

Verstandig kiezen brengt zorgkosten omlaag

ACTIEPLAN MOET NIET-EFFECTIEVE ZORG BEPERKEN

In de gezondheidszorg kunnen miljoenen euro's worden bespaard als bepaalde instrumenten of interventies voor minder patiënten worden gebruikt dan nu het geval is. Een actieve aanpak is nodig om dit voor elkaar te krijgen.

Door: B. van der Linden en G. ten Haaf

Het is een voorbeeld dichtbij huis, bij velen welbekend. Wéér die snotterende peuter, wéér die koorts en wéér die slapeloze nachten. Veel ouders kennen de signalen van een kind met een bovenste luchtweginfectie, een ziekte die bij kleine kinderen veel voorkomt. Wat te doen? Een antibioticum? Regelmatig puffen? Neusamandelen knippen?

Het effect van laatstgenoemde behandeling, het knippen van de neusamandelen, is in een kosteneffectiviteitsstudie onderzocht. Conclusie: het heeft geen klinisch relevant voordeel boven afwachting beleid. Artsen zouden deze ingreep bij deze kinderen dus minder vaak moeten doen. De kwaliteit van zorg zou daarmee hoger zijn terwijl er kosten kunnen worden bespaard. Uit een rondgang blijkt dat het moeilijk is om precies te achterhalen bij welke kinderen deze operatie wel en bij welke deze niet wordt toegepast. Een goede registratie ontbreekt. En de richtlijn? Die is momenteel in revisie, dus de resultaten uit de studie zijn er nu nog niet in opgenomen.

Dit voorbeeld staat niet op zichzelf. In binnen- en buitenland groeit de aandacht voor het zogeheten gepast gebruik van instrumenten en interventies. Er zijn tal van voorbeelden te vinden waar onderzoek laat zien dat interventies minder zouden moeten worden gebruikt dan tot nu toe gebruikelijk. Echter, een actieve aanpak is nodig om te zorgen dat dat ook daadwerkelijk minder gebeurt.



Barbara van der Linden

Verstandig kiezen

ZonMw heeft, vlak na de zomer, het signalement 'Verstandig Kiezen' uitgebracht.¹ In dit signalement stelt ZonMw voor om een actieplan op te

stellen dat tot doel heeft om onnodige zorg te beperken en daarmee kosten te besparen. Dit kan alleen in nauwe samenwerking met andere partijen, zoals de medisch-wetenschappelijke verenigingen van de Orde van Medisch Specialisten, zorgverzekeraars en beleidsmakers.

De term verstandig kiezen is aan de Amerikaanse literatuur ontleend. In Amerika startte in april 2012 de *choosing wisely* campagne, een initiatief van de Amerikaanse wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten.² Doel van deze campagne is om testen en interventies op te sporen die volgens de artsen onnodig vaak worden gebruikt.

In korte tijd leverde deze campagne 45 concrete voorbeelden op, die op www.choosingwisely.org zijn te zien. Onder andere zijn dit het (laten) maken van een CT- of MRI-scan bij mensen die zijn flauwgevallen, of een uitgebreide screening op osteoporose voor vrouwen onder de 65 en mannen onder de 70 (de zogeheten DEXA). Bij elk voorbeeld omschrijven de initiatiefnemers voor welke indicaties de test of interventie geschikt is. Volgens hen kunnen de zorgkosten met 30 procent omlaag als de testen en interventies bij de overige patiënten niet meer worden uitgevoerd.

