

Onnodige zorg: baat het niet, dan schaadt **het** **ouderen vaak wel**

Er wordt door wetenschap, beleid en politiek veel gesproken over het terugdringen van onnodige zorg. Het is echter nog niet zo gemakkelijk om onnodige zorg helder te definiëren, laat staan om de omvang ervan betrouwbaar aan te geven in Nederland. Vanuit internationaal perspectief geef ik begripsomschrijvingen en bespreek vervolgens concrete manieren, zoals via het aantal geneesmiddelen en het aantal dokters dat wordt ingezet in de zorg, om onnodige zorg te kunnen aanwijzen en vervolgens te kunnen aanpakken.

Door: M. Olde Rikkert

Onderzoekers op het gebied van de kwaliteit van zorg hebben al lange tijd gewezen op de grote variatie in zowel de kwaliteit als de doelmatigheid van zorg bij vergelijking van verschillende populaties. Dat geldt zowel nationaal als internationaal. Er is al een aantal atlassen gemaakt over deze variatie in zorg, namelijk in Duitsland (Bertelsmann stiftung: You Tube: Faktencheck Gesundheit), Engeland (www.rightcare.nhs.uk/index.php/nhs-atlas), de Verenigde Staten (i.c. Dartmouth Atlas, www.DartmouthAtlas.org). Het wordt uit dit onderzoek naar variatie in zorg duidelijk dat er verschillende oorzaken zijn.

In het algemeen worden hierbij drie categorieën onderscheiden: variatie in de zorg door verschil in toegankelijkheid tot bewezen effectieve therapie; variatie in zorg door verschil in patiëntvoorkeuren en variatie in zorg door verschillen in het aanbod en het daadwerkelijk verstrekken van zorg tussen zorgaanbieders. Voor zover bekend is de laatstgenoemde, aan aanbod gekoppelde variatie, op de meeste terreinen van zorg verreweg de grootste en zorgt bijvoorbeeld in de VS gemiddeld voor meer dan 50% van de variatie in zorg (Wennberg, 2009). De verschillen in toepassing van bewezen effectieve zorg zijn op de meeste zorgdomeinen gering. Met andere woorden, de meeste variatie in de gerealiseerde zorg wordt internationaal gezien niet door de vraagzijde, maar

door de aanbodzijde bepaald. Hoe de verhouding tussen de verschillende variatiebronnen in Nederland ligt, is maar zeer beperkt uitgezocht. Het is vervolgens niet eenvoudig, met name door grote verschillen in leeftijd, sociaal economische status, ras en ziektelast tussen populaties en verschillen in de gezondheidszorgsystemen, om aan te wijzen waar sprake is van ondergebruik, verkeerd gebruik en waar van te veel gebruik van gezondheidszorg (Keyhani en Siu, 2009). Ondergebruik wordt gedefinieerd als het niet verstrekken van zorg waar deze wel noodzakelijk is (bijvoorbeeld niet geven van aspirine na een hartinfarct). Verkeerd gebruik bestaat uit het verstrekken van niet-effectieve therapie (bijvoorbeeld een te lage dosering aspirine voorschrijven). Overconsumptie verwijst naar het verstrekken van zorg zonder toegevoegde waarde (bijvoorbeeld een MRI-scan van het brein bij cognitieve klachten, zonder aange-toonde cognitieve beperkingen) én naar zorgverstrekking waarbij de risico's groter zijn dan de winst (bijvoorbeeld carotidesobstructie bij asymptomatische patiënten).

In dit artikel zal ik proberen voor de zorg die wordt besteed aan ouderen in hoofdlijnen te beschrijven wat bekend is over de omvang van en variatie in de onvoldoende verstrekte en de onnodige zorg. Van de onnodige zorg zal ik proberen aan te geven wat verschillende oorzaken en gevolgen zijn en langs welke wegen deze mogelijk te veranderen is. Hierbij heb ik vooral gekeken naar internationaal onderzoek, vanwege de beperkte beschikbaarheid van nationale gegevens.

