te stellen. Dat dwingt meer gezondheidswinst per gependeerde euro af. Alleen moeten we er dan wel een andere naam voor bedenken, want anders is het politiek nooit te verkopen.

Discussie op basis van evidentie

Eerst de vraag welke zorg nog in het basispakket hoort. Het is die eerder genoemde tien procent waar we het niet allemaal over eens zijn waarover we met elkaar in debat moeten gaan. Maar ik wil die discussie zo ontzettend graag voeren op basis van evidentie, op basis

van wetenschappelijk onderzoek. En we hebben in de traditie van de voorlopers van Zorginstituut Nederland, de Ziekenfondsraad en het College voor zorgverzekeringen (CVZ), de basis om dat met elkaar te kunnen doen. Zorginstituut Nederland heeft de kennis in huis, de basis van waaruit je die maatschappelijke discussie kunt omzetten in evidencebased onderbouwing van de beslissingen die er komen. En zo kan het Zorginstituut een waarborg inbouwen tegen willekeur. Want als je met elkaar een systeem hebt, moet het niet zo zijn dat die ene boer wel die ene koe erbij kan zetten terwijl die andere boer te horen krijgt: voor jou niet. Dan past dat systeem niet meer. Dan heb je die steun voor die solidariteit niet meer in huis.

Kwaliteit van zorg

En dan ga ik nu van de kosten over naar de kwaliteit van de zorg, hoewel die twee onderwerpen niet zo gescheiden zijn en met elkaar samenhangen zoals ik al eerder heb aangestipt: onnodige zorg betekent onnodige kosten, en ook een onnodige belasting van de patiënt. Zorginstituut Nederland krijgt vanaf nu ook de taak om de kwaliteit van de zorg te bevorderen, want tot het nieuwe instituut behoren ook het Kwaliteitsinstituut en het onderdeel Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen. Het Kwaliteitsinstituut houdt zich bezig met toetsing, registratie en uniformering van de richtlijnen, kwaliteitseisen en professionele standaarden die de verschillende professies voor hun eigen beroepsgroep opstellen. Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen zal stimuleren dat de beroepen en opleidingen goed zijn afgestemd op de huidige en de verwachte zorgvraag. Heel expliciet, nog explicieter, kan het zo opgetuigde Zorginstituut zich bezighouden met de kwaliteit van de zorg.

Checklist voor, na en tijdens operaties

Ik heb het al gezegd. Het is belangrijk om acht te slaan op kleine dingen, op klein grut. Dat is van belang voor beheersing van de kosten en dat is ook van belang voor goede kwalitatieve zorg. Een mooi voorbeeld daarvan is de checklist bij operaties. Toen ik nog voorzitter was van het AMC was het onderzoek naar de resultaten van zo'n checklist in de operatiekamer, de OK, ook voor mij een ware *eye opener*.

Sommigen onder u zullen zich het onderzoek naar Surpass-checklist – Surpass staat voor *surgical patient safety system* – nog herinneren.⁶ Deze grootschalige studie bij zes ziekenhuizen, die liep van 2007 tot 2009, onderzocht in hoeverre een checklist met een systematische controle van belangrijke stappen voor een patiënt in het hele peri-operatieve traject, dus voor, tijdens, en na de operatie en voor ontslag uit het ziekenhuis, nog kwaliteitsverbetering met zich meebrengt.

Ten tijde van dit onderzoek werden de resultaten van een vergelijkbare internationale studie in een groot aantal ziekenhuizen over de hele wereld gepubliceerd door de bekende Amerikaanse chirurg, schrijver en publicist Atul Gawande⁷: er bleek een duidelijk effect te kunnen worden aangetoond. Er waren mensen om mij heen, die deze studie misschien niet zo interessant of niet zo prettig vonden, die riepen: “Geen wonder, als je een ziekenhuis in Tanzania in je onderzoek meeneemt.” Maar toen werden de resultaten van

die Surpass-studie bekend. Daaruit bleek dat door de Surpass-checklist te gebruiken de sterfte rondom operaties halveerde en het aantal complicaties bij een operatie met een derde daalde.