In andere landen worden soortgelijke – hoge! – schattingen gedaan. Een beperkte literatuurstudie laat zien dat de oplopende zorgkosten een belangrijke prikkel vormen om te willen besparen op zorgvormen die niet nodig zijn. *Ineffective care*, *low value interventions*, *inappropriate care* en *avoidable care* zijn begrippen die in landen als Engeland, Schotland en Australië in korte tijd populair zijn geworden.³⁻⁹ Steeds vaker zijn het ook regeringen of politici die dit onderwerp op de agenda zetten. Maar om er echt iets aan te doen moeten ze samenwerken met de professionals.¹⁰

Voorbeelden uit ZonMw-projecten

Om voor Nederland meer grip op dit onderwerp te krijgen, heeft ZonMw op basis van kosteneffectiviteitsstudies die zij gesubsidieerd

Interventie	Aanbeveling	Opname in richtlijn	Potentiële kostenbesparing
1 Medicatie bij D-neg zwangeren	Niet meer alle D-neg zwangeren medicatie geven, maar alleen de D-neg zwangeren met een D-pos kind	In het landelijke bevolkingsonderzoek Prenatale Screening Infectieziekten en Erytrocytenimmunisatie (PSIE) is de screening toegevoegd	Jaarlijks € 100.000
2 Dragerschapsonderzoek bij miskraam	Niet meer toepassen van een dragerschapsonderzoek bij paren met twee miskramen waarbij de moeder ≥ 36 jaar is ten tijde van de tweede miskraam	De richtlijnen zijn aangepast: er wordt alleen getest als de kans op een structurele chromosoomafwijking bij een van de ouders uiteindelijk 2,2 procent of hoger is	Jaarlijks € 900.000
3 Galwegdrainage bij alvleeskliertumor-operatie	Niet routinematig galwegdrainage bij patiënten met obstructie-ictus door een pancreas of periampullaire tumor die in aanmerking komen voor een operatie, maar direct opereren (vroeg operatie strategie)	Resultaten zijn opgenomen in de richtlijnen: pre-operatieve drainage wordt niet aanbevolen indien de patiënt direct geopereerd kan worden	Jaarlijks € 2 miljoen
4 Diagnostiek acute buikklachten (Acute buik? Eerst echo)	Niet meer standaard bij patiënten met acute buikklachten op de spoedeisende hulp röntgenfoto's laten maken; als beeldvormend onderzoek nodig is, met een echo beginnen	De onderzoeksresultaten zijn nog niet opgenomen in de richtlijnen. Momenteel financieren de Orde van medisch specialisten (SKMS gelden) en ZonMw de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn	€ 94.000 per 1.000 patiënten met acute buikklachten. Een gemiddeld ziekenhuis ziet ongeveer 2.000-3.000 patiënten/jaar met acute buikpijn op de SEH
5 Terughoudend beleid bij buikvliesontsteking	Niet meer standaard herhaaldelijk opereren en spoelen van de buikholte na een acute buikoperatie, maar afwachtend beleid na de acute operatie en pas opereren wanneer het echt noodzakelijk is	Niet bekend	Ongeveer € 20.000 per patiënt. Jaarlijks mogelijk ruim € 70 miljoen
6 Niet direct opereren bij acute alvleesklierontsteking	Niet meer direct opereren bij acute alvleesklierontsteking maar een stepped care toepassen en eerst een drain plaatsen	De resultaten zijn (nog) niet opgenomen in de Nederlandse richtlijn uit 2005. De resultaten zijn verwerkt in verschillende internationale richtlijnen, zoals in de behandelrichtlijn 'Interventions for Pancreatic Necrosis'	Ongeveer € 10.000 per patiënt. Gemiddeld Nederlands ziekenhuis heeft 1-2 patiënten per jaar
7 Het verwijderen van de neusamandel (adenotomie)	De onderzoekers concluderen dat adenotomie bij kinderen met recidiverende bovenste luchtweg infectie geen klinisch relevant voordeel biedt boven een afwachtend beleid. Daarom kunnen artsen bij deze kinderen vaker een afwachtend beleid overwegen	Onderzoeksresultaten zijn nog niet opgenomen in de richtlijn voor ziekten van neus- en keelamandelen (ZATT) in de tweede lijn. Richtlijnen voor middenoorklachten bij kinderen doen aanbevelingen om de interventie in eerste instantie niet toe te passen	Niet bekend

