



Zorginstituut Nederland



ZonMw



Federatie
Medisch
Specialisten



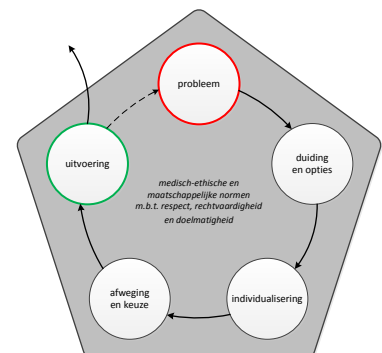
NFU
NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

Rapport 'Begrippenkader Gepaste Zorg en Praktijkvariatie'

in opdracht van

ZINL, ZonMw, FMS en NFU

April 2015



Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
Gepaste zorg.....	4
Historie	4
Geneeskunde: van 'expert opinion' naar expliciete, kwantitatieve onderbouwing.....	4
Gepaste zorg - omschrijvingen	4
Gepaste zorg - internationaal.....	6
Gepaste zorg - historische criteria.....	7
Twee Invitational Conferences over het begrippenkader.....	9
Begrippenkader - beoogd gebruik.....	10
Gepaste zorg - definitie	10
Gepaste zorg - toelichting op definitie	11
Gepaste Zorg - handreikingen voor de praktijk.....	14
Praktijkvariatie	15
Historie	15
Praktijkvariatie - definitie	17
Praktijkvariatie - toelichting op definitie.....	17
Praktijkvariatie, van kwantificering naar verbetering.....	18
Implementatie.....	19
Appendix 1: Korte samenvatting 1e Invitational Conference	21
Overwegingen uit sessie 1 (de 'treasure hunt')	21
Overwegingen uit sessies 2 en 3 (groepsdiscussies en werktabellen).....	21
Conclusies sessie 4 - plenaire terugkoppeling.....	22
Appendix 2: Korte samenvatting 2e Invitational Conference	24
Belangrijkste discussiepunten	24
Literatuur en overige bronnen	28

Verantwoording:

Dit rapport is tot stand gekomen in het kader van een opdracht van, en gefinancierd door, ZINL, ZONMW, Federatie Medisch Specialisten en NFU aan het LUMC, onder leiding van een kerngroep bestaande uit prof. dr. Job Kievit (LUMC) (vz), drs. Anemone Bögels (Levenmetkanker), prof. dr. Johan Polder (RIVM) en prof. dr. Cordula Wagner (NIVEL), en ondersteund door onderzoeksbureau Pallas, Health research and consultancy (dr. Marije Vonk Noordegraaf en drs. Caroline van de Ende)

Leiden, 15 april 2015

Samenvatting

In dit rapport wordt, na inleiding en toelichting, een voorstel gedaan voor een tweetal definities in samenhang voor 'gepaste zorg' en 'praktijkvariatie'. Die definities zijn gebaseerd op een inventarisatie van literatuur en historie, op twee 'invitational conferences', op uitgebreide evaluatie van dit alles binnen de kerngroep, en op toetsing van eerdere concepten aan de mening van alle bij dit proces betrokken partijen. De focus heeft daarbij gelegen op verbetering van de gepastheid van zorg van binnenuit, vanuit het zorgproces tussen patiënt en hulpverlener zelf, en niet primair op een extern toetsings- of afrekenkader.

De uit dit alles voortgekomen conceptdefinities luiden:

Gepaste zorg

is zorg die - vanzelfsprekend zowel als aantoonbaar - wordt verleend in overeenstemming met medisch-ethische en maatschappelijke normen aangaande respect, rechtvaardigheid en doelmatigheid, en die daarenboven ...

1. ... zijn aanleiding vindt in een gezondheidsprobleem, dat door aard en ernst leidt tot een reële zorgbehoefte
2. ... voortvloeit uit een (waarschijnlijkheids-)diagnose of medische verklaring en de daaruit daarbij behorende keuze-opties, onderbouwd door richtlijnen, c.q. door wetenschappelijke en/of op de praktijk gebaseerde kennis over veiligheid en doeltreffendheid
3. ... kritisch en patiënt-specifiek is gewogen ten aanzien van tenminste:
 - ziektelast
 - doel(en) en verwachtingen qua gezondheidswinst, en
 - nadelen en risico'sen die voor en door de individuele patiënt dan redelijkerwijs is aangewezen
4. ... is gekozen op een wijze die recht doet aan probleem en context, en aan voorkeuren, aarzelingen en angsten van de patiënt
5. ... wordt uitgevoerd conform landelijke kwaliteitsstandaarden.

Praktijkvariatie

... is de mate waarin zorgaanbieders verschillen in de frequentie waarmee en/of wijze waarop zorg wordt geboden aan patiënten met vergelijkbare gezondheidsproblemen.

Praktijkvariatie kan acceptabel en zelfs gewenst zijn, indien zij wordt veroorzaakt

- ...door aantoonbare verschillen tussen patiënten(populaties) en hun voorkeuren, die aanpassing vereisen vanuit het oogpunt van gepaste zorg en/of
- ...door ruimte in interpretatie en toepassing van wetenschap en richtlijnen, door taakverdeling, concentratie en selectieve zorginkoop, en door overige verschillen tussen zorgaanbieders, die op basis van landelijke kwaliteitsstandaarden rechtvaardigen dat die zorg juist wel of juist niet wordt geleverd door de betreffende aanbieder.

Praktijkvariatie is onverklaard c.q. ongewenst - en verdient dus analyse en zo nodig correctie - in alle andere gevallen.

Gepaste zorg

Historie

Het begrip 'gepaste zorg' is niet nieuw.^a Het komt voort uit een ontwikkeling die zich uitstrekt over een halve eeuw, waarin medische keuzes en handelingen steeds meer geëxpliciteerd en gekwantificeerd werden.

Geneeskunde: van 'expert opinion' naar expliciete, kwantitatieve onderbouwing

In de zeventiger en tachtiger jaren van de vorige eeuw ontstond in binnen- en buitenland in toenemende mate onvrede met het min of meer arbitraire karakter van medische zorgverlening. Twijfels over de dokter als expert en over (on)begrensde van professionele autonomie leidden tot een ontwikkeling waarbij medische keuzes en uitvoering van een steeds sterkere wetenschappelijke basis werden voorzien. Concrete voorbeelden van deze ontwikkeling zijn de medische beslismedische en technology assessment, en de door pionier Archie Cochrane geleide 'evidence based medicine', die werd belichaamd in de Cochrane Collaboration.¹

Om de zorg beter wetenschappelijk te onderbouwen, werden in ons land grote onderzoeksprogramma's gefinancierd door de Ziekenfondsraad - de voorloper van het College voor Zorgverzekeringen (nu Zorginstituut Nederland) - en later door het ZonMw-onderzoeksprogramma Doelmatigheid. Resultaten van effectiviteits- en kosteneffectiviteitsonderzoek waren medebepalend voor beleidskeuzes aangaande de beschikbaarstelling van screening (bijvoorbeeld op borstkanker), en van nieuwe chirurgische behandelingen (zoals lever-, hart- en longtransplantatie) en medicamenteuze behandelingen (zoals cholesterolverlaging).

Gepaste zorg - omschrijvingen

De expliciete, kwantitatieve benadering, waarbij medische wenselijkheid aan maatschappelijke haalbaarheid werd verbonden, werd in 1991 geformaliseerd door de Commissie Keuzen in de Zorg (de Commissie Dunning) in haar rapport 'Kiezen en delen'.² Doeltreffendheid en doelmatigheid van medisch handelen werd verbonden aan de concepten 'gepaste zorg' en 'gepast gebruik van zorg'. De bekende 'Trechter van Dunning' beoogde zorg te toetsen aan de hand van een viertal zeven, waarmee werd nagegaan of de zorg 1) noodzakelijk, 2) werkzaam, en 3) doelmatig was, en of die zorg 4) niet voor eigen rekening en verantwoording kon komen.

De vraag of kostenoverwegingen mee mogen of moeten spelen in de beoordeling van de gepastheid van zorg, bleef echter onderwerp van discussie. Zo is in het kabinetsstandpunt 'Gepast Gebruik' uit 1992 te lezen³:

"Waar het om gaat is het met kracht en op een breed front in gang zetten van ontwikkelingen die ertoe leiden dat het zorgstelsel zo wordt ingericht dat doelmatig handelen als het ware wordt uitgelokt en onnodig en ondoelmatig gebruik wordt ontmoedigd. De

^a In het begrippenkader-traject zijn wij uitgegaan van de term 'gepaste zorg'.

Die term sluit goed aan bij eerdere terminologie. Daarnaast hebben twee invitational conferences geleid tot de onvermijdelijke conclusie dat het onderscheid tussen 'gepast' en 'passend', en tussen 'zorg' en 'gebruik van zorg' zodanig subtiel is, dat pogingen om daaraan onderscheidende betekenissen toe te kennen eerder tot verwarring zullen leiden, dan tot verheldering.

hoofdpijnen, waarlangs deze doelstelling naar inzicht van het Kabinet dient te worden bereikt, zijn:

- *verdergaande modernisering van het zorgstelsel;*
- *bevorderen van de kwaliteit en doelmatigheid in het zorgaanbod;*
- *bevorderen doelmatig gedrag consument;*
- *tot stand brengen van een weloverwogen pakket van collectieve aanspraken"*

In 1993 verscheen de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) die bepaalde dat de hulpverlener 'verantwoorde zorg' dient aan te bieden.⁴ Wat verantwoorde zorg is werd pas later, in 1996, wettelijk bepaald in artikel 2 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen⁵:

"Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt."