Toen ik deze resultaten hoorde, realiseerde ik me twee dingen. Ten eerste: verbetering van de kwaliteit van de zorg is bijna nooit *rocket science*. Het is altijd een optelsom van kleine dingen, dat kleine grut. Ten tweede realiseerde ik me dat verbetering van kwaliteit alleen mogelijk is als je met elkaar besluit die checklist te gebruiken, en ook echt door te voeren dat die patiënt niet op de operatietafel komt als die *time-out*, zoals de checklist voorschrijft, er niet is geweest. Aantonen dat dit in de praktijk van een ziekenhuis kon, was misschien wel de belangrijkste bijdrage van die studie. Dan realiseer je je dus ook dat kwaliteit niet iets theoretisch is. Kwaliteit is iets wat je met elkaar vormgeeft!

Internationale accreditatie

Een vergelijkbare ervaring dat je kwaliteit met elkaar vormgeeft, had ik toen we in het AMC de Joint Commission International Accreditatie gingen doen.⁸ Deze accreditatie maakt internationale vergelijking van ziekenhuizen en andere zorginstellingen mogelijk en is gericht op permanente verbeteringen van de veiligheid en de kwaliteit van de zorg. Dat iedereen zich daar uiteindelijk voor ging inzetten, kwam doordat mensen het gevoel hadden dat dit evaluatieprogramma over dingen ging die er echt toe deden. Het was geen papieren tijger. Het ging om dingen waarover verpleegkundigen en dokters zich ongemakkelijk kunnen voelen als ze daarbij fouten hadden gemaakt, of fouten hadden gezien en die niet hadden rechtgezet.

Registraties en ranglijstjes

Zo werken ook de registraties. Bijvoorbeeld ‘NICE’, de nationale intensive care registratie, dat is een continue en complete registratie van alle opgenomen patiënten in deelnemende intensive care-afdelingen van ziekenhuizen in Nederland. Doel ervan is de kwaliteit van de intensieve zorggeneeskunde in Nederland te monitoren en te bevorderen. Die registraties zijn zo knap omdat ze het voor professionals mogelijk maken om bij elkaar in de keuken te kijken en zichzelf te spiegelen in wat anderen doen. En dan zullen ze soms zien dat wat ze dachten heel goed te doen door een ander nog net iets beter wordt gedaan. En dat net iets beter is toch heel verleidelijk, want dat wil je zelf ook graag kunnen doen. Daarom werken die registraties. Dat zijn de positieve kanten ervan.

Maar al die metingen, registraties en vergelijkingen hebben ook negatieve kanten. Neem de ranglijstjes. De eerste keer dat ik die tegenkwam, was in Amerika. Op een ochtend las ik de krant – ja, alweer tijdens het ontbijt – en ik zag daarin een ranglijst staan van cardiochirurgen die met naam en toenaam werden genoemd. Ik realiseerde me dat er op die ochtend een aantal mensen in New York de krant open zou slaan en zou zeggen: “Hé, daar wordt de dokter genoemd die vandaag mijn moeder opereert.”

Is deze arts dan echt slecht omdat hij onderaan dat lijstje staat? En is er goed aan gedaan die ranglijst te publiceren als je niet tegelijkertijd uitlegt dat die dokter misschien in dat

rangordelijstje onderaan staat, maar dat hij toch nog steeds een goede dokter is en dat je best je moeder aan hem kan toevertrouwen? Denken wij daar voldoende over na als we dit soort lijsten publiceren? Ik weet het niet, en ik heb er mijn twijfels over.

Steeds meer controle

De Algemene Rekenkamer heeft onlangs gezegd dat al die zorgindicatoren heel veel geld kosten. Hebben die indicatoren echt opgeleverd wat we er met z'n allen aan besteed hebben?⁹ En kijk naar het rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) *Bewijzen van Goede Dienstverlening* van tien jaar geleden. Dit rapport analyseert problemen rond de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van maatschappelijke dienstverlening. Daarin wordt zo prachtig de spiraal beschreven die het gevolg is van een steeds verder graven naar nog meer gegevens om nog dieper en nog meer controle te hebben. Om dit tijt te keren doet de overheid, zo schrijven de auteurs van het rapport Huub Dijkstra en Erik Schrijvers, “er beter aan om meer te vertrouwen op de initiatieven van de in het veld werkzame professionals en bestuurders.”¹⁰