Tabel 1. Interventies waarvan het gebruik zou moeten worden beperkt. Inventarisatie ZonMw, 2012

heeft, gezocht naar voorbeelden van interventies of interventies waarvan de onderzoekers concluderen dat ze onnodig zijn. Doorgaans is de conclusie niet dat een interventie niet effectief is, maar dat er een specifieke gewenste toepassing voor is. Dit betekent dat de interventie voor bepaalde indicaties, of in bepaalde situaties, geschikt is en voor andere indicaties/situaties niet. De zoektocht binnen ZonMw leverde één voorbeeld op van een interventie die nu actief uit het hulpverleningsaanbod verwijderd is. Het gaat om de oefenmethode NDT (neuro development treatment), een revalidatiebehandeling binnen de fysiotherapie voor mensen die een beroerte hebben gehad. Nadat de effectstudie uitwees dat deze therapie op onjuiste uitgangspunten berustte, is een scholingsprogramma

opgesteld. Hierin leren de fysiotherapeuten nu dat zij hun patiënten beter met loophulpmiddelen en orthesen kunnen leren lopen dan met de oefenmethode NDT. Bij zeven andere interventies concluderen de onderzoekers dat de interventie of het instrument minder vaak zou moeten worden gebruikt. In tabel 1 staan deze interventies beschreven. Van elk van de zeven interventies laat de tabel zien welke aanbeveling de effectstudie heeft opgeleverd, de wijze waarop deze aanbeveling eventueel al in een richtlijn is opgenomen en een inschatting van de kostenbesparing die het 'minder doen' mogelijk kan opleveren. Deskundigen en vertegenwoordigers van de relevante wetenschappelijke verenigingen aan wie ZonMw deze interventies heeft voorgelegd, bevestigen de resultaten. Zo zouden artsen bij pa-

tiënten die vanwege een buikvliesontsteking een acute buikoperatie hebben ondergaan, niet meer standaard herhaaldelijk moeten opereren en de buikholte blijven spoelen. Als zij na de acute operatie een afwachtender beleid voeren en pas opereren wanneer het echt noodzakelijk is, kan dit een kostenbesparing opleveren die naar schatting tot € 70 miljoen per jaar kan oplopen.

Terugdringen van te veel gebruik

Voordat te veel gebruik kan worden teruggedrongen, moet er meer informatie komen dan nu beschikbaar is. Het huidige gebruik is niet goed bekend. Daarmee is het maken van goede kostenramingen moeilijk. Er zouden goede business cases moeten komen die laten zien wat er voor nodig is om het onnodig gebruik terug te dringen en wat de opbrengsten daarvan kunnen zijn. De redenen van het huidige gebruik zijn niet altijd duidelijk. Staan de resultaten wel in de richtlijn en is de richtlijn voldoende helder over wanneer de interventie wel en niet moet worden toegepast? Het expliciete 'do not do' uit de richtlijnen van het Engelse National Institute for Health and Clinical Excellence kunnen hier als voorbeeld dienen.³ Vervolgens moeten we nog veel meer stimuleren dat hulpverleners deze richtlijnen ook daadwerkelijk toepassen.

ZonMw wil komen tot een actieplan waarin deze stappen worden uitgewerkt tot concrete activiteiten. ZonMw wil ook meer voorbeelden van interventies en instrumenten die (soms) niet nodig zijn actief opsporen door een verzamelpunt te starten waar iedereen een mogelijk onnodige zorgvorm kan melden.

Zoals gezegd, heeft dit actieplan alleen kans van slagen als ook andere partijen eraan meedoen. Naast de wetenschappelijke verenigingen van de Orde van Medisch Specialisten denken we aan het ministerie van VWS, het College voor zorgverzekeringen (CVZ), de Nederlandse Zorg autoriteit (NZa) en de zorgverzekeraars.

Ook zorgverzekeraars kunnen immers het aanbod aan zorg beïnvloeden, bijvoorbeeld door scherp in te kopen.