Ondergebruik

Wanneer een voor ouderen bewezen effectieve therapie onvoldoende beschikbaar is voor deze populatie, is sprake van onterecht ondergebruik van zorg. De PREDICT-studie toonde aan dat juist ouderen vaak worden uitgesloten van wetenschappelijk geneesmiddelenonderzoek, zodat er op grote gebieden, met name



Marcel Olde Rikkert



oncologisch en cardiovasculair, maar ook bij depressieonderzoek en zelfs bij Alzheimerstudies, nog steeds een grote achterstand is in het realiseren van bewijs van effectiviteit op hoge(re) leeftijd (Watts, 2012). Dit geldt over de hele linie van zorginterventies het meest voor ouderen met meerdere ziekten, voor ouderen met cognitieve stoornissen en voor de zogenaamde kwetsbare ouderen. Deze drie groepen overlappen, maar zijn niet identiek. In de meeste interventiestudies worden deze groepen helaas nog steeds uitgesloten. Bijvoorbeeld voor hoge bloeddruk is bekend dat behandeling bij vitale ouderen tot op zeer hoge leeftijd, zelfs voor ouderen boven de 80 jaar, effectief is (Bulpitt, 2012). De variatie in het gebruik van hogebloeddrukmedicatie onder ouderen berust voor een deel op ondergebruik. Voor de grote groep ouderen met naast deze hoge bloeddruk nog een aantal andere diagnoses en de ouderen met relevante functionele beperkingen is, naar de stand van de wetenschap, echter nog steeds niet duidelijk of en hoe deze moeten worden behandeld. Variatie in het gebruik van hogebloeddrukmiddelen en veel andere geneesmiddelen is voor de groep ouderen met meervoudige ziektelast, zonder aanvullende (onderzoeks)gegevens over de resultaten van de zorg, nog niet goed in te delen in ondergebruik en onnodige zorg.

Te veel diagnostiek

Uit meerdere grootschalig onderzoeken naar verschillen tussen regio's waar meer en minder intensieve geneeskundige zorg wordt geleverd, is duidelijk geworden dat diezelfde regio's op dezelfde manier verschillen in de intensiteit van de diagnostiek. Het sterkste bewijs dat de intensiteit van diagnostiek niet van patiëntfactoren afhankelijk is, komt uit onderzoek waaruit bleek dat oudere patiënten die van de ene naar de andere regio verhuisden, de bij de nieuwe regio passende intensiteit aan diagnostiek gingen vertonen (Song et al., 2010). Dat gold zowel voor laboratoriumdiagnostiek als voor beeldvormende studies. Gevolg was dat vervolgens ook het aantal diagnoses steeg met 50 tot 60 procent bij verhuizing naar een intensieve zorgregio. Het belangrijkste gegeven in de studie was dat de overleving, ondanks de toename van de diagnostiek, na drie jaar niet was verbeterd, maar dat risicoscores voor het optreden van negatieve zorguitkomsten wel toenamen in de intensief met diagnostiek begeleide groepen (Song, 2010). Kortom de variatie in diagnostiek is ook in hoge mate aanbod afhankelijk en kent veel onnodige zorg die niet bijdraagt aan een grotere overleving, maar die wel een risicotename oplevert. Daar dit onderzoek op Medicare-gegevens is uitgevoerd zegt het vooral iets over diagnostiek bij ouderen in de VS.

Te veel medicatie

Uit zeer veel onderzoek is gebleken dat polyfarmacie, die overigens steeds wisselend wordt gedefinieerd, vaak schade oplevert onder ouderen. In de Nederlandse Harmstudie moest rond de 5,6 procent van de acute ziekenhuisopnames onder ouderen worden toegeschreven aan medicatiegebruik, waarbij bijna de helft van deze opnames bij analyse vermijdbaar bleek (Leendertse, 2008). Deze cijfers zijn vervolgens nog een aantal keren in ander onderzoek bevestigd. Evenzo is bij het optreden van geriatrie syndromen zoals vallen en delier herhaaldelijk aangetoond dat te veel medicatie een belangrijke risicofactor is bij deze zeer vaak optredende toestandsbeelden, met ernstige gevolgen, zowel wat betreft sterfte, ziektelast, functionieverlies, als afgenomen kwaliteit van leven. Te veel medicatie schaadt vaak en is daarmee dus een belangrijke vorm van onnodige zorg.

