

FMS PLEIT VOOR STRUCTURELE EVALUATIE VAN SPECIALISTISCHE ZORG

‘Beter finetunen: wat doe je bij wie?’

Wat is de beste behandeling voor een patiënt? Artsen die bereid zijn de uitkomst van hun behandelingen structureel te onderzoeken, kunnen die vraag beter beantwoorden dan nu het geval is. Daarom pleiten medisch specialisten voor zorgevaluatie, vertelt Hanna Willems.

Een 80-jarige patiënt komt met een gebroken pols bij de orthopeed. De pols kan met gips of via een operatie worden gestabiliseerd. Beide behandelopties zijn op zich nuttig, daar is geen twijfel over in artsenland. Maar welke keuze is bij deze patiënt de meest effectieve? Is het voldoende als de patiënt na genezing de rollator kan besturen, of moet met die pols nog kunnen worden getennist? Voor patiënt, arts én maatschappij (denk: zorgkosten) zou het beter zijn als een arts met meer zekerheid voor een bepaalde behandeling zou kunnen kiezen. Dat hij weet: bij deze patiënt, met deze indicatie en gewenste uitkomst, leidt deze behandeling tot het beste resultaat. Zorgevaluatie kan die zekerheid bieden, betoogt Hanna Willems.

Willems, in het dagelijks leven klinisch geriatr in het AMC, is voorzitter van de adviescommissie Zorgevaluatie van de Federatie Medisch Specialisten (FMS). Die commissie heeft in het Adviesrapport Zorgevaluatie vastgelegd wat er moet gebeuren om tot structurele zorgevaluatie binnen de medisch-specialistische

zorg te komen. Het gaat de commissie daarbij ‘om het finetunen van evidence: wat doe je bij wie? Hebben we dat eigenlijk goed uitgezocht?’, stelt Willems de retorische vraag.

Dagelijks behandeldilemma

Willems’ belangstelling voor dit onderwerp komt voort uit haar werk in de geriatrie. Behandeling van kwetsbare ouderen levert ‘een kleine kans op verbetering en een grote potentiële kans op schade’ op, omschrijft ze haar dagelijkse behandeldilemma. ‘Neem cholesterolverlagers. Die laten in grote groepen effecten zien, maar kunnen per individu tot klachten leiden. Gemiddeld vier van de tien patiënten heeft er baat bij. Maar wie van de tien? Dat weten we niet. Terwijl

‘Doelmatig handelen is altijd goedkoper’

de vraag ‘wel of niet laten slikken’ belangrijk is als mijn patiënt dagelijks al een berg pillen weg te slikken heeft.’ Het rapport van haar commissie wijst op medische richtlijnen ‘waarin ruim de helft van de conclusies of aanbevelingen’ berust op beperkt bewijs, wat leidt tot praktijkvariatie. Willems: ‘Hoe meer je als arts standaardprocedures kan volgen, hoe makkelijker je een gesprek met een patiënt aan kan gaan: “uit onderzoek blijkt dat, in uw geval, met deze fractuur, opereren het beste is”.’

De verwachting is dat met finetunen de zorgkosten zullen afnemen. Willems: ‘Door doelmatig handelen weten wat het beste is, is altijd goedkoper dan via omzwervingen ergens uitkomen.’ Ze neemt het voorbeeld van de patiënt met de gebroken pols. Zelfs als evaluatie leidt tot de conclusie dat bij een bepaalde patiëntengroep het duurdere opereren de beste optie zou zijn, pakt het totale eindresultaat goedkoper uit, schetst ze. Dit omdat behandelen nooit in 100 procent van de gevallen succes oplevert, maar er altijd een percentage patiënten zal blijven die niet goed uit de gekozen behandeling komt, en bijvoorbeeld extra thuiszorg of later meer doktersbehandelingen nodig heeft, wat ook weer veel geld kost. Dat percentage waarbij het, zoals Willems het noemt ‘hommes’ is, zal door zorgevaluatie kleiner worden.

Regulering light

Maar hoe krijg je het voor elkaar om tot meer onderzoek te komen? De advies-



Hanna Willems:
door
zorgevaluatie
leidt
behandeling
minder vaak
tot 'hommeles'

SERGE LICHTENBERG

commissie heeft daar een aantal stappen voor op een rijtje gezet. Artsen moeten, in overleg met patiënten en zorgverzekeraars – Willems: 'die zien waar de praktijkvariatie het grootst is' – vaststellen waar de grootste kennishiaten zitten, en

welke het belangrijkste zijn om te dichten. Zij moeten netwerken of consortia vormen, het liefst zo breed mogelijk, en samen bepalen welke hiaten het eerste worden aangepakt. Willems: 'Je wilt dat een groot deel van de collega's meedoet,

dan is de neiging om de uitkomst te geloven en dan ook te gebruiken het grootst.'

Ter ondersteuning van de artsen moet gekeken worden of faciliteiten van trialbureaus en researchmedewerkers gedeeld

kunnen worden, aldus de adviescommissie, zodat dergelijk onderzoek een plaatsje in de dagelijkse werkzaamheden kan krijgen zonder dat een arts uren kwijt is met zaken als dataregistratie. En de wetenschappelijke verenigingen moeten zich er hard voor maken dat het nieuwe bewijs wordt toegevoegd aan de richtlijnen.