In afwijking van het kabinetsstandpunt uit 1992 nam de Gezondheidsraad, bij monde van haar algemeen secretaris Henk Rigter, in een NTvG-artikel in 1994 nadrukkelijk afstand van het kosten-criterium⁶:

"... de beslissing om een vorm van zorg toe te passen bij een doorsnee patiënt met specifieke klinische kenmerken is gepast als de betrokken zorg, naar verwachting, direct (bijvoorbeeld bij een therapie) of indirect (bij diagnostiek) een netto gezondheidswinst oplevert ten opzichte van andere eventueel in aanmerking komende vormen van zorg, inclusief niets-doen."

en verderop:

"Gepast' - in verband met 'indicatiestelling' - is een begrip met een medisch-professionele inhoud. De problemen die zich bij het operationaliseren ervan voordoen, zijn groot en alleen daarom al moet het begrip 'gepast' niet worden verzwamd en bezwaard door er allerlei aanvullende overwegingen en verwachtingen aan vast te knopen. Zo horen kosten in dit concept geen rol te spelen."

De zorgkostenstijging van de laatste decennia en de noodzaak die te beheersen, brengen het begrip doelmatigheid weer nadrukkelijker in beeld, onder meer in het in 2004 verschenen Rapport 'Gepaste Zorg' van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg⁷, waarin gepaste zorg wordt omschreven als 'patiëntgerichte zorg die noodzakelijk, effectief en doelmatig is'. In de RvZ-achtergrondstudie 'Instrumenten voor gepast zorggebruik' uit 2013 wordt die lijn voortgezet, maar wordt tegelijkertijd onderkend dat ieder van die attributen niet eenduidig gedefinieerd is.⁸ Inmiddels had de SER, in haar rapport 'Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg' van 2012, haar zorg geuit over de kostenstijging, en over de verwachte continuering ervan. Het besef van de noodzaak tot kostenbeheersing leidde in 2013 tot zorgakkoorden, waarin de ruimte voor verdere kostenstijging op macroniveau nadrukkelijk wordt begrensd, overigens zonder kaders en spelregels voor de vertaling

naar de meso- en microniveaus van de zorg.^b

Paradoxaal genoeg lijken beleidsmakers op dat gebied terughoudender dan in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw, toen kosteneffectiviteit een geaccepteerd criterium was voor toelating tot het basispakket. In tegenstelling tot die aarzeling op beleidsniveau, suggereert een recente NTvG publicatie dat er onder zorgverleners, patiënten en burgers juist steeds meer draagvlak ontstaat voor het feit dat er grenzen zijn aan het beslag dat de zorg mag leggen op de collectieve middelen.⁹ In lijn daarmee doet een recent KWF-rapport 'Toegankelijkheid van dure kankergeneesmiddelen nu en in de toekomst' de volgende oproep:

De SCK meent dat het onontkoombaar is dat Nederland een (flexibele) grens bepaalt voor kosten van een behandeling gerelateerd aan gezondheidswinst. Ze adviseert de minister daarom een commissie in te stellen die binnen een half jaar een voorstel doet over het maximale bedrag van een behandeling.

In het meest recente wetsvoorstel op dit gebied, de 'Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg' die ten tijde van dit schrijven voorligt bij de Eerste Kamer, is doelmatigheid overigens wel een onderdeel van de omschrijving van 'goede zorg' (artikel 2):

1. De zorgaanbieder biedt goede zorg aan.
2. Onder goede zorg wordt verstaan zorg van goede kwaliteit en van goed niveau:
 - a. die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt,
 - b. waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard, waaronder de overeenkomstig artikel 66b van de Zorgverzekeringswet in het openbaar register opgenomen voor hen geldende professionele standaard, en
 - c. waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.

Duidelijk is dat het spanningsveld tussen (primair stelselgerichte) kostenverlaging en (primair patiëntgerichte) zorgverbetering nog niets aan actualiteit heeft verloren.

Gepaste zorg - internationaal

Ook internationaal is de vraag wat gepaste zorg is al lang een onderwerp van aandacht. Een pionierend artikel op dit gebied is van Robert Brook, die in 1986 in samenwerking met de RAND-Corporation een op de Delphi-methode gebaseerde procedure ontwierp om de gepastheid van de inzet van medische technologie te bepalen.¹⁰¹¹ In 2001 publiceerde de Rand Corporation een handleiding, waarin Brook's methodiek verder werd uitgewerkt, met als doel een breder gebruik.¹² Inmiddels had deze methodiek ook in Nederland navolging gevonden, onder andere op het gebied van de behandeling van benigne prostaathypertrofie.¹³ Ook in de RAND-methodiek worden financiële overwegingen buiten beschouwing gelaten. Het RAND-rapport gaat zowel in op criteria voor overmatige inzet van medische zorg, als voor onderbenutting. In verband met dat laatste wordt ook het begrip 'noodzakelijke zorg' geïntroduceerd, in de zin van gepaste zorg die naar alle

^b Het macroniveau betreft het gezondheidszorgstelsel; het mesoniveau betreft organisaties/zorginstellingen, en specifieke groepen van patiënten (bijvoorbeeld naar diagnose of behandeling); het microniveau betreft 'de spreekkamer', de interactie tussen hulpverlener en de individuele patient

waarschijnlijkheid een zo groot gezondheidsvoordeel oplevert, dat het niet aanbieden ervan als ongepast - misschien wel onethisch - kan worden bestempeld. Het begrip 'noodzakelijk' heeft in deze RAND-systematiek dus een andere betekenis dan in de Trechter van Dunning, of in de pakketcriteria van Zorginstituut Nederland, waar het primair slaat op de 'ziektelast', de ernst van het gezondheidsprobleem.

Naast de conceptuele consensus van de RAND Corporation zijn er internationaal ook twee grootschalige studies verricht (McGlynn, NEJM 2003¹⁴ en Runciman, MJA 2012¹⁵). Daarin werd bij een groot aantal patiënten nagegaan in welk deel van de gevallen er sprake was van 'recommended care' dan wel 'appropriate care': respectievelijk 55% in een Amerikaanse studie uit 2003, en 57% in een recente Australische studie. Beide studies definieerden gepaste zorg heel pragmatisch als 'zorg in overeenstemming met richtlijnen', en toonden aan dat in ongeveer 45% van de patiënten van de richtlijn werd afgeweken.

Het is echter maar de vraag of 'afwijken van de richtlijn' wel gelijk staat aan 'niet-gepaste zorg'. Niet duidelijk is immers of:

- de onderzochte (Amerikaanse en Australische) richtlijnen wel uitgaan van een universeel onderliggend gepastheids-paradigma, en/of
- per aandoening en richtlijn wordt uitgegaan van een relatief simplistisch 'one size fits all', dan wel voldoende ruimte wordt geboden voor beleidsaanpassing op goede gronden (bijvoorbeeld op basis van lage of juist hoge ziektebelasting, comorbiditeit, en/of op basis van patiëntpreferenties).

Het is waarschijnlijk dat in tenminste een deel van die 45% terecht is afgeweken van het generieke richtlijn-advies, omdat patiënt-karakteristieken of -voorkeuren dat rechtvaardigden. In dat verband is het opvallend dat zowel wordt betoogd dat 'dokters strenger moeten worden afgerekend op het volgen van richtlijnen, zo nodig financieel', als dat 'dokters meer rekening moeten houden met wensen, voorkeuren en angsten van de individuele patiënt'. Hoewel beide oproepen juist kunnen zijn, wordt gemakkelijk voorbijgegaan aan het feit dat die beide pleidooien ook heel goed tegenstrijdig kunnen zijn.

Het gelijkstellen van 'gepaste zorg' aan 'zorg conform het richtlijnadvies', kan ten koste gaan van het belang van het individu. Dat betekent dat een helder concept over gepaste zorg, dat zowel recht doet aan wetenschappelijke evidence als aan verschillen tussen individuen, de basis moet vormen voor richtlijnen, en niet andersom.

Gepaste zorg - historische criteria

Het bovenstaande maakt meer dan duidelijk dat een eenduidig begrippenkader voor 'gepaste zorg' gewenst is, en dat een dergelijk begrippenkader idealiter zowel nauw dient aan te sluiten bij de klinische praktijk, als bij beleidskeuzes in de zorg. Daarnaast is het wenselijk dat een dergelijk begrippenkader recht doet aan historische overwegingen die van grote invloed zijn geweest op wat wij verstaan onder goede zorg in Nederland, en die zijn geconcretiseerd in criteria die in diverse bronnen worden genoemd.

Die criteria hebben niet alleen betrekking op 'het juiste doen' maar ook nogal eens op 'dat juiste goed doen'. Anders gezegd, gepaste zorg gaat niet alleen over de 'Wat?'-vraag, maar ook over de 'Hoe?'-vraag. Immers, een goede keuze die slecht wordt uitgevoerd kan leiden tot lagere effectiviteit, hogere risico's en hogere kosten, en is dus evenzeer ongewenst als een foute keuze, gevolgd door een correcte uitvoering. Samenvattend zijn in min of meer chronologische volgorde de volgende criteria genoemd in relatie tot gepaste zorg (zie ook hierboven):

- Brook 1986
 1. verwachte netto gezondheidswinst
- Trechter van Dunning (NTvG 1991)
 2. noodzakelijk
 3. werkzaam
 4. doelmatig
 5. kan niet voor eigen rekening en verantwoording
- Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (1993)
 6. verantwoorde zorg
- Commentaar Gezondheidsraad (NTvG 1994)
 7. verwachte netto gezondheidswinst
- Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996)
 8. van goed niveau
 9. doeltreffend
 10. doelmatig
 11. patiëntgericht
 12. afgestemd op de reële behoefte van de patiënt
- Raad voor Volksgezondheid en Zorg - Advies 'Gepaste Zorg' (2004):
 13. patiëntgericht
 14. noodzakelijk
 15. effectief
 16. doelmatig
- College voor Zorgverzekeringen - Pakketbeheer in de praktijk (2006):
 17. noodzakelijk
 18. effectief
 19. kosteneffectief
 20. uitvoerbaar
- Diverse publicaties (waaronder McGlynn, NEJM 2003 en Runciman, MJA 2012):
 21. conform richtlijnen en/of professionele standaarden
- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
 22. van goede kwaliteit
 23. van goed niveau
 24. veilig
 25. doeltreffend
 26. doelmatig
 27. cliëntgericht
 28. tijdig
 29. afgestemd op de reële behoefte van de cliënt
 30. in overeenstemming met professionele standaard
 31. met in acht nemen van de rechten van de cliënt
 32. met respectvolle behandeling van de cliënt

Een eerste kanttekening bij deze criteria betreft het feit dat de termen 'doelmatig' en 'kosteneffectief' op verschillende niveaus van de zorg op verschillende manieren kunnen worden

gebruikt.^c Een tweede kanttekening is dat in de bovenstaande opsomming soms verschillende termen (zoals 'effectief', 'doeltreffend' en 'werkzaam') gebruikt worden voor eenzelfde (of tenminste vergelijkbaar) concept. Dat betekent dat voor een geactualiseerde definitie van 'gepaste zorg' men in alle waarschijnlijkheid kan volstaan met minder criteria dan de hierboven opgesomde twintig.