Te veel niet-medicamenteuze interventies

Het inmiddels klassieke voorbeeld van de patiënt van 79 jaar met 5 diagnoses (hoge bloeddruk, diabetes, osteoporose, artrose en COPD), die volgens de geldende richtlijnen 26 interventies zou moeten krijgen, toont aan dat bij het stapelen van richtlijnen bij patiënten met multimorbiditeit vrijwel altijd niet optimaal effectieve en dus onnodige zorg wordt geleverd. Dat geldt bij de voorbeeldpatiënt zowel voor de 12 geneesmiddelen, als voor de 14 niet-medicamenteuze interventies (Boyd, 2005). De gedragsinterventies voor COPD, diabetes en hoge bloeddruk spoorde bijvoorbeeld niet met elkaar. Bovendien zou de voorbeeldpatiënt meer dan een dagtaak hebben aan het opvolgen van alle interventies en was het fysiek vaak niet mogelijk om alles op de voorgestelde tijdstippen uit te voeren. Kortom, de richtlijnen stellen te veel interventies voor en houden er volstrekt onvoldoende rekening mee dat deze richtlijnen vaak gecombineerd moeten worden gehanteerd, met name bij ouderen. Onderzoek naar het effect van het optreden van meerdere chronische ziekten op het voldoen aan de indicatoren per richtlijn, toonde aan dat bij multimorbiditeit per aandoening even goed werd voldaan aan de richtlijn zorg (Higahsi, 2007). Met andere woorden: er wordt massaal 'gestapeld'. In tegenstelling tot de auteurs, die dit als een teken van hoge kwaliteit van zorg zagen, is het, Boyd indachtig, zeer waarschijnlijk dat hier op grote schaal te veel en dus onnodige zorg wordt verstrekt.

Te veel verplaatsingen

Kwetsbare ouderen, ouderen met complexe interacties tussen medicatie en aandoeningen,

ouderen met cognitieve stoornissen, zeker wanneer ze ook gedragsstoornissen hebben en 'last but not least' ouderen met functiebeperkingen, bij wie het sociale steunsysteem wankelt of al is geëxplodeerd, lijken in de zorg dikwijls op onbestelbare postpakketjes. Iedereen verandert, hopelijk naar beste weten, de adressering. Men ziet dat er 'breekbaar' op staat, maar wil zich er niet aan branden. Dat levert in de zorg veel onnodige verplaatsingen op, fragmentatie van zorginterventies, discontinuïteit tussen zorgverleners en het ontbreken van een regiefunctie. Het lijkt geen twijfel dat de kwaliteit van de zorg hierdoor snel slechter wordt en dat veiligheid en welzijn in het gedrang komen. Veel professionals herkennen dit probleem, zien dat het met toenemende economische druk op zorg toeneemt, maar het is veel moeilijker de omvang te kwantificeren. Wederom zijn er uit de Nederlandse situatie, voor zover mij bekend, geen cijfers te noemen. Callahan en anderen lieten echter zeer overtuigend zien dat dit probleem voor patiënten met dementie in de VS zeer omvangrijk is (Callahan et al., 2012). In geval van een dementiediagnose hadden Medicare-verzekerden ouder dan 65 jaar in een periode van gemiddeld 5 jaar meer dan 11 verplaatsingen tussen verpleeghuis, ziekenhuis en thuissituatie, tegen 1,4 onder de groep zonder dementiediagnose. In het geval van zorg aan het einde van het leven bleek bij dementiepatiënten eveneens zo'n 20 procent meer ondoelmatige verplaatsingen op te treden (Gazalo et al., 2012).

