

Kan het verbeteren van **de kwaliteit van zorg** ook besparingen opleveren?

In veel landen is momenteel de vraag actueel of de druk om kosten te verlagen negatieve gevolgen zal hebben voor de kwaliteit van zorg. Men is op zoek naar manieren om zowel kosten te reduceren als de kwaliteit van zorg te verhogen. Twee recent uitgevoerde internationale systematische reviews hebben deze vragen geadresseerd. Een betrof een algemene review en de tweede ging na of een betere klinische zorgcoördinatie zowel het lijden van patiënten als de kosten zou kunnen verminderen (Øvretveit, 2009, 2010). In de reviews werd eerst de evidence rond de problemen in kaart gebracht: hoe frequent komen kwaliteitsproblemen voor, en hoe ernstig en hoe duur zijn deze? Daarna werd gezocht naar bewijs voor effectieve oplossingen voor deze problemen. De reviews bevatten leerpunten voor de Nederlandse situatie die aan het einde van dit artikel zijn opgesomd.

Door: J. Øvretveit



John Øvretveit

In beide reviews werden goede gegevens gevonden over een breed gebied aan kwaliteitsproblemen en schattingen van de kosten. Enkele treffende voorbeelden zijn de hoge vermijdbare kosten van ziekenhuisgerelateerde infecties, bijwerkingen van medicijnen en valincidenten. Veel van de problemen ontstaan tijdens de overdracht door communicatieproblemen tussen de diverse beroepen en afdelingen. Tevens liet het onderzoek zien dat het toepassen van ineffectieve behandelingen of een slechte organisatie van de zorg ook uitingen zijn van slechte kwaliteit. Zorginkopers, beleidsmakers en professionele verenigingen besteden te weinig aandacht aan het 'de-implementeren' en ontmoedigen van deze praktijken vergeleken met de energie die zij steken in de

invoering van nieuwe behandelingen, nieuwe tests of innovaties op organisatiegebied.

Zijn er oplossingen en zijn die goedkoper?

Kunnen we deze problemen oplossen? En is de prijs van de oplossing minder dan de kosten van het probleem? Met andere woorden: kunnen we geld besparen? Dit was de tweede vraag waar wij ons op richtten, maar het onderzoek gaf minder eenduidige antwoorden. Er is weinig bewijs voor de effectiviteit van de interventies die bovenstaande problemen zouden kunnen verminderen en nog minder gegevens zijn beschikbaar over de kosten van deze interventies. Enkele voorbeelden van gevonden interventies die de kwaliteit verbeteren en de kosten reduceren zijn:

- \$ 0.7 miljoen jaarlijks is bespaard in 1 ziekenhuis door het verminderen van diepe chirurgische wondinfecties van 1,8 procent naar 0,4 procent door middel van een CQI-project (Classen et al., 1992 en James 1993);
- \$ 2.5 miljoen jaarlijks, ofwel 30% van de totale kosten voor intensive-carepatiënten, is bespaard door een betere samenwerking (Clemmer et al. 1998, 1999);
- \$ 2.4 miljoen jaarlijks is bespaard (\$ 20.000 per patiënt) door een verbeterde multidisciplinaire aanpak voor ventilatieafhankelijke patiënten (Young et al., 1998).

Zouden we hetzelfde resultaat krijgen?

Er zijn dus bemoedigende aanwijzingen voor kosteneffectieve besparingen uit het onderzoek. Echter, wat niet onderzocht is, is hoeveel de kosten van de veranderprojecten zelf bedragen. Er is weinig bekend over het implementeren van dit type veranderingen in andere organisaties

dan waar het onderzoek gedaan is. Zelfs in onderzoeksverslagen van samenwerkingsverbanden waar veel projectteams dezelfde veranderingen doorvoeren, worden weinig details gegeven over de variaties in resultaten of de verschillen in de kosten van de projecten.