Niet eindeloos rapporteren

En dan ben ik meteen ook aangekomen bij de valkuil die Zorginstituut Nederland moet vermijden. Ik wil u waarschuwen voor het risico van eindeloze beschrijvingen en grote hoeveelheden rapportages, waar uiteindelijk niemand naar kijkt. Verlies je daar niet in! Dat zijn enorme kostenposten. Houd vooral in de gaten dat patiënten het vertrouwen in de zorg behouden. En zorg dat professionals geprikkeld worden om hun werk (nog) beter te doen en doe dat met eenvoudige middelen.

Wat zou ik nou willen dat het Zorginstituut gaat doen? Een van de taken van het instituut is bevordering van de totstandkoming van richtlijnen voor het klinisch handelen. Ik denk dat richtlijnen altijd op goed wetenschappelijk onderzoek moeten zijn gebaseerd en van de professie zelf moeten komen. Richtlijnen zijn belangrijk, alleen al om te voorkomen dat je onnodige variatie hebt. Laten we die vervolgens omzetten in standaarden die we allemaal aanvaarden als een algemeen ijkpunt. En laten daar dan indicatoren uit voortkomen die professionals kunnen gebruiken als een spiegel. Want dat is in de eerste plaats nuttig om kwaliteit te verbeteren. En in de tweede plaats zijn indicatoren nuttig omdat je een bandbreedte aangeeft waarbinnen patiënten, verzekeraars en politici er gerust over kunnen zijn dat de kwaliteit van zorg goed is. Dan hoeven we ons ook niet zo druk te maken over de vraag of de verschillen in die indicatoren echt statistisch significant zijn. Is dat dan genoeg? Ik weet het niet.

Kwaliteitsindicatoren

U snapt dat ik als voormalig voorzitter van de Gezondheidsraad de rapporten van die raad nog altijd met meer dan gemiddelde belangstelling lees. Als je kijkt naar de stand van de wetenschap rond kwaliteitsindicatoren, met name rond uitkomstindicatoren, dan hebben we nog wel een weg te gaan. Vanuit mijn wetenschappelijke interesse zeg ik: “Wow, wat leuk, wat een spannend gebied, wat gaat daar veel gebeuren.” Maar vanuit het managen van verwachtingen, ook die van de ‘buitenwereld’, moeten we daar wel eerlijk

over zijn. Hoe ga je nu in dat traject zorgen dat professionals nog steeds meedoen? Hoe zorg je ervoor dat zij het gevoel behouden dat die indicatoren ook echt gaan leiden tot betere kwaliteit? En hoe zorg je ervoor dat burgers het gevoel hebben dat die kwaliteitsindicatoren ook echt een beter zorgsysteem opleveren? En hoe houden we de politieke discussie zodanig in toom dat er niet bij de eerste de beste fout geroepen wordt: “Ha, ha, we hebben het altijd al gezegd?” Want het gaat wel eens fout. Je kunt niet zo veel patiënten behandelen zonder dat het zo nu en dan een keer fout gaat. Die dingen moeten we ook hardop tegen elkaar kunnen zeggen.

Wat ik de dopeling meegeef

En tot slot: we zijn hier aanwezig bij de doop van Zorginstituut Nederland. En zoals het bij een doopfeest betaamt, heb ik nagedacht wat ik de dopeling zou meegeven. Aan de gebruikelijke goede wensen heb ik een drietal vragen toegevoegd.

Kunnen wij patiënten en professionals ervan overtuigen dat Zorginstituut Nederland er primair voor hen is?

Als je dat niet voor elkaar krijgt, dan gaat het niet werken.

Kunnen we kwaliteit bevorderen van de dingen die er echt toe doen?

Als je maar een beperkt aantal indicatoren kunt gebruiken, laat het dan alsjeblieft gaan om de dingen die er echt toe doen en laat al die andere dingen vallen.

Kun je in de methodologie en in wat je technisch kunt doen absoluut de internationale top bereiken?

Kun je dat terwijl je tegelijkertijd burgers en politici nog mee kunt nemen in de grote vragen?