Twee Invitational Conferences over het begrippenkader

Zorginstituut Nederland, de Federatie Medisch Specialisten (FMS), ZonMw en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) hebben gezamenlijk het initiatief genomen om een begrippenkader te ontwikkelen voor 'gepaste zorg en praktijkvariatie' voor medisch specialistische zorg. Om een breed draagvlak te creëren en om uit de breedte van het veld input te krijgen voor het begrippenkader, is getracht uit alle gremia waarin begrippen als 'gepaste zorg' gebruikt worden een expert te betrekken. Het ging hierbij om zorgverleners, onderzoekers, vertegenwoordigers van overheidsinstanties en -zorgverzekeraars, en andere onafhankelijke experts en actief geïnteresseerden.

De eerste Invitational Conference werd gehouden op 23 januari 2014 in de Domus Medica, en bestond uit de volgende programmaonderdelen:

- Een 'treasure hunt' (sessie 1), waarin kernthema's of -vraagstellingen werden gecondenseerd in een zestal vragen, die door een roterend panel van zes groepen (samengesteld op basis van de achtergronden van de deelnemers) zijn bediscussieerd;
- Twee sets van groepsdiscussies aan de hand van een viertal concrete casussen (A, B, C en D), gebruikmakend van zes 'werktabellen' waarin een aanzet gegeven was voor onderdelen en criteria die relevant (kunnen) zijn voor het beoordelen van gepastheid van zorg. Per casus werd iedere groep gevraagd om aan te geven welke aspecten, onderdelen en criteria relevant zijn voor het oordeel 'gepaste/ongepaste (gebruik van) zorg' (sessie 2). Na deze discussie kreeg iedere groep een tweede casus, en werd aanvullend gevraagd om ook op de resultaten van de voorgaande groep te reageren (sessie 3);
- Een plenaire terugkoppeling (sessie 4).

Een beknopte samenvatting van de resultaten van deze Invitational Conference is weergegeven in Appendix 1. De tweede Invitational Conference werd gehouden op 18 juni 2014, eveneens in de

^c Het begrip 'doelmatigheid' speelt op drie zorgniveaus: op microniveau ten aanzien van werken zonder verspilling, op mesoniveau ten aanzien van 'de juiste zorg op de juiste plaats', en op macro-niveau ten aanzien van o.a. pakketkeuzes. Ook kan onderscheid gemaakt worden tussen keuze en uitvoering, tussen de 'Wat?'-vraag, en de 'Hoe?'-vraag. De termen die dan worden gebruikt zijn:

- **'allocatieve doelmatigheid'** - kosteneffectiviteit van keuzes op (macro-)beleidsniveau: de mate waarin keuzes aangaande de besteding van schaarse middelen overeenkomen met maatschappelijke behoeften en noden (het meest bijdragen aan gezondheid en welzijn), en
- **'productieve doelmatigheid'** - kosteneffectiviteit van uitvoering op microniveau: de mate waarin diensten of goederen worden geproduceerd tegen zo laag mogelijke kosten, dus met zo min mogelijk verspilling
- **doelmatigheid op mesoniveau** - in het bijzonder de vraag waar, in welke instellingen, welke zorg het best kan plaatsvinden - is primair een vorm van productieve doelmatigheid. Echter, er zit ook een allocatieaspect aan, maar dan niet van gelden, maar van patiëntenstromen aan ziekenhuizen, met als doel optimalisatie van veiligheid, effectiviteit en (productieve) doelmatigheid.

Domus Medica. In deze bijeenkomst werden de hier gepresenteerde definities en hun consequenties aan de hand van casuïstiek getoetst. De belangrijkste discussiepunten zijn samengevat in Appendix 2.

Begrippenkader - beoogd gebruik

Het begrippenkader, en de definities die daar deel van uitmaken, zijn gebaseerd op historische overwegingen, literatuuronderzoek, twee invitational conferences, en nadere gedachtenvorming en concept-vorming binnen de kerngroep, getoetst aan reacties van betrokken partijen. Daarbij is ervoor gekozen, dat het kader primair het gepast gebruik van zorg tussen patiënt en hulpverlener moet bevorderen, en niet primair is bedoeld voor een systeem van externe controle, al dan niet in combinatie met straffen/belonen.

Deze keuze komt in de eerste plaats voort uit het hierboven beschreven voortraject. Additionele overwegingen zijn het (positieve) argument, dat het effectiever/efficiënter is om een proces zelf van binnen uit te verbeteren, dan om de externe controle op (het falen van) dat proces te versterken, en de (negatieve) ervaring dat de effectiviteit van externe controle middels indicatoren op zijn minst twijfelachtig is, of zelfs averechts werkt (zie het fraaie voorbeeld van 'late day-care pickups' in Michael Sandel's boek 'What money can't buy').¹⁶

Wij sluiten met die keuze overigens aan bij de meest recente inzichten in de Engelse NHS, van oudsher het voorbeeld van een indicatoren-gestuurd zorgsysteem. Daar neigt men, op basis van jarenlange ervaring en zorgvuldige afweging van voor- en nadelen, ertoe het systeem van indicatoren en 'pay for performance' juist in te krimpen, in plaats van uit te breiden.¹⁷ De onderstaande definitie van 'gepaste zorg' sluit daarom nauw aan bij het zorgproces zelf.

Gepaste zorg - definitie

Uitgaande van de hierboven beschreven criteria voor gepaste zorg en het geschetste zorgproces, en op basis van de uitkomst van twee invitational conferences (zie Appendices 1 en 2), wordt de volgende definitie van gepaste zorg voorgesteld:

Gepaste zorg

is zorg die - vanzelfsprekend zowel als aantoonbaar - wordt verleend in overeenstemming met medisch-ethische en maatschappelijke normen aangaande respect, rechtvaardigheid en doelmatigheid, en die daarenboven ...

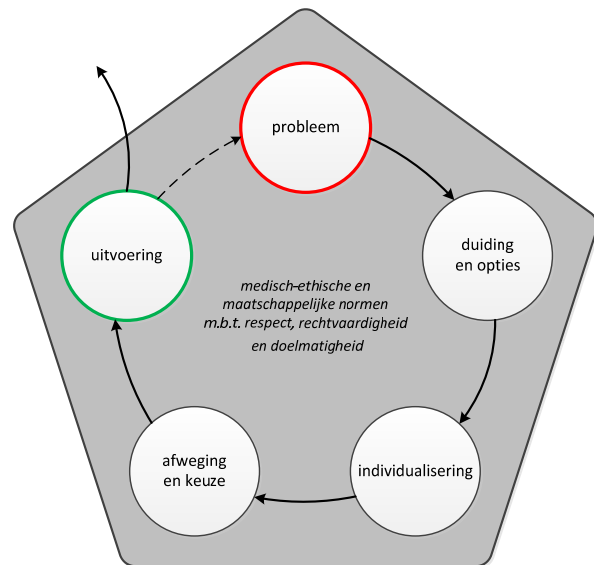
- 1. ... zijn aanleiding vindt in een gezondheidsprobleem, dat door aard en ernst leidt tot een reële zorgbehoefte***
- 2. ... voortvloeit uit een (waarschijnlijkheids-)diagnose of medische verklaring en de daarbij behorende keuze-opties, onderbouwd door richtlijnen, c.q. door wetenschappelijke en/of op de praktijk gebaseerde kennis over veiligheid en doeltreffendheid***
- 3. ... kritisch en patiënt-specifiek is gewogen ten aanzien van tenminste:***
 - ziektelast***
 - doel(en) en verwachtingen qua gezondheidswinst, en***
 - nadelen en risico's******en die voor en door de individuele patiënt dan redelijkerwijs is aangewezen***
- 4. ... is gekozen op een wijze die recht doet aan probleem en context, en aan voorkeuren, aarzelingen en angsten van de patiënt***
- 5. ... wordt uitgevoerd conform landelijke kwaliteitsstandaarden***

Gepaste zorg - toelichting op definitie

In het zorgproces kunnen zes min of meer volgtijdelijke aspecten worden onderscheiden, die in samenhang bepalend zijn voor de gepastheid van zorg (zie figuur 1).

De bovenstaande definitie-elementen sluiten hierop aan. Zij worden hieronder nader toegelicht:

... die - vanzelfsprekend zowel als aantoonbaar - wordt verleend in overeenstemming met medisch-ethische en maatschappelijke normen aangaande respect, rechtvaardigheid en doelmatigheid



Figuur 1: volgtijdelijke aspecten van een gepast zorgproces

De gepastheid van zorg kan allereerst niet los worden gezien van algemeen medisch ethische normen, verwoord in de eed van Hippocrates, en in de (recentere) zoals de vier principes van Beauchamp en Childress: 1) respect voor autonomie, 2) niet schaden, 2) goed doen en 4) rechtvaardigheid.¹⁸ Het tweede principe wordt ook wel verwoord als 'primum non nocere', 'vóór alles niet schaden'. Via het vierde principe - rechtvaardigheid – wordt de relatie gelegd met het bredere maatschappelijke kader waarbinnen de zorg zich afspeelt. Het zorgstelsel wordt immers door (opgelegde) solidariteit van alle burgers in stand gehouden, tegen een aanzienlijke prijs (een doorsnee gezin betaalt nu ruim 11.000 euro per jaar). Het feit dat elke zorg-euro maar één keer kan worden uitgegeven - of dat nu is aan een grote operatie, aan een duur geneesmiddel, of aan jeugdzorg - schept de collectieve verplichting zorg die middelen zo doelmatig mogelijk te gebruiken, en zorg alleen in te zetten waar dat nodig, zinvol, en rechtvaardig is.