Te veel dokters

De dichtheid van dokters per regio houdt geen gelijke tred met de vraag. Meermaals is aangetoond dat de dichtheid van dokters ook geen eenduidig verband kent met de kwaliteit van zorg (Goodman, 2001). Voor iedere discipline apart en voor elke patiëntengroep moet die relatie opnieuw worden bestudeerd. In Nederland, het wordt eentonig, is hier in de ouderenzorg geen onderzoek naar gedaan. Goodman toonde met de Medicare-gegevens echter aan dat vaak sprake is van een U-vormig verband tussen de dichtheid van dokters en de kwaliteit van zorg voor chronische ziekten (Goodman, 2001; 2008). Onder een bepaald minimum aan artsen per 1000 inwoners neemt de kwaliteit van zorg af. Maar er is een verzadigingseffect en er zijn zelfs gebieden waar het grotere aantal artsen een onafhankelijke risicofactor is voor afname van de kwaliteit van zorg (Goodman, 2001; Wennberg, 2009). Hoewel artsen worden opgeleid om goede dingen te doen, is het hebben van te veel artsen wel degelijk ondoelmatig en soms zelfs schadelijk.

Veranderen

Het is uit bovenstaande aannemelijk dat er bij ouderen door een aantal complicerende factoren in hun ziektepresentatie en hulpvraag veel kans is op het verstrekken van onnodige zorg. Hoe vaak dat in Nederland het geval is, weten we helaas niet. De Raad voor Volksgezondheid en Zorg zal er binnenkort in haar rapportage over 'Goede zorg' uitvoerig op ingaan, maar heeft ook moeten constateren dat er allereerst meer onderzoek nodig is om het voorkomen van onnodige zorg onder ouderen te kunnen beschrijven. Verder hebben we instrumentarium nodig om onnodige zorg in de varianten van ondoelmatige en schadelijke zorg tijdig te kunnen opsporen en te kunnen volgen. De klassieke kwaliteitsindicatoren, opgesteld per individueel gezondheidsprobleem, volstaan hiervoor in ieder geval niet.

Nieuwe kwaliteitsindicatoren specifiek voor dit doel ontwikkeld, bijvoorbeeld gericht op continuïteit van zorg, kunnen helpen. Het aantal heropnames binnen vier weken, het aantal spoedopnames op vrijdagmiddag en in het weekend en het aantal verschillende artsen dat betrokken is in de laatste levensfase, zijn alle drie voorbeelden van in dit kader al gebruikte indicatoren. Waarschijnlijk hebben we echter meer aan snellere dashboardsystemen, die de geleverde zorg in verschillende regio's op inzet van mensen en middelen en uitkomsten, gecorrigeerd voor een aantal patiëntfactoren, continu kunnen volgen. De inzet van de hiervoor noodzakelijke investeringen kan snel en ruim worden terugverdiend, wanneer we rekening houden met de omvang van het budget voor behandeling (Zvw) en zorg (AWBZ) voor ouderen.

Voorts zijn er verandertrajecten nodig om onnodige zorgpraktijken te verbeteren. Dit vraagt verandermanagement, zoals dat bijvoorbeeld in de transitie-experimenten van het Nationaal Programma Zorg voor Kwetsbare Ouderen (NPO, zie www.nationaalprogrammaouderen-zorg.nl) wordt uitgeprobeerd en onderzocht. De resultaten van deze experimenten zullen vanaf 2013 bekend worden. Buitenlandse voorbeelden tonen in ieder geval aan dat het veranderen van de organisatie van zorg, met name in de richting van meer continue en integrale eerstelijnszorg, de hoeveelheid onnodige zorg in allerlei vormen kan verminderen (Callahan, 2006). Ook het aanpassen van de beloningsprikkel in het zorgsysteem is een belangrijke schakel om onnodige zorg door inefficiënte of zelfs perverse prikkels te verminderen.