En dit is misschien de belangrijkste vraag als je dit vakgebied mooi vindt. Want als je burgers en politici niet meeneemt, is het draagvlak voor die technisch prachtige indicatoren weg.

Ik hoop dat het nieuwe Zorginstituut in de komende tijd een bijdrage zal leveren aan de beantwoording van deze vragen. En deze drie vragen zullen voldoende stof geven om hierover in de komende jaren nog een heleboel mooie lezingen te organiseren. Want ze vormen het begin van het gesprek dat we met elkaar zullen moeten blijven voeren.

Wat is de prijs van een mensenleven?

Coreferaat door Rutger Bregman, historicus en journalist

Wat is de prijs van een mensenleven? Het is een harde vraag. Het is een kille, een technocratische vraag. Was het Oscar Wilde niet, die de cynicus definieerde als iemand die van alles de prijs kent, maar van niets de waarde? Wie tegenwoordig naar de prijs van een mensenleven vraagt, komt al snel als een gevoelloze boekhouder te boek te staan.

Ten onrechte.

Ik denk dat het een moedige vraag is. Sterker nog, ik denk dat het immoreel is om de vraag niet te stellen. Want wie zijn ogen sluit voor de grenzen van de maakbaarheid in de zorg, die ondergraaft daarmee het hele zorgstelsel, of sterker nog, de verzorgingsstaat. Uiteindelijk kost juist die houding mensenlevens.

U moet bedenken: bijna al het geld dat we met belasting opbrengen en samen uitgeven, heeft op de een of andere manier iets met de duur van ons leven te maken. Wat we in de zorg pompen, komt er – als het goed is – in gezondheid weer uit. Wat we in defensie, politie en justitie pompen, komt er in veiligheid weer uit. En wat we in onderwijs pompen, komt er in een hoger opleidingsniveau en dus in een gezondere levensstijl weer uit. Zelfs iets schijnbaar triviaals als de vuilnisophaal telt mee: hoe schoner de straten, hoe lager de criminaliteit. Maar ik heb slecht nieuws voor u. We leven niet in het paradijs. Onze behoeftes aan zorg, onderwijs, veiligheid en straten zonder hondenpoep zijn dan wel oneindig, we kunnen ze niet eindeloos bevredigen.

We moeten kiezen.

Rutger Bregman

Rutger Bregman is historicus. Hij studeerde aan de universiteiten van Utrecht en Los Angeles. Als journalist schrijft hij onder meer voor het online journalistieke platform *De Correspondent*. In 2012 publiceerde hij zijn eerste boek *Met de kennis van toen*, een jaar later volgde *De geschiedenis van de vooruitgang*, dat door Liberales, een Belgische onafhankelijke denktank binnen de liberale beweging, tot het beste boek van 2013 werd verkozen. In 2014 schreef Bregman het boek *Gratis geld voor iedereen*, waarin hij een pleidooi houdt voor de terugkeer van de utopie.



Wie met een integrale blik naar ons zorgstelsel, ons onderwijssysteem, onze infrastructuur, ja de hele begroting kijkt, kan eigenlijk maar één conclusie trekken: we maken systematisch de verkeerde keuzes. Laat ik een paar voorbeelden geven. ProRail investeert op dit moment miljoenen in de veiligheid van de trein – die allang ons veiligste vervoersmiddel is.

Westerse regeringen hebben honderden miljarden in de strijd tegen terrorisme gepompt, terwijl pindanootjes, statistisch gezien, gevaarlijker zijn. Of denk aan de terugkerende hysterie over asbest. Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat het redden van een levensjaar met asbestverwijdering ongeveer 5 miljoen euro kost.

Wat de zorg betreft blijft het me fascineren dat er vrijwel geen verband is tussen de hoeveelheid geld die een land erin pompt en de gemiddelde levensverwachting. Sterker nog, in het land met de duurste gezondheidszorg ter wereld – de VS – daalt de levensverwachting voor veel mensen.