Gegeven dat het grootste deel van de zorg zich afspeelt binnen het zogenaamde 'basispakket', worden die ethische en maatschappelijke normen voor het beheer van dat pakket geconcretiseerd in de zogenaamde pakketprincipes: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid.¹⁹

Het concept van 'stepped care' - zo weinig zorg als mogelijk, maar zo veel als nodig - speelt in de praktijk van dat pakketbeheer een belangrijke rol, en wordt ingegeven zowel door het principe van 'primum non nocere', als vanuit overwegingen van doelmatigheid.

1. ... zijn aanleiding vindt in een gezondheidsprobleem, dat door aard en ernst leidt tot een reële zorgbehoefte

Het gezondheidsprobleem bestaat in het algemeen uit klachten en/of symptomen, die de zorgbehoefte bepalen en leiden tot een hulpvraag. De opdracht voor dit begrippenkader vermeldt:

“... een breed gedragen begrippenkader “Gepast Gebruik en Praktijkvariatie” van medisch specialistische zorg”. De zorgbehoefte dient vooralsnog zo te worden geïnterpreteerd. Daarbij ligt voor de hand dat, vanwege de integraliteit van het zorgproces, vergelijkbare overwegingen gelden voor de zorg die in dat kader door andere hulpverleners (zoals verpleegkundigen, ‘physician assistants’ en ‘nurse practitioners’, en fysiotherapeuten) wordt meegewogen.

Verder is er bij ‘zorg’ niet alleen sprake van de inzet van hulpverleners. Veelal zal het juist, conform de bepalingen van de Zorgverzekeringswet, gaan om de inzet van menskracht en middelen (zoals farmaceutische zorg of hulpmiddelen) in onderlinge samenhang.

2. ... voortvloeit uit een (waarschijnlijkheids-)diagnose of medische verklaring en de daarbij behorende keuze-opties, onderbouwd door richtlijnen, c.q. door wetenschappelijke en/of op de praktijk gebaseerde kennis over veiligheid en doeltreffendheid

In overleg tussen patiënt en hulpverlener worden klachten en/of symptomen en hulpvraag verhelderd. Dat leidt, in combinatie met de kennis en ervaring van de hulpverlener, tot een duiding, een (medische) verklaring, meestal in de vorm van een ‘diagnose’. Soms is die duiding heel simpel, bijvoorbeeld bij een gecompliceerde beenbreuk of bij ernstige staar, maar soms behoorlijk lastig, zoals bij algemene malaise of bij buikpijn. Nogal eens zijn daarvoor aanvullende vragen, en/of lichamelijk onderzoek c.q. aanvullende diagnostiek nodig.

Hoe beter probleem en zorgbehoefte worden verhelderd, hoe waarschijnlijker het is dat de juiste weg wordt ingeslagen.

Een diagnose biedt daarbij aanknopingspunten voor de aanpak van het probleem. Voor veel problemen en diagnoses bestaan richtlijnen, in geval van medisch specialistische zorg gaat het dan om (evidence based) landelijke richtlijnen, conform de EBRO-systematiek.²⁰

Wanneer richtlijnen ontbreken, kunnen andere wetenschappelijke bronnen, zoals internationale richtlijnen en publicaties worden gebruikt. In overeenstemming met gebruikelijke indelingen van niveaus van bewijsvoering wordt dan naar lagere niveaus van evidence uitgeweken, met expert opinion als laagste niveau.^d



3. ... kritisch en patiënt-specifiek is gewogen ten aanzien van tenminste ziektelast, doel(en) en verwachtingen qua gezondheidswinst, en nadelen

^d In de EBRO-handleiding van 2007 worden de volgende 'levels of evidence' opgenomen: **A1 Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde studies**, **A2 Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van voldoende omvang**, **B Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiëntcontrole onderzoek, cohortonderzoek)**, **C Niet-vergelijkend onderzoek**, **D Mening van deskundigen**

Afweging tussen probleem, en voordelen, nadelen en risico's van medisch ingrijpen

C Niet-vergelijkend onderzoek

D Mening van deskundigen

en risico's, en die voor en door de individuele patiënt dan redelijkerwijs is aangewezen

Patiënten kunnen, behalve in leeftijd en geslacht, van elkaar verschillen in aard en ernst van het gezondheidsprobleem (aangeduid met de term 'ziektelast'), qua voorgeschiedenis en eerder gegeven behandelingen, aantal en ernst van bijkomende aandoeningen (aangeduid als 'comorbiditeit'), en wat betreft hun voorkeuren, aarzelingen en angsten, hun situatie en omgeving, en dus in de mate waarin mogelijke voor- en nadelen en risico's van medisch ingrijpen voor dit individu misschien anders zijn, c.q. anders gewogen moeten worden, dan voor de 'gemiddelde patiënt'.

Essentieel is de weging tussen:

- i. gezondheidsprobleem-aard en -ernst,
- ii. behandel-effectiviteit en
- iii. behandel-nadelen en -risico's

Zorg die in het licht van die weging gerechtvaardigd wordt geacht, wordt in aanspraak- termen wel aangeduid als zorg die voor de patiënt 'redelijkerwijs is aangewezen'. Die weging impliceert ook dat er niet meer of zwaardere zorg wordt geleverd dan nodig en dat alleen bij gebleken noodzaak naar zwaardere middelen wordt uitgeweken, een aanpak die bekend staat onder de naam 'stepped care'.

De Engelse campagne 'ask three questions'^e – sluit hier nauw bij aan, en beoogt patiënten te helpen bij het voeren van het gesprek met hun hulpverlener.²¹ Een Nederlandse versie is bij de NPCF in voorbereiding.

4. ... is gekozen op een wijze die recht doet aan probleem en context, en aan voorkeuren, aarzelingen en angsten van de patiënt

Nadat probleem, diagnostiek en behandelmogelijkheden zowel in algemene termen zijn verhelderd, als voldoende zijn geïndividualiseerd, volgt het proces van afweging en keuze. Allereerst verschillen patiënten in de mate waarin zij geïnformeerd willen worden, en betrokken willen worden bij de besluitvorming. Daarnaast kan de complexiteit van keuzes aanzienlijk verschillen.

Soms is er eigenlijk maar één goede keuze, namelijk één superieure aanpak waarover brede en aantoonbare consensus bestaat.

In veel gevallen ligt de keuze minder simpel dan 'natuurlijk niet doen!' of 'absoluut noodzakelijk!'. Zeker wanneer het gezondheidsprobleem weinig ernstig is, en er meerdere keuzeopties mogelijk zijn (waaronder 'niets doen'), ieder met verschillende voor- en nadelen, en niet één van die opties duidelijk de beste is. Dan is er sprake van een context- en preferentie-gevoelige keuze, waarbij en dient die keuze in gezamenlijk overleg tot stand te komen, conform de principes van gezamenlijke besluitvorming.

5. ... wordt uitgevoerd conform landelijke kwaliteitsstandaarden

^e Die drie vragen zijn: "1) What are my options? 2) What are the pros and cons of each option for me? 3) How do I get support to help me make a decision that is right for me?". In de oorspronkelijke versie, getest in een cross-over trial door Shepherd 2011, waren die vragen: 1) What are my options? 2) What are the benefits and harms? 3) How likely are these?

Zoals verder in dit document wordt toegelicht, worden uitkomsten en kosten van medische zorg zowel bepaald door juiste keuzes, als door optimale uitvoering.

In veel onderzoek is een verband gelegd tussen lagere zorgkwaliteit en lagere effectiviteit, hogere risico's en hogere kosten. Andersom biedt hogere kwaliteit van het zorgproces veelal betere uitkomsten tegen lagere kosten. Dimensies van kwaliteit van zorg die daarbij worden onderscheiden zijn onder meer veiligheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit, tijdigheid, cliëntgerichtheid en toegankelijkheid.^f Gepaste zorg is dus niet alleen juist gekozen zorg, maar ook zorg die, na de juiste keuze, voldoet aan landelijke eisen aangaande kwaliteit van structuur, proces en uitkomst.

Gepaste Zorg - handreikingen voor de praktijk

Gepaste zorg komt in overleg tussen patiënt en hulpverlener tot stand, en is afhankelijk van zowel zorgvuldige keuze als uitvoering. Primair betekent dat dat het hele zorgproces in al zijn fasen voldoet aan medisch-ethische en maatschappelijke normen aangaande respect, rechtvaardigheid en doelmatigheid. Op basis van de voorafgaande overwegingen is het verder van belang dat in de praktijk van de spreekkamer tenminste de volgende punten aan de orde komen:

- I. **Probleem**
Welk gezondheidsprobleem heeft de patiënt, wat zijn klachten en/of afwijkingen, en hoezeer verstoren die gezondheid en/of welzijn?
- II. **Duiding en opties**
Hoe worden die klachten en/of afwijkingen medisch verklaard (of geïnterpreteerd), welke diagnostiek- en/of behandelopties passen daar dan bij, en in hoeverre zijn die bewezen zinvol, en dus het overwegen waard?
- III. **Individualisering**
Wat betreft die diagnostiek- en behandelopties: gelden beoogde voordelen, en de mogelijke nadelen en risico's, ook voor deze individuele patiënt, gegeven diens leeftijd en geslacht, voorgeschiedenis, bijkomende aandoeningen, verwachtingen en voorkeuren, aarzelingen en angsten, en de aard, ernst en context van het probleem?
- IV. **Afweging en keuze?**
Is voor dit probleem en de medische verklaring sprake van
 - één enkele beste aanpak
zodat goede voorlichting en 'informed consent'^g volstaan, of van
 - meerdere preferentie- of context-gevoelige keuzeopties (zie onder III)
zodat gezamenlijke besluitvorming aangewezen is?
- V. **Uitvoering**
Voldoet de uitvoering van de gemaakte keuze aan landelijke kwaliteitstandaarden?