Onnodige zorg baat niet, maar schaadt ouderen vanwege hun kwetsbaarheid snel. Indirect worden ouderen ook geschaad, omdat de ondoel-

matig ingezette middelen niet voor hun echte noden, bijvoorbeeld voor preventie van functionele achteruitgang en wetenschappelijk onderzoek, kunnen worden ingezet. De houdbaarheid van onze gezondheidszorg is in hoge mate afhankelijk van een energieke en verstandige aanpak van dit probleem. De geriatrie heeft reeds wegen aangewezen waarlangs dit kan gebeuren en is de, vanuit de interesse in en ervaring met zorgorganisatie-experimenten, gidsdiscipline bij uitstek ook voor veranderingen in andere disciplines (Jeng, 2012).

Literatuur

- Boyd, C.M., Darer, J., Boulton, C., Fried, L.P., Boulton, L. en A.W. Wu, Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance, *JAMA*, 294, 2005, 716-724.
- Bulpitt, C.J., Beckett, N.S., Peters, R., Leonetti, G., Gergova, V., Fagard, R., Burch, L.A., Banya, W. en A.E. Fletcher, Blood pressure control in the Hypertension in the Very Elderly Trial (HYVET), *Journal of Human Hypertension*, 26, 2012, 157-163.
- Callahan, M.C., Arling, G., Tu, W. et al., Transitions in care for older adults with and without dementia, *Journal of the American Geriatrics Society*, 60, 2012, 813-820.
- Callahan, C., Boustani, M., Unverzagt, F. et al., Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care. A Randomized controlled trial, *JAMA*, 295, 2006, 2148-2157.
- Chang, C.H., Stukel, T.A., Flood, A.B. en D.C. Goodman, Primary care physician workforce and Medicare beneficiaries' health outcomes, *JAMA*, 305, 2011, 2096-2104. Erratum in: *JAMA*, 306, 2011, 162.
- Gozalo, P., Teno, J.M., Mitchell, S.L., Skinner, J., Bynum, J., Tyler, D. en V. Mor, End-of-life transitions among nursing home residents with cognitive issues, *The New England Journal of Medicine*, 365, 2011, 1212-1221.
- Goodman, D.C. en K. Grumbach, Does having more physicians lead to better health system performance? *JAMA*, 299, 2008, 335-337.
- Jeng, G. en M.E. Tinetti, Designing Health Care for the Most Common Chronic Condition – Multimorbidity, *JAMA*, 307, 2012, 2157-2158.
- Higashi, T., Wenger, N.S., Adams, J.L., Fung, C., Roland, M., McGlynn, E.A., Reeves, D., Asch, S.M., Kerr, E.A. en P.G. Shekelle, Relationship between number of medical conditions and quality of care, *The New England Journal of Medicine*, 356, 2007, 2496-2504.
- Keyhani, S. en A.L. Siu, The underuse of overuse research, *Health Services Research*, 43, 2009, 1924-1928.
- Leendertse, A.J., Egberts, A.C., Stoker, L.J. en P.M. van den Bemt, HARM Study Group. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands, *Archives of Internal Medicine*, 168, 2008, 1890-1896.
- Song, Y., Skinner, J., Bynum, J., Sutherland, J. en J. Wennberg, Regional variations in diagnostic practices, *The New England Journal of Medicine*, 363, 2010, 45-53.
- Watts, G., Why the exclusion of older people from clinical trials must stop, *BMJ*, 344, 2012, e3445.
- Wennberg, D., *Tracking the care of patients with severe chronic illness. The Dartmouth Atlas of Healthcare 2008*, Dartmouth Medical School. Lebanon, New Hampshire, 2009.

Informatie over de auteur

Prof.dr. Marcel Olde Rikkert is hoogleraar Geriatrie en tevens Klinisch geriater bij de Afdeling Geriatrie van het UMC St Radboud.