Maar mijn favoriete Nederlandse voorbeeld is de 1,7 miljard die we uitgeven tegen het stralingsgevaar van hoogspanningsmasten. Daarmee wordt, jawel, een half leukemiegeval per jaar voorkomen. Ik heb eens even zitten rekenen wat je nog meer met die 1,7 miljard kunt doen. Wat dacht u van alle Fabry-patiënten anderhalve eeuw van medicijnen voorzien, 20.000 politieagenten opleiden of alle basisschoolkinderen, twee dagen in de week, 50 jaar lang, van groente en fruit voorzien. Of als u het nog wat extremer wilt, dankzij onderzoek van de Universiteit van Oxford weten we dat de kosten van het (duurzaam) redden van één kind van mazelen, polio en tbc ongeveer 150 euro bedragen.

Cru gesteld: willen we meer dan 11 miljoen kinderen redden, of een half leukemiegeval voorkomen? Het is een extreem voorbeeld, maar het maakt één ding duidelijk: zolang we nog niet leven in het paradijs is het niet alleen financieel maar ook moreel noodzakelijk die ene vraag te blijven stellen: *Wat is de prijs van een mensenleven?*

Natuurlijk mag de kille ratio nooit het laatste woord hebben. Politiek is geen kwestie van ‘meten is weten’ en Zorginstituut Nederland mag geen zuiver technocratisch instituut worden. Zo is van de trap vallen van een andere orde dan omkomen bij een aanslag. En er zijn goede ethische argumenten om voor mensen met een zeer zeldzame ziekte de prijs van hun extra levensjaar op te rekken ten opzichte van hun medeburgers met een ‘gewone’ ziekte.

Maar er zijn altijd grenzen. Wie daar op wijst, wordt nu al snel weggezet als harteloos, en kil. Maar ik vraag me af: is het niet andersom? Zijn niet juist de politici, beleidsmakers, opiniemakers en burgers die de verboden vraag niet durven te stellen, juist zij die weigeren om die vraag in het centrum van het politieke en morele debat te plaatsten, zijn niet juist zij de cynici? Zij doen alsof iets cruciaals als kosteneffectiviteit, of misschien moet ik spreken van kostenrechtvaardigheid, slechts een technische aangelegenheid zou zijn. Alsof het debat alleen maar over kille cijfertjes zou gaan.

Ik zeg u: juist die houding kost mensenlevens. En ik wens Zorginstituut Nederland heel veel wijsheid toe om in de komende jaren een ander publiek debat mede vorm te geven.