^f Deze opsomming is afgeleid van de zes verbeterdoelen ('aims for improvement') die in het Institute of Medicine (IOM)-rapport 'Crossing the Quality Chasm' uit 2001 zijn aangegeven.

Alhoewel deze zes het meest worden genoemd in de uitwerking van 'kwaliteit van zorg', worden in beleidsdocumenten, rapporten en publicaties soms meer, soms minder en soms andere dimensies onderscheiden. Vaak zijn die overigens herleidbaar naar de zes van het IOM.

Voor verklaring van de dimensie-termen zie o.a. <http://glossarium.zorginstituutnederland.nl/Hoofdpagina.html>

^g Men spreekt van 'informed consent' indien een patiënt toestemming geeft op basis van voldoende informatie.

Zoals eerder is aangegeven, is dit begrippenkader primair bedoeld om in het primaire proces van de zorgverlening bij te dragen aan gepaste zorg. Aandacht voor bovenstaande punten kan daaraan bijdragen.

De kerngroep is van mening dat, wanneer patiënt en hulpverlener hierover gelijk gestemde verwachtingen hebben en elkaar over en weer helpen aan ieder van die punten invulling te geven, dat op relatief eenvoudig-efficiënte wijze kan bijdragen aan de bevordering van gepaste zorg. Waarschijnlijk werkt dit eenvoudiger, effectiever en doelmatiger dan wanneer gepaste zorg middels een uitgebreid toetsingssysteem, inclusief weer nieuwe indicatoren en 'pay for performance', wordt gestimuleerd dan wel afgedwongen.

Wel is de kerngroep van mening dat er belangrijke vooruitgang kan worden geboekt op verschillende terreinen, in het bijzonder op dat van richtlijnen. Nogal wat richtlijnen kunnen worden verbeterd qua concreetheid en helderheid van aanbevelingen. Daarnaast is het van groot belang dat in richtlijnen helder wordt aangegeven

- wat de voorkeursstrategie is, en
- in hoeverre bij die voorkeursstrategie sprake is van één enkele beste aanpak, van een 'one size fits all', dan wel
- in hoeverre bij subgroepen van patiënten (c.q. bij individuen) van de voorkeursstrategie kan of moet worden afgeweken, op basis waarvan, en in welke richting.

Een verkorte, heldere en voor iedereen begrijpelijke patiënt-versie van richtlijnen kan bijdragen aan een beter overleg tussen patiënt en hulpverlener. De partijen die de opdracht hebben gegeven voor dit begrippenkader zouden zich kunnen beraden op welke wijze heldere, betrouwbare en goed toegankelijke informatie zou kunnen bijdragen aan 'patient-empowerment' in de meest positieve zin, aan een beter en constructiever overleg tussen patiënt en hulpverlener, en daarmee aan meer gepaste zorg.

Praktijkvariatie

Historie

Het probleem van praktijkvariatie ligt direct in het verlengde van de problematiek van gepaste zorg. Aanzienlijke verschillen in zorg tussen patiënten, hulpverleners, praktijken, ziekenhuizen en regionen doen begrijpelijke twijfels rijzen, of die verschillen verklaarbaar of misschien zelfs wenselijk zijn, dan wel het gevolg zijn van verschillen in de mate waarin die zorg meer of minder gepast is.

Belangrijk pionierswerk op dit gebied is in de laatste vier decennia verricht door John Wennberg. Zijn Science-publicatie 'Small area variations in health care delivery' uit 1973 concludeerde:

'Experience with a population-based health data system in Vermont reveals that there are wide variations in resource input, utilization of services, and expenditures among neighboring communities'

Die publicatie betekende de start van een nieuw onderzoeksgebied, en leidde onder andere tot het Dartmouth Atlas project, waarin al meer dan twintig jaar verschillen in zorg tussen Amerikaanse ziekenhuizen en regionen worden geanalyseerd en gerapporteerd. Die 'Dartmouth Atlas of Healthcare' is daarmee een begrip geworden in zowel de Verenigde Staten als daarbuiten.²² In navolging van Wennberg hebben veel andere onderzoekers zich op dit onderwerp gestort. Veel

verklarende theorieën zijn onderzocht, soms bevestigd, vaak verworpen, en soms leidend tot tegenstrijdige bevindingen, zoals de tegenstelling tussen:

- een economische insteek, dat praktijkvariatie primair wordt veroorzaakt door de mate waarin dokters, praktijken of instellingen zich primair laten leiden door overwegingen aangaande omzet en winst, zodat de gevonden verschillen medisch gezien ongepast zijn, versus
- een klinische insteek, dat praktijkvariatie primair wordt veroorzaakt door medische onzekerheid over het beste beleid, en door de keuzeruimte die het gevolg is van die onzekerheid.

Sommige onderzoekers vonden inderdaad empirische onderbouwing voor de economische verklaring.^{23 24} Vaker werd echter geen significante relatie gevonden tussen praktijkvariatie enerzijds, en economische motieven of ongepastheid van zorg anderzijds.^{25 26 27 28} Wat de zaak verder compliceert is dat de methoden die worden gebruikt om praktijkvariatie te kwantificeren, zeker als het gaat om verschillen tussen instellingen, soms heel complex zijn. Dat leidt topt een vreemde paradox, namelijk dat de methoden die worden gebruikt om verschillen tussen instellingen transparant te maken zelf onvoldoende transparant zijn. Onduidelijk en zeker niet transparant is in hoeverre binnen die methodologische 'black box' wordt gecorrigeerd voor verschillen in patiëntpopulaties, voor ziekenhuisspecialisatie, -faciliteiten, en -SEH-toegang, voor regionale verwijspatronen of landelijke afspraken over taakverdeling en concentratie, en voor bijvoorbeeld selectieve contractering, niet alleen als gevolg van praktijkvariatie, maar ook als oorzaak. Niet voor niets hebben diverse auteurs gewezen op de complexiteit van het begrip, en op de inherente problematiek die ontstaat wanneer 'praktijkvariatie' wordt gedefinieerd als de 'residuale variatie', na correctie voor identificeerbare en kwantificeerbare geïdentificeerde determinanten. Dat betekent immers dat die residuale variatie per definitie lastig te duiden of nader te onderzoeken is. Er is dus nog geen eenduidige duiding van 'praktijkvariatie'. Schokkender is - maar daar waar wetenschap en beleid elkaar raken helaas niet uitzonderlijk - dat hoe onduidelijker de evidence is, hoe meer ideologie en vooringenomenheid het empirie-vacuüm dreigen op te vullen. Zoals in het onderstaande opiniestuk uit de BMJ, waarin praktijkvariatie voor het gemak wordt gelijk gesteld aan 'bad variation', en zelfs wordt verheven tot een 'key indicator of quality':

'Medical directors supported by their clinical governance team should carry board responsibility to reduce variation in each trust ... These clinicians should be appraised on their success in reducing bad variation ... Indeed, if self regulation is to survive, the profession must be seen more clearly to regulate itself on this key indicator of clinical quality.'

In eigen land heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) recentelijk een rapport doen verschijnen, waarin van een zestal aandoeningen de praktijkvariatie tussen ziekenhuizen wordt gekwantificeerd. Het rapport laat vrij schokkende cijfers zien, met verschillen in zorggebruik variërend van twee- tot meer dan twaalfvoudig.²⁹ Echter, ook voor dit rapport gelden de bovenstaande interpretatie-kanttekeningen, bijvoorbeeld ten aanzien van het complexe construct dat wordt gebruikt voor de noemer van de breuk 'verrichtingen-volume per 100.000 verzekerden op instellingsniveau'. In een rapport voor de Australische Health Quality and Safety Commission uit 2014 vatte Love het glashelder samen:³⁰

'Naïve interpretations of variability can give the impression of great problems of quality, equity and efficiency in a health system, but the impact of such impressions can melt away under more detailed scrutiny. Interpreting observations of variation is therefore a complex task, fraught with challenges and methodological difficulties.'

De kerngroep heeft sterk de indruk dat die naïeve interpretatie eerder regel dan uitzondering is.

Praktijkvariatie - definitie

Op basis van het voorgaande, in het bijzonder de definitie van gepaste zorg, en op basis van de discussie bij de twee invitational conferences, wordt de volgende definitie van praktijkvariatie voorgesteld:

Praktijkvariatie

... is de mate waarin zorgaanbieders verschillen in de frequentie waarmee en/of wijze waarop zorg wordt geboden aan patiënten met vergelijkbare gezondheidsproblemen.

Praktijkvariatie kan acceptabel en zelfs gewenst zijn, indien zij wordt veroorzaakt

- ***...door aantoonbare verschillen tussen patiënten(populaties) en hun voorkeuren, die aanpassing vereisen vanuit het oogpunt van gepaste zorg en/of***
- ***...door ruimte in interpretatie en toepassing van wetenschap en richtlijnen, door taakverdeling, concentratie en selectieve zorginkoop, en door overige verschillen tussen zorgaanbieders, die op basis van landelijke kwaliteitsstandaarden rechtvaardigen dat die zorg juist wel of juist niet wordt geleverd door de betreffende aanbieder***

Praktijkvariatie is onverklaard c.q. ongewenst - en verdient dus analyse en zo nodig correctie - in alle andere gevallen.

Praktijkvariatie - toelichting op definitie

Het is maatschappelijk ongewenst dat de discussie over praktijkvariatie een hoog "welles-nietes" gehalte heeft, dat vooruitgang in de weg staat. Om uit de impasse te komen is gewenst dat:

- er onderscheid wordt gemaakt tussen de determinanten van verschillen in zorggebruik, die verklaarbaar èn acceptabel, of zelfs gewenst zijn, en de determinanten die ongewenst zijn
- er op basis daarvan in de definitie(s) onderscheid wordt gemaakt tussen gewenste en ongewenste praktijkvariatie
- definities zodanig concreet zijn, dat op basis daarvan een berekeningsmethodologie kan worden ontwikkeld die leidt tot resultaten die recht doen aan de uitgangspunten en doelen.