In het actieplan hoort dan ook een uitgebreide beschrijving en analyse van de rol die de diverse betrokken partijen kunnen spelen. Ook minder bekende instanties verdienen hierin een plaats, zoals DBC-onderhoud, een organisatie die beschikt over databestanden die inzicht in het gebruik van onnodige zorg kunnen geven. ZonMw en een aantal wetenschappelijke verenigingen van de OMS zijn in het najaar van 2012 aan de slag gegaan om een actieplan op te stellen. Zij zien het actieplan als onderdeel van hun gezamenlijk streven om samen te gaan werken in kwaliteitscirkels: van een gezamenlijk vastgestelde onderzoeksagenda komen tot praktisch relevant onderzoek. De resultaten daarvan moeten snel en helder in richtlijnen komen en die moeten ook vlot worden toegepast in de praktijk. Daarbinnen past vanzelfsprekend het expliciet benoemen van wat wel en wat niet voor welke patiënt.

In een tijd dat het ministerie van VWS dagelijks naar nieuwe besparingen op zoek is, vormt dit actieplan een uitgelezen kans om kosten omlaag te brengen terwijl de kwaliteit en veiligheid van de zorg gewaarborgd blijven.

Noten

- 1 *Verstandig Kiezen: kostenbesparing door onnodige interventies niet of minder te doen*, ZonMw, september 2012.
- 2 Choosing Wisely: www.choosingwisely.org
- 3 NICE: www.nice.org.uk
- 4 Cook, S., Disinvestment – Experts' guide to saving money in health, *BMJ*, 340, 2010, c1281.
- 5 Elshaug, A.G., Moss, J.R., Littlejohns, P., Karnon, J., Merlin, T. L. en J.E. Hiller, Identifying existing health care services that do not provide value for money, *Medical Journal of Australia*, 190, 2009, 269–273.
- 6 Garner S. en P. Littlejohns, Disinvestment from low value clinical interventions: NICEly done? *BMJ*, 343, 2011, d4519.
- 7 Moynihan et al., Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy *BMJ* 2012;344doi: 10.1136/bmj.e3502, 2012.
- 8 NHS-Scotland Introducing New Technologies into the NHS Scotland - A Practical Guide for Industry, beschikbaar via <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/11/02085517/0>, 2010.
- 9 Robinson, S., Dickinson, H., Freeman, T. en I. Williams, Disinvestment in health – the challenges facing general practitioner (GP) commissioners, *Public Money & Management* 31/2, 2011, 145–148.
- 10 Swensen, S.J., Kaplan, G.S., Meyer, G.S., Nelson, E.C., Hunt, G.C., Pryor, D.B., Weissberg, J.I., Daley, J., Yates, G.R. en M.R. Chassin, Controlling healthcare costs by removing waste: what American doctors can do now, *BMJ Quality and Safety*, 20/6, 2011, 534–537.

Informatie over de auteurs

Barbara van der Linden is stafmedewerker Implementatie en Innovatie bij ZonMw.

Gonny ten Haaf is freelance tekstschrijver.

Wat is bekend?

Effectstudies wijzen regelmatig uit dat een instrument of interventie voor een kleinere doelgroep zou moeten worden gebruikt dan nu het geval is. In wetenschappelijke publicaties staan deze conclusies doorgaans prominent genoemd, maar dit betekent nog niet dat deze aanbevelingen bij hulpverleners en patiënten 'landen'. Dat is jammer, want ze maken een aanzienlijke kostenbesparing mogelijk.

Wat is nieuw?

Aan de hand van zeven voorbeelden laat ZonMw zien dat het terugdringen van onnodig gebruik de zorgkosten kan doen dalen. De voorbeelden laten ook zien dat dit niet eenvoudig is. ZonMw werkt daarom aan een omvattend actieplan waarin zij samen met andere partijen handen en voeten geeft aan het concept 'Verstandig kiezen'.