Noten

- 1 ‘Science in Transition’ is een initiatief van Huub Dijkstra (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid), Frank Huisman (Descartes Centre Universiteit Utrecht), Frank Miedema (UMC Utrecht), Wijnand Mijnhardt (Descartes Centre Universiteit Utrecht) en Jerry Ravetz (Oxford University, Said Business School).
- 2 *The Lancet* publiceerde in 2014 vijf essays over biomedisch onderzoek. In deze artikelen worden problemen rondom hedendaags medisch onderzoek en de inzet van gelden daarvoor uiteengezet. De verschillende auteurs doen vervolgens voorstellen hoe de waarde van onderzoek kan worden verbeterd en hoe verspilling van onderzoeksgeld en -talent kan worden tegengegaan. Arts en onderzoeker Iain Chalmers schreef het eerste artikel. Samen met een aantal andere gerenommeerde medici heeft Chalmers een website opgezet om de problemen in kaart te brengen en mogelijke antwoorden te formuleren: *researchwaste.net*.
- 3 Lange tijd onderscheidde men twee soorten onderzoek: fundamenteel en toepassingsgericht. Donald Stokes beschrijft in zijn boek *Pasteur’s quadrant* (1997) dat onderzoek tegelijk fundamenteel en toepassingsgericht kan zijn. Hij postuleert daarin twee assen. De ene as beschrijft de aanpak: fundamenteel versus pragmatisch. Pragmatisch wil zeggen dat reeds bekende inzichten worden aangewend of verder ontwikkeld. De tweede as geeft aan waar de vraagstelling uit voort komt: uit nieuwsgierigheid of vanwege een gewenste toepassing. De twee assen leiden tot vier onderzoekskwadranten.
- 4 In *Politieke retoriek, de markt en de angst voor de dood*, mijn lezing voor de Raad voor het openbaar bestuur (Rob-lezing), uitgesproken op 30 oktober 2013 en onder deze titel gepubliceerd. Een verkorte versie daarvan is verschenen in *NRC Handelsblad* van 31 oktober 2013.
- 5 *Kiezen en delen*, rapport van de commissie ‘Keuzen in de zorg’ (Commissie Dunning). Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk, 1991.
- 6 De Surpass-checklist is mede ontwikkeld door Marja Boermeester, die als chirurg en onderzoeker verbonden is aan het AMC. Deze grootschalige studie bij zes ziekenhuizen begon in 2007, in 2009 werden de resultaten bekend en in 2010 gepubliceerd in de *New England Journal of Medicine*. Op dit moment gebruikt een minderheid van de Nederlandse ziekenhuizen de Surpass-checklist; veel ziekenhuizen maken gebruik van een afgeleide Surpass-checklist of van een eigen checklist. De effectiviteit van een afgeleide checklist of van een eigen checklist is onzeker: mogelijk zijn ze nog effectiever, mogelijk is juist aan effectiviteit ingeboet. Een vervolgstudie (Surpass II) onderzoekt dit door in een aantal ziekenhuizen met een afwijkende checklist een voor- en nameting te verrichten en deze te vergelijken met de ziekenhuizen die de Surpass-checklist gebruiken. (www.surpass-checklist.nl).
- 7 Atul Gawande is hoogleraar aan de Harvard School of Public Health en hoogleraar chirurgie aan de Harvard Medical School, beide in Boston in de VS. Daarnaast heeft hij een rubriek in de *New Yorker*, en is hij de auteur van een reeks boeken over geneeskunde en gezondheidszorg, waaronder *The Checklist Manifesto*. Samen met de WHO werkte hij aan de introductie van een *surgical safety checklist* wereldwijd.
- 8 De in 1994 opgerichte Joint Commission International (JCI), een tak van de Amerikaanse Joint Commission, is een organisatie die zich bezighoudt met permanente verbetering van de veiligheid en de kwaliteit van zorg. De JCI beoogt met het accreditatieprogramma een objectief extern evaluatieproces voor zorginstellingen aan te bieden. Het doel daarvan is een permanente verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg. De JCI wil dit bereiken door gebruik te maken van internationale standaarden en de internationale *Patiënt Safety Goal*.
- 9 *Rapport Indicatoren voor kwaliteit in de Zorg*, Algemene Rekenkamer, 2013.
- 10 *Bewijzen van goede dienstverlening*, Erik Schrijvers, Huub Dijkstra (WRR), Amsterdam University Press, 2004.

Colofon

Dit is een uitgave van
Zorginstituut Nederland

info@zinl.nl
www.zorginstituutnederland.nl

Fotografie
Isabel Nabuurs (HH, omslag)
Eva van Rijnberk

Tekst
Louise Gunning

Eindredactie
Annette van der Elst

Druk
De Bondt grafimedia communicatie



Prof. dr. Louise Gunning sprak de eerste Zorginstituut Nederland Lezing uit op de startbijeenkomst van Zorginstituut Nederland op 2 april 2014. Louise Gunning waarschuwt in haar rede voor de neiging om met grote ingrepen de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren en de kosten ervan te beheersen. Ze benadrukt daarentegen het belang van aandacht voor kleine dingen. Ze staft haar opvatting met aansprekende en verrassende voorbeelden uit de praktijk van de zorg.

Aandacht voor klein grut, zoals zelf zegt, is ook van groot belang voor het behoud van de onderlinge solidariteit, die ze vergelijkt met de principes van de meent, het gemeenschappelijke weiland zoals je die vroeger in dorpen aantrof: een koe meer of minder en het systeem is kapot.

Zorginstituut Nederland adviseert het ministerie van VWS over de inhoud en de omvang van het wettelijk verzekerde zorgpakket (het basispakket). Ook verduidelijkt het instituut welke zorg wel of niet tot dit basispakket behoort. Verder richt het zich, samen met de betrokken beroepsgroepen en met patiënten, op de verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland en zorgt het ervoor dat iedereen toegang heeft tot betrouwbare informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg. Tot slot ziet Zorginstituut Nederland erop toe dat burgers in Nederland verzekerd zijn en blijven voor het basispakket.