Die overwegingen hebben geleid tot bovenstaande definitie-elementen, die hieronder nader worden toegelicht.

- ***... de mate waarin zorgaanbieders verschillen in de frequentie waarmee en/of de wijze waarop zorg wordt geboden aan patiënten met vergelijkbare gezondheidsproblemen.***

Er is veel wetenschappelijke literatuur die bewijs levert dat uit verschillen in zorgvolume niet of nauwelijks conclusies kunnen worden getrokken aangaande de mate waarin sprake is van gepast of ongepast zorggebruik.^{31, 32,33, 34}

Voorts is in de tweede invitational conference duidelijk geworden dat er bij veel kwantificering van praktijkvariatie tussen ziekenhuizen sprake is van een 'noemer-probleem': de *'patiënten met vergelijkbare gezondheidsproblemen'* zijn niet een populatie van bekende individuen, maar zijn een min of meer virtuele referentiegroep, die op basis van al dan niet valide berekeningsmethodieken wordt geconstrueerd. Voor *'aantoonbare verschillen tussen patiënten(populaties) en hun voorkeuren, die aanpassing vereisen vanuit het oogpunt van gepaste zorg'* wordt hierbij niet gecorrigeerd.

Onduidelijk is in hoeverre bij de huidige methodieken voor kwantificering van praktijkvariatie een gewenste ontwikkeling als 'taakverdeling en concentratie en selectieve zorginkoop' tussen ziekenhuizen leidt tot een toename van berekende praktijkvariatie. Wel duidelijk is dat berekeningen die door het RIVM zijn gedaan aan de hand van reële populaties (mensen in GGD regio's) een aanzienlijk geringere praktijkvariatie wordt gevonden dan in het eerdergenoemde recente rapport van Zorgverzekeraars Nederland.

Praktijkvariatie, van kwantificering naar verbetering

Wat betreft het vaststellen van praktijkvariatie dringt zich, op basis van literatuur, invitational conferences en kerngroep-overleg, de conclusie op dat dat probleem rondom de te hanteren methodologie aanzienlijk complexer is dan veelal wordt gesuggereerd.

De huidige methodologieën zijn enerzijds te complex en te veel een 'black box', en anderzijds te naïef-simpel om een juist onderscheid te maken tussen gewenste en ongewenste praktijkvariatie. Voor het verbeteren van de berekeningsmethodologie zou het wenselijk zijn dat er een vervolgininitiatief komt, waarin de in Nederland ruim beschikbare methodologische kennis leidt tot een verbetering van de nu gebruikte en bekritiseerde methoden. Zodat getallen over praktijkvariatie transparanter en realistischer worden. Daarna kan de discussie over de kwaliteit van methoden en getallen worden afgesloten, en kan een correcte kwantificering van ongewenste praktijkvariatie dienen als vertrekpunt voor verbeterinitiatieven.

Implementatie

Dit rapport beoogt bij te dragen aan het bevorderen van gepaste zorg op zowel het macro-, meso- als microniveau van de zorg, en aan het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie. Dat zal niet gebeuren indien het 'in de la verdwijnt'. Voorwaarden voor een zinvolle bijdrage zijn dat het rapport door opdrachtgevers en andere betrokken partijen wordt bediscussieerd, waar nodig (nu of op termijn) aangepast, en vervolgens 'omarmd', geïmplementeerd en gebruikt. De kerngroep zal aan dat proces, waar dat binnen haar vermogen ligt, trachten bij te dragen, onder meer door op korte termijn een korte, vereenvoudigde versie van het rapport uit te brengen die voor niet-ingewijden gemakkelijk en prettig leesbaar is.

Partijen die voor implementatie van dit rapport in het bijzonder van belang zijn, zijn:

- Patiëntenorganisaties, die met voorlichting aan hun achterban eraan kunnen bijdragen dat de discussie in de spreekkamer zo goed mogelijk wordt gevoerd;
- Organisaties van artsen en overige hulpverleners, die in hun professionele achterban de inhoud van dit rapport en de consequenties voor praktijkvoering onderwerp van discussie en implementatie kunnen maken, zodat ook van hun kant de dialoog met de patiënt, en de keuze en uitvoering van het zorgproces, optimaal gepast verloopt;
- Organisaties die zich bezig houden met richtlijn-ontwikkeling, die kunnen zorgen voor een standaard paragraaf in iedere richtlijn, waarin onder meer
 - aanbevelingen worden gedaan voor de procesgang van de zorg, met name aangaande de zes volgtijdelijke aspecten zie zijn aangegeven in de paragraaf 'Gepaste zorg - toelichting op definitie', en in Figuur 1;
 - wordt aangegeven of er sprake is van een 'one size fits all'-advies, of van een algemene voorkeursstrategie, waarvan in voorkomende gevallen kan of moet worden afgeweken, inclusief suggesties voor aard van overleg en besluitvorming;
 - de criteria, argumenten en doelen van gepaste afwijking SMART worden geformuleerd, zodat afwijking van de voorkeursstrategie niet hetzelfde is als afwijking van de richtlijn, maar vaker binnen die richtlijn (en toetsbaar) kan plaatsvinden;
- Verzekeraars, die vanuit hun regierol mede kunnen bijdragen aan aandacht voor en implementatie van de in dit rapport gepresenteerde begrippenkader en adviezen. Zoals uit het voorafgaande blijkt, kan het identificeren van 'gepaste zorg' voor een individuele patiënt zo complex zijn, dat het toetsen van 'gepastheid' op afstand in veel gevallen ondoenlijk zal zijn. Wij pleiten, in consensus met de conclusies uit beide invitational conferences, dan ook voor terughoudendheid in het hanteren van begrippenkader en definities als 'afrekenmodel'. Te verwachten is dat het bevorderen en ondersteunen van de juiste procesgang, afwegingen en besluitvorming bij zowel patiënt als hulpverlener op doelmatiger wijze bijdragen aan meer gepaste zorg, dan een uitgebreide toetsing van die gepastheid op afstand aan de hand van een veelheid van weer nieuwe indicatoren. In hoeverre in geselecteerde gevallen een simpele toetsing van procesgang aan de hand van een of meer PREMS een zinvolle tussenoplossing zou kunnen zijn, is onduidelijk.

- Organisaties die zich bezighouden met ontwikkeling van PROMS en PREMS,^h die de gepastheid van communicatie, keuze en uitvoering van zorg onderdeel zouden kunnen maken van hun toetsingskader.

De schrijvers van dit rapport hebben de hoop dat inzet van alle partijen zal bijdragen aan gepaste individualisering van zorg, ook in gevallen waarin sprake is van complexe afwegingen.

Daarnaast pleiten wij, zoals eerder gesteld in dit rapport, voor betere methodologie voor de analyse van praktijkvariatie, met een helderder onderscheid tussen verklaarde/gewenste praktijkvariatie en ongewenste praktijkvariatie. Met de huidige methodologieën lijkt hierover geen eenduidig en valide oordeel te kunnen worden geveld. Verbetering van de methodologie, in multidisciplinaire samenwerking tussen methodologen, clinici, verzekeraars en andere betrokken partijen is de enige weg om vanuit heilloze welles-nietes-discussies te komen tot een valide oordeel, en daar eventueel uit voortvloeiende breed gedragen verbetermaatregelen. In combinatie met meer aandacht voor gepaste zorg zal dat naar verwachting leiden tot betere identificatie van verklaarde c.q. gewenste praktijkvariatie, en aan het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie.

^h PROMS ('patient reported outcome measures'): door de patiënt gerapporteerde uitkomstmaten van zorg zonder tussenkomst van een hulpverlener
PREMS ('patient reported experience measures'): door de patiënt gerapporteerde beleving van de zorg, (alweer zonder tussenkomst van een hulpverlener)

Appendix 1: Korte samenvatting 1e Invitational Conference

Overwegingen uit sessie 1 (de 'treasure hunt')

1. Qua terminologie
 - a. is het onderscheid tussen 'gepast' en 'passend' moeizaam. Voor de hand ligt ze de zelfde betekenis toe te kennen, zodat ze door elkaar kunnen worden gebruikt. Een eventueel verschil werd door de diverse deelnemers verschillend geïnterpreteerd en uitgelegd; als het op dit niveau al onduidelijk is, kunnen we het ook niet aan het veld uitleggen.
 - b. lijkt het wel wenselijk onderscheid te maken tussen 'gepaste zorg' en 'gepast gebruik van zorg', waarbij
 - i. 'gepaste zorg' betrekking heeft op zorg(voorzieningen) zoals die worden aangeboden op groeps- of populatieniveau, inclusief de kwaliteitsstandaarden en pakketcriteria die daarvoor gelden
 - ii. 'gepast gebruik van zorg' betrekking heeft op zorg die is gegeven aan een of meer individuen
2. Hoewel kostenoverwegingen en kosteneffectiviteit geen concrete rol spelen in de spreekkamer (op het niveau van de individuele patiënt), spelen zij bij de vaststelling van het pakket op macroniveau (maatschappelijke) overwegingen van kosten en kosteneffectiviteit zeker een rol. Bij het bepalen van normen voor gepaste zorg zijn deze overwegingen dus zeker relevant.
3. De gepastheid van (gebruik van) zorg moet zowel vanuit het patiënten- als het professioneel (en eventueel ethisch) perspectief in samenhang worden beoordeeld, binnen geldende maatschappelijke kaders. Het maatschappelijk (collectief) perspectief dekt idealiter alle andere perspectieven, mits wordt bewaakt dat het juiste evenwicht blijft bestaan tussen de zorginhoudelijke invalshoek enerzijds en de economische invalshoek anderzijds.
4. De uitkomst van geleverde zorg op individueel niveau (en het achteraf-oordeel daarover, 'met de kennis van nu') mag het oordeel over de gepastheid of ongepastheid van die geleverde zorg nooit (retrospectief) beïnvloeden, en maakt dus geen deel uit van definities en begrippenkader.
5. "Gepaste zorg" is een deelverzameling van "verantwoorde zorg", en vereist dus een aanscherping van de betreffende definitie.
6. Gegevens over behandel-effectiviteit, en de behandelrichtlijnen die daarop zijn gebaseerd, zijn (indien beschikbaar) de basis voor het oordeel over de gepastheid of ongepastheid van zorg. Echter, gepast gebruik van zorg vereist dat van het algemene richtlijnadvies wordt afgeweken, indien complexere afwegingen van patiënt-, aandoening-, comorbiditeit of contextuele factoren dat vereisen.