Dat is de theorie van het ideale model. Maar die stuit in de praktijk nog op 'belemmeringen', constateert Willems. Op zich vindt er natuurlijk al het nodige onderzoek plaats, dat aan allerlei regels onderhevig is, zoals het verplicht informeren van patiënten dat ze meedoen aan onderzoek. Regels die volgens Willems hun doel voorbijschieten voor het soort onderzoek dat de zorgevaluatiecommissie voor ogen heeft.

'We willen zorg die we toch al leveren evalueren. Het gaat niet om experimentele onderzoeken, het gaat om behandelingen waarvan we al weten dat ze veilig zijn. Je wilt hiervoor niet alle patiënten uitgebreid hoeven informeren, ook omdat je een zo natuurlijk mogelijke setting wilt, waarbij je iedereen includeert. Maar door alle regels waaraan moet worden voldaan, beginnen artsen hier niet aan. Daar moeten we een antwoord op zien te vinden. Zou je met regulering light die belemmering weg kunnen nemen?'

Investeren

Dan is er nog de kwestie van het geld. Elke euro die je investeert, betaalt zich uit in 3 euro besparing op zorgkosten. Dat valt volgens de FMS-adviescommissie op te maken uit de ervaring van gynaecologen, een beroepsgroep die al sinds 2003 met zorgevaluatie bezig is. Maar om te beginnen moet er wel een startkapitaal zijn. Willems: 'Het beste model lijkt me dat zorgverzekeraars structureel geld investeren om het vliegwieltje te laten draaien. Zij hebben als eerste het profijt, krijgen de opbrengst terug.' Willems is dan ook erg in haar nopjes met de 13 miljoen euro die zorgverzekeraars (zie *kader*) al eenmalig beschikbaar stelden voor een zorgevaluatieproject. 'Zorgverzekeraars willen hier echt wel in investeren.'

Ziekenhuizen zullen op hun beurt juist in eerste instantie hun inkomsten zien dalen, als er door zorgevaluatie uiteindelijk voor minder geld effectief behandeld kan worden. De inzet van de adviescommissie is dan ook die van *shared savings*: een deel van de maatschappelijke opbrengst zal naar ziekenhuizen moeten, omdat die wel hebben geïnvesteerd in materiaal, ruimte en personeel om alle behandelingen mogelijk te maken. Willems: 'We moeten accepteren dat ziekenhuizen een deel van de opbrengst nodig hebben om overeind te blijven.' En artsen moeten 'hun eigen ego voorbij, verder dan hun eigen belangen en wen-

Een deel van de opbrengst moet naar ziekenhuizen

sen', aldus Willems, om structurele evaluatie mogelijk te maken. Met andere woorden: artsen die het liefst alleen de hele dag met patiënten bezig zijn, of juist vooral met onderzoek naar zaken waar ze zelf het meest interesse in hebben, moeten zich hiervoor willen inzetten. Willems: 'Het moet gewoon worden in de hoeden van artsen om het eigen handelen continu te evalueren'. Volgens de geriater wordt er weliswaar al sinds een jaar of twintig gewerkt aan kwaliteitsbeleid in de zorg, maar vooral op grote lijnen, en wat evaluatie betreft alleen nog op projectbasis. 'Er stroomt een klein beekje van zorgevaluatie. Dat krijgt water door projecten, maar het beekje moet een brede rivier worden waarop we met zijn allen varen. Zover zijn we nog niet. Maar over vijftien tot twintig jaar zouden we wel zover moeten zijn.' ■

ZORGEVALUATIE: PROJECTEN

Er zijn verschillende initiatieven op het terrein van zorgevaluatie waarvoor op projectbasis geld is vrijgemaakt:

Seenez-project

Op verzoek van VVD-Kamerlid Arno Rutte maakte minister Schippers 1,5 miljoen euro ZonMw-subsidie vrij, en legden zorgverzekeraars 1,5 miljoen euro bij. Met dit geld worden de komende vier jaar onderzoeken uitgevoerd naar de effectiviteit van zes ziekenhuisbehandelingen.

Leading the Change

Zorgverzekeraars hebben recentelijk 13 miljoen euro gereserveerd waarmee de effectiviteit van twintig behandelingen kan worden bestudeerd gedurende vijf jaar.

Kennis- en doelmatigheidsagenda medisch-specialistische zorg (K&D)

Onder de vlag van ZonMw, dat hiervoor een budget van 9 miljoen euro heeft, wordt de behandeling van dertig aandoeningen onderzocht op effectiviteit.

Citrienfonds

Umc's hebben 25 miljoen euro opzijgezet voor verbeteringen in de zorg, waarvan een deel gaat naar terugdringen van onnodige zorg.

Het Adviesrapport Zorgevaluatie 'Van project naar proces' wordt vrijdag 28 oktober besproken tijdens het FMS-symposium Zorgevaluatie, en tevens aangeboden aan Tweede Kamerlid Arno Rutte.

web

Meer informatie over dit onderwerp vindt u op medischcontact.nl.