Een andere overweging is dat veel van het onderzoek werd verricht in de Verenigde Staten met een verschillend financierings- en reguleringssysteem. Dit betekent dat de kosten en besparingen kunnen verschillen van die in Nederland. De besparingen voor de zorgverlener hangen af van de mate waarin deze de kosten van de slechte kwaliteit ook draagt. Kosten die voortvloeien uit het onvoldoende aanbieden van preventieve zorg, wat leidt tot hogere behandelkosten, belasten meestal zorgverleners in het curatieve echelon of worden gedragen door de patiënt zelf of diens zorgverzekeraar. De besparing kan pas optreden na enige tijd en tegen die tijd kan de patiënt verhuisd zijn. Zorgverleners ontvangen soms extra betalingen vanuit de zorgverzekeraar voor het behandelen van bijwerkingen of complicaties. Om de kosten over te hevelen naar de zorgaanbieders, sluit een aantal verzekeraars uit de VS een aantal 'never event' (incidenten, complicaties of bijwerkingen die nooit zouden mogen optreden) behandelingen van vergoeding uit of voert financiële sancties in voor het niet voldoen aan bepaalde normen.

Conclusies en praktische implicaties

Kortom, er is bewijs dat sommige interventies zowel geld kunnen besparen als de kwaliteit kunnen verbeteren in een aantal onderzoekssettings (specifieke praktijken, instellingen en gezondheidszorgsystemen). Of dezelfde verandering ook tot hetzelfde resultaat zou leiden in Nederland hangt af van de kosten en effectiviteit van de lokale implementatie van de zorgverbetering. Het hangt ook af van de context inclusief het betalingssysteem, de regelgeving, en van de beschikbaarheid van financiën of tijd om te investeren in implementatie.

De implicaties van dit onderzoek en praktijkervaring kunnen worden samengevat in zeven stappen om te besparen op tijd en kosten:

1. Weet aan welke kwaliteitsproblemen hoge kosten zijn verbonden (uit data, rekening houdend met het huidige financieringssysteem).
2. Kies bewezen oplossingen voor problemen met hoge kosten.



3. Wees bereid om te voorinvesteren in geld en tijd.
4. Pas de oplossing aan zodat deze past bij en uitgevoerd kan worden in uw zorgverleningssysteem.
5. Laat de implementatie uitvoeren door een projectteam onder leiding van een resultaatverantwoordelijke clinicus.
6. Zet in op contante betaling: plan hoe de investering aan het einde van het jaar terugkomt in budgetbesparingen of inkomsten.
7. Stop behandelingen die bewezen ineffectief zijn.

Literatuur

- Classen, D.C., R.S. Evans, S.L. Pestotnik, S.D. Horn, R.L. Menlove en J.P. Burke, The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical-wound infection. *N Engl J Med*, 1992, 326: 281-286.
- Clemmer, T.P. en V.J. Spuhler, Developing and gaining acceptance for patient care protocols. *New Horiz*, 1998, 6: 12-19 (Society of Critical Care Medicine).
- James, B.C., Quality improvement in the hospital: managing clinical processes. *The Internist*, 1993, 34: 11-13.
- Young, M.P., V.J. Gooder, M.H. Oltermann, C.B. Bohman, T.K. French en B.C. James, The impact of a multidisciplinary approach on caring for ventilator-dependent patients. *Int J Qual Health Care*, 1998, 10: 15-26.
- Øvretveit, J., Does improving quality save money? A review of evidence of which improvement to quality reduce costs for health service providers, The Health Foundation, London, 2009. www.health.org.uk; or <http://public.me.com/johnovr> http://www.health.org.uk/publications/research_reports/does_quality_save.html.
- Øvretveit, J., Does improving care coordination save money: a review of research, The Health Foundation, London, 2010. www.health.org.uk or <http://public.me.com/johnovr>.

Informatie over de auteur

John Øvretveit is hoogleraar zorginnovatie, implementatie en evaluatie en onderzoeksdirecteur Medisch Management Centrum, Karolinska Instituut, Stockholm; Zweden. Dit artikel is in het Nederlands vertaald door **Hub Wollersheim**.