Overwegingen uit sessies 2 en 3 (groepsdiscussies en werktabellen)

Binnen het begrippenkader voor gepaste zorg dienen de diverse aspecten van het zorgproces nader gedefinieerd worden. De volgende aspecten werden in de werktabellen voorgesteld en in de discussies gehanteerd:

1. Probleem (zorgvraag) en impact
2. Patiëntgegevens en -preferenties
3. Hulpverlener en behandelopties
4. Deliberatie en keuze
5. Uitvoering van de behandeling
6. Maatschappelijke kaders

Voor ieder van die aspecten werden, aan de hand van de vier casussen, criteria voor gepaste en ongepaste zorg benoemd. Voorbeelden zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Aspecten	Criteria gepaste zorg	Criteria ongepaste zorg
Probleem (zorgvraag), impact		
<ul style="list-style-type: none"> • Impact van het probleem op: <ul style="list-style-type: none"> ○ Somatisch functioneren ○ Sociaal functioneren 	<ul style="list-style-type: none"> • Adequate diagnostiek en indicatiestelling op basis van: <ul style="list-style-type: none"> ○ Somatische aspecten ○ Sociale context van de patiënt 	<ul style="list-style-type: none"> • Gebrek aan adequate diagnostiek • Onzorgvuldige indicatiestelling, gebaseerd op enkel medische aspecten en geen rekening houdend met 'bredere' context van de patiënt
Patiënt, preferenties		
<ul style="list-style-type: none"> • Comorbiditeit • Algehele conditie • Leeftijd • Draaglast en draagkracht • Preferenties van de patiënt • Preferenties van de familie • Verwachtingen van de patiënt 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicatiestelling rekening houdend met: <ul style="list-style-type: none"> ○ Comorbiditeit ○ Algehele conditie ○ en draagkracht ○ Preferenties van de patiënt ○ Verwachtingen van de patiënt 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicatiestelling (enkel) gebaseerd op: <ul style="list-style-type: none"> ○ Leeftijd ○ Preferenties van de familie
Hulpverlener, opties, evidence		
<ul style="list-style-type: none"> • Soort hulpverlener • Behandelopties 	<ul style="list-style-type: none"> • Geschikte hulpverlener die aansluit bij de zorgvraag van de patiënt • Inachtneming van meerdere behandelopties, inclusief niets doen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hulpverlener die niet aansluit bij de zorgvraag van de patiënt • Geen overweging meerdere behandelopties, inclusief niets-doen
Deliberatie en keuze		
<ul style="list-style-type: none"> • Shared decision making 	<ul style="list-style-type: none"> • Adequaat overleg tussen patiënt, hulpverlener en familie • Uitleg aan patiënt over verschillende behandelopties: <ul style="list-style-type: none"> ○ Wetenschappelijk bewijs ○ Impact van de behandeling ○ Nadelige effecten van de behandeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Gebrek aan/onvoldoende overleg tussen patiënt, hulpverlener en familie • Geen/bepaalde uitleg aan patiënt over verschillende behandelopties
Uitvoering		
<ul style="list-style-type: none"> • De toegepaste werkvorm 	<ul style="list-style-type: none"> • Multidisciplinaire aanpak • Integrale zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Toepassing van ondoelmatige werkvorm
Maatschappelijke kaders		
<ul style="list-style-type: none"> • Kosteneffectiviteit 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandeling is kosteneffectief 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandeling is niet kosteneffectief

Conclusies sessie 4 - plenaire terugkoppeling

In de plenaire terugkoppeling werden resultaten van treasure hunt en groepsdiscussies plenair gedeeld. Duidelijk, en niet onverwacht, was dat een uniform en algemeen toepasbaar

begrippenkader niet in één inventariserende bijeenkomst was bereikt, en dat een belangrijke aggregatieslag nodig is om te komen tot:

- algemeen toepasbare termen en definities omvat aangaande gepaste zorg, inclusief hun onderlinge relaties, die
 - aansluiten bij begrippen die in de praktijk worden gebruikt
 - bruikbaar zijn voor diverse niveaus van zorg (micro-, meso- en macro-niveau)
- een minimale set van criteria biedt ter beoordeling van (on)gepaste zorg of gepast gebruik van zorg.

Appendix 2: Korte samenvatting 2e Invitational Conference

Belangrijkste discussiepunten

Begrippenkader en definitie gepaste zorg

Algemeen

- De concept definities kunnen nog verder vereenvoudigd worden.
- Een vraag is in hoeverre het begrippenkader internationaal toepasbaar moet zijn.
- Bij de vier criteria (zie concept definities) is eigenlijk sprake van een trechtermodel (in plaats van "en, en, en"). De vraag is of het dan toch heel dicht bij de Trechter van Dunning komt; de discussie over het pakket vervuult de discussie over gepaste zorg.
- De vier criteria (zie concept definities) komen op elk niveau terug: meso-, micro- en macroniveau.
- Bij de discussie over gepastheid van zorg komen zelden extremen voor, zoals noodzakelijke zorg enerzijds versus ongepaste zorg anderzijds. Het is echter niet duidelijk hoe groot het "grijze gebied" hiertussen is en of we dit kunnen afbakenen.
- Naast het gebruik van het begrippenkader als "intern gidsmodel" of als "extern toetsingsmodel", zou het ingezet kunnen worden als feedbackmodel, dat moet leiden tot een structurele gedragsverandering.

Microniveau

- De beoordeling van gepaste zorg begint ook op het microniveau bij de zorgvraag, waarbij het de vraag is (vanuit de zorgverlener) of dit onder haar/zijn deskundigheidsgebied valt en of het efficiënt is om de patiënt te behandelen (mesoniveau).
- Bij individualisering gaat het vaak al snel over communicatie, terwijl individualisering niet alleen tot stand komt door communicatie, maar ook door te kijken naar de specifieke kenmerken van de patiënt.
- Een vraag is in hoeverre het besliskundige proces (deliberatie en keuze) een rol speelt binnen de opleiding van geneeskunde studenten.

Mesoniveau

- Men moet zich er altijd van bewust blijven dat je aan het modelleren/generaliseren bent. Richtlijnen zijn niet altijd op het voor de specifieke patiënt meest relevante model gebaseerd! Inzicht in de modelkeuze helpt bij onderbouwing van afwijking van een richtlijn.
- Bij de beoordeling van de gepastheid van zorg gaat het niet alleen om de vraag *of* er iets moet gebeuren en *wat* en *door wie*, maar ook om de "hoe"-vraag, door bijvoorbeeld in richtlijnen op te nemen dat shared-decision making moet plaatsvinden. Zorg moet gepersonaliseerd worden, er moet gekeken worden naar de mate waarin ingrijpen geïndiceerd is. Dit vraagt wel om specifieke skills van zorgverleners.

- In sommige gevallen kunnen zorgverleners bij het volgen van een richtlijn toch overbehandelen. Richtlijnen indiceren dus niet altijd gepaste zorg.
- Er kan *aan het begin* (in plaats van aan het eind zoals eerder gesuggereerd) van een richtlijn worden opgenomen dat om bepaalde redenen kan worden afgeweken van de richtlijn.
- Wetenschappelijke evidence ontbreekt in veel gevallen. Echter, evidence hoeft niet altijd wetenschappelijk te zijn (soms is dat niet mogelijk); het kan bijvoorbeeld ook gaan om ervaring van experts/klinische ervaring.

Macroniveau

- Bepaalde zorg zit in het pakket, als patiënten op die zorg zijn aangewezen. Hier komt de individualisering dus ook terug op macroniveau. Verdere verheldering van "macroniveau" is nodig.
- Maatschappelijke verantwoording krijgt in dit soort overwegingen (bij de casussen zoals besproken tijdens de bijeenkomst) nauwelijks een plek; het gaat al snel om individualisering (ook omdat het over het spreekkamerniveau gaat).
- In de schematische weergave van het begrippenkader moet de specificering/definiëring van de maatschappelijke verantwoording (op macroniveau) anders. Het is breder dan alleen kosteneffectiviteit en het voldoen aan pakketcriteria van Zorginstituut Nederland. Hierbij moeten naast financiële verantwoording (doelmatigheid, betaalbaarheid, et cetera) ook aspecten als ethische verantwoording, toegankelijkheid, juridische verantwoording en wetgeving overwogen worden.

Meting en interpretatie van praktijkvariatie

- Een algemene vraag is: wat wil je met het concept "praktijkvariatie"? Is het relevant om door te gaan met het ontwikkelen van methoden om deze te berekenen, en hoe moet dat dan? Rechtvaardigt het doel de inspanningen?
- Bij empirisch onderzoek naar praktijkvariatie is de modelkeuze ook van toepassing. Bij praktijkvariatie wordt gekeken naar medische praktijken in plaats van patiënten, dus dat is een ander aggregatieniveau. Je moet je bij de modellering afvragen wat het meest zinvolle aggregatieniveau is. Praktijkvariatie hangt verder af van de selectie van populaties en van variabelen/factoren, welke bepalend zijn voor interpretatie en gebruik van uitkomsten (bijvoorbeeld ervaren gezondheid in een regio, verwijsgeneigdheid van zorgverleners en/of instanties, veranderingen over tijd). Goede data hierover zijn dus essentieel. In de berekening van praktijkvariatie dient men te corrigeren voor dergelijke variabelen.
- In de berekening van praktijkvariatie moet helder zijn wat er "onder de streep" staat (noemer van de formule).
- In het rapport van ZN wordt bij het bepalen van praktijkvariatie gebruikgemaakt van twee factoren in de noemer: de regio (om verschillen tussen regio's in kaart te brengen) en de instelling (om verschillen tussen instellingen in kaart te brengen). Echter om verschillen tussen regio's in kaart te brengen, hoef je niet te weten in welke instelling een bepaalde operatie is uitgevoerd.

- Er zijn verschillende oorzaken voor regionale verschillen, waaronder een toevalsfactor. Voor aandoeningen waarbij sprake is van hogere kosten, is er minder variatie (er wordt meer uitgemiddeld; op individueel niveau is dat anders).
- Gegevens van het RIVM over praktijkvariatie zijn, vanuit een public health perspectief, over een jaar berekend; meerjarige analyses zijn gewenst.
- In sommige regio's gaan er wellicht minder mensen voor een bepaalde aandoening naar het ziekenhuis, maar wordt van die mensen wel een hoger percentage geopereerd; er zijn ook verschillen in de verwijsgeneigdheid van huisartsen.
- Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA)-registraties van kankerbehandelingen laten minder variatie zien; de vraag is of dit door beter registreren en benchmarken komt. In deze gevallen is het echter wel duidelijk welke mensen onder de streep staan (mensen met een aandoening).
- Vanuit zorgverzekeraars zou er minder moeten worden aangestuurd op *efficiency*. Als het in de eerstelijns goedkoper (en dus in minder tijd) moet, zal er in de praktijk vaker al dan niet terecht worden doorverwezen/behandeld. Voor praktijkvariatie moet worden gezocht naar een optimum, in plaats van een gemiddelde. Het optimum wordt bereikt door te kijken naar wat goede zorg is voor een bepaalde patiënt, in plaats van te kijken naar gemiddelde statistieken (zoals zorgverzekeraars vaak doen). Zorgverzekeraars moeten niet van bovenaf opleggen wat de beste zorg is; de beste zorg wordt geïllustreerd door arts-patiënt.
- Benoemde doelen van bepalen praktijkvariatie:
 - Binnen een beroepsgroep: kwaliteitsverbetering van professioneel handelen.
 - Met het analyseren van praktijkvariatie kan wel een eerste signaal worden afgegeven; hierbij moet bepaald worden of we te maken hebben met ruis, of dat de cijfers betekenis hebben. Hiervoor zijn klinische data waardevol. Het uiteindelijke doel van het analyseren van praktijkvariatie is om zicht te krijgen op over- of onderbehandeling.
 - Doelmatigheid en kostenbeheersing.
 - Aanzwengeling van discussie over gepastheid van zorg.
- Het is risicovol om variatiedata in te zetten voor beleidsdoelstellingen als men geen inzicht heeft in het tot stand komen van die data en de onderliggende factoren (zoals regio's, populatie, instellingseigenschappen, zorgconcentratie, et cetera). Het kan leiden tot een goede aanzwengeling van de discussie, maar om echt uitspraken te doen, zijn de data te hybride en geven deze te weinig inzicht in oorzaak en gevolg.
- Men zal variatie blijven zien door verschillen in zorgzwaarte en de vraag is hoe dat geanalyseerd kan worden. Er zou eerst naar een specifiek deel van de zorg gekeken kunnen worden. Een suggestie is om de gehele keten hierbij te betrekken, bijvoorbeeld door klinische registraties te verbreden met huisartsendata.
- Het instrumentarium voor het berekenen van praktijkvariatie dient verbeterd te worden. Suggesties:
 - Meerjarig volgen van patiëntpopulaties in plaats van instellingen.
 - Op kleinere schaal (bijvoorbeeld kleiner gebied, of bepaalde aandoening) instrumentarium gaan ontwikkelen, zodat je meer relevante details mee kunt nemen. Daarna zo mogelijk breder uitrollen.
- Er wordt te snel in termen van oordeel gesproken; praktijkvariatie is niet per se slecht. Het is gebruikelijk en kan zelfs gewenst zijn. Vele innovaties komen hieruit voort. Voorkom "politiek correcte" opinievorming.

- Epidemiologische data lijken niet voldoende voor het bepalen van praktijkvariatie op instellingsniveau. Voor dat doel lijken praktijkregistraties onmisbaar.

Literatuur en overige bronnen

- ¹ <http://www.cochrane.org/>
- ² Roscam Abbing HDC. Kiezen en delen; rapport van de commissie Keuzen in de zorg (Commissie-Dunning). Ned Tijdschr Geneesk 1991; 135 (nr 47): 2239-2241
- ³ http://ressourcessgd.kb.nl/SGD/19921993/PDF/SGD_19921993_0003050.pdf
- ⁴ http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/geldigheidsdatum_13-06-2014
- ⁵ http://wetten.overheid.nl/BWBR0007850/geldigheidsdatum_13-06-2014
- ⁶ Rigter H. Gepast gebruik van het begrip 'gepast' in discussies over de gezondheidszorg. Ned Tijdschr Geneesk 1994; 138 (nr 1): 4-7
- ⁷ http://rvz.net/uploads/docs/Gepaste_zorg.pdf
- ⁸ http://rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_instrumenten_voor_gepast_zorggebruik.pdf
- ⁹ van Gils PF et al. Hoeveel mag een gewonnen levensjaar kosten? Onderzoek naar de waardering van de QALY Ned Tijdschr Geneesk. 2013; 157(52): A6507.
- ¹⁰ Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Kosecoff J, Park RE. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. Int J Technol Assess Health Care. 1986;2(1):53-63
- ¹¹ Park RE, Fink A, Brook RH, Chassin MR, Kahn KL, Merrick NJ, Kosecoff J, Solomon DH. Physician ratings of appropriate indications for six medical and surgical procedures. Am J Public Health. 1986 Jul;76(7):766-72
- ¹² http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2011/MR1269.pdf
- ¹³ Stoevelaar HJ1, McDonnell J, van de Beek C, Casparie AF. Passende behandeling bij benigne prostaathyperplasie; verfijning van de indicatiestelling door systematische analyse van klinische expertise. Ned Tijdschr Geneesk 1999; 143(48): 2425
- ¹⁴ McGlynn EA et al. The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. N Engl J Med. 2003 Jun 26;348(26):2635-45.
- ¹⁵ Runciman WB et al. CareTrack: assessing the appropriateness of health care delivery in Australia. Med J Aust. 2012 Jul 16;197(2):100-5.
- ¹⁶ <http://books.google.co.uk/books?id=CThHliipsO4C&dq=what+money+can't+buy&hl=en&sa=X&ei=3ztGVMXLFY3cap6lvgvB&ved=0CEEQ6AEwAg>
- ¹⁷ Roland M, Campbell S. Successes and failures of pay for performance in the United Kingdom. N Engl J Med 2014;370(20):1944-9.
- ¹⁸ http://books.google.co.uk/books/about/Principles_of_Biomedical_Ethics.html?id=nreKPwAACAAJ
- ¹⁹ <http://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/publicaties/rapporten-en-standpunten/2006/0612-pakketbeheer-in-de-praktijk/0612-pakketbeheer-in-de-praktijk/Pakketbeheer+in+de+praktijk.pdf>
- ²⁰ http://www.ha-ring.nl/download/literatuur/EBRO_handl_totaal.pdf
- ²¹ <http://www.advancingqualityalliance.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/04/BrochureFinal25.10.12.pdf>
- ²² <http://www.dartmouthatlas.org/>
- ²³ Scott A, Shiell A. Analysing the effect of competition on general practitioners' behaviour using a multilevel modelling framework. Health Economics 1997;6(6):577-88
- ²⁴ Kwok AC, Semel ME, Lipsitz SR, et al. The intensity and variation of surgical care at the end of life: a retrospective cohort study. Lancet 2011;378(9800):1408-13
- ²⁵ McPherson K, Wennberg JE, Hovind OB, et al. Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway. N Engl J Med 1982;307(21):1310-4
- ²⁶ Chassin MR. Explaining geographic variations. The enthusiasm hypothesis. Med Care 1993;31(5 Suppl):Ys37-44
- ²⁷ Knottnerus JA, Joosten J, Daams J. Comparing the quality of referrals of general practitioners with high and average referral rates: an independent panel review. Br J Gen Pract 1990;40(334):178-81
- ²⁸ Fertig A, Roland M, King H, et al. Understanding variation in rates of referral among general practitioners: are inappropriate referrals important and would guidelines help to reduce rates? BMJ (Clinical research ed) 1993;307(6917):1467-70

²⁹ <https://www.zn.nl/beleidsthemas/overzicht-dossiers/dossier/?attributeld=f8051c55-e5fb-4e1a-9ca3-cccff93ebac7&attributeTitle=Praktijkvariatie%20MSZ#section=tabs-1>

³⁰ <https://www.hqsc.govt.nz/assets/Health-Quality-Evaluation/PR/variation-literature-review-Oct-2013.pdf>

³¹ Chassin MR1, Kosecoff J, Park RE, Winslow CM, Kahn KL, Merrick NJ, Keesey J, Fink A, Solomon DH, Brook RH. Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health care services? A study of three procedures. *JAMA* 1987; 258(18):2533-7

³² Leape LL, Park RE, Solomon DH, Chassin MR, Kosecoff J, Brook RH. Does inappropriate use explain small-area variations in the use of health care services? *JAMA*. 1990; 263(5): 669-72

³³ Casparie AF. The ambiguous relationship between practice variation and appropriateness of care: an agenda for further research. *Health Policy* 1996; 35: 247-265

³⁴ Keyhani S, Falk R, Bishop T, Howell E, Korenstein D. The relationship between geographic variations and overuse of healthcare services: a systematic review. *Med Care*. 2012 Mar;50(3):257-61