

Verstandig kiezen



Verstandig kiezen:

kostenbesparing door bepaalde interventies niet of minder te doen

september 2012



Colofon

ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie
Vooruitgang vraagt om onderzoek en ontwikkeling. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren.

ZonMw heeft als hoofdopdrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.

Voor meer informatie over Verstandig Kiezen kunt u contact opnemen met Barbara van der Linden via e-mail linden@zonmw.nl of telefoon 070 349 51 38.

Auteur: Barbara van der Linden

Datum: september 2012

Oplagenummer: 09/2012/KD

ZonMw

Laan van Nieuw Oost-Indië 334

Postbus 93245

2509 AE Den Haag

Tel. 070 349 51 11

Fax 070 349 53 58

www.zonmw.nl

 info@zonmw.nl

Inhoud

1. Samenvatting.....	3
2. Inleiding	4
3. Verstandig kiezen en 'niet meer doen' in het buitenland.....	6
4. Voorbeelden van minder effectieve interventies en de rol van diverse partijen	8
5. Hoe verder	13

Bijlagen

Bijlage A	Literatuurlijst	14
Bijlage B	Voorbeelden uit ZonMw-programma's	16

1. Samenvatting

Dit signalement verkent mogelijkheden om kosten in de Nederlandse gezondheidszorg te besparen door bepaalde medische interventies ‘niet meer of minder te doen’. Vaak betekent dit dat hulpverleners een (diagnostisch) instrument of een interventie voor minder patiënten gaan gebruiken dan zij tot nu toe gewoon waren. Soms kan het ook zijn dat zij terughoudender moeten zijn: eerst afwachten of ingrijpen wel echt nodig is, of eerst een lichtere vorm van het instrument of de interventie gebruiken alvorens een zwaardere variant in te zetten (de zogeheten stepped care). Bij een klein aantal instrumenten en interventies kan dit ‘niet meer doen’ zelfs betekenen dat de hulpverleners het instrument of de interventie helemaal niet meer gebruiken.

Op basis van internationaal literatuuronderzoek en een inventarisatie van (kosten-) effectiviteitsstudies van ZonMw laat dit signalement zien dat aanzienlijke kostenbesparingen op deze manier mogelijk kunnen zijn. Uit een analyse van zeven ZonMw-projecten blijkt dat hulpverleners het zorgbudget flink omlaag kunnen brengen als zij ‘niet meer doen’ aanbevelingen opvolgen. Zo zouden artsen bij patiënten die vanwege een buikvliesontsteking een acute buikoperatie hebben ondergaan, niet meer standaard herhaaldelijk hoeven opereren en de buikholte blijven spoelen, daar waar medisch verantwoord. 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.

Het realiseren van deze kostenbesparingen vergt actief beleid. In dit signalement pleiten wij daarom voor een breed gedragen actieplan *Verstandig Kiezen*, een begrip dat aan de Choosing Wisely campagne van een groot aantal Amerikaanse wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten is ontleend. De Orde van Medisch Specialist en een aantal wetenschappelijke verenigingen willen meedoen aan dit gezamenlijk initiatief. Ook andere partijen zoals beleidsmakers/overheidsinstanties en zorgverzekeraars willen we hierbij betrekken. Concreet stellen we al een aantal stappen voor, zoals het stimuleren dat aanbevelingen over verstandig kiezen daadwerkelijk in richtlijnen worden opgenomen, het opsporen van nieuwe voorbeelden, het opstellen van business cases die de bijbehorende kostenbesparingen inzichtelijk maken en een goede registratie van het gebruik van interventies en instrumenten.

Dit signalement vormt de aanzet om met alle relevante partijen met Verstandig Kiezen aan de slag te gaan.

2. Inleiding

In alle westerse landen staat kostenbesparing in de gezondheidszorg hoog op de agenda. Alleen al als gevolg van de vergrijzing en toenemende medische mogelijkheden lopen de kosten hoog op, terwijl de financiële crisis juist dwingt te bezuinigen. In Nederland spannen diverse partijen zich in om (nieuwe) wegen te zoeken om het zorgbudget omlaag te krijgen.

Ook ZonMw zet zich daar actief voor in. In 2009 publiceerde zij het rapport *Kostenbesparende projecten - Quickscan van ZonMw programma's*. In dit rapport staan 100 interventies waarvan wetenschappelijk onderzoek sterke aanwijzingen laat zien dat zij kostenreductie mogelijk (kunnen) maken, zonder dat de kwaliteit van de zorg achteruit gaat. De interventies zouden dan vaker toegepast moeten worden dan tot nu toe het geval is.

In vervolg hierop nam ZonMw het initiatief om in zes zorginstellingen projecten te ondersteunen die de dagelijkse zorg goedkoper kunnen maken. De resultaten van deze projecten worden in de loop van 2012 bekend.

In de genoemde Quickscan viel het ons op dat bij enkele projecten de aanbeveling niet luidt dat hulpverleners deze interventies beter of vaker moeten gebruiken, maar dat zij er goed aan doen deze te stoppen of minder toe te passen. Omdat onderzoek laat zien dat de interventie niet effectief is, of niet kosteneffectief, kan deze maar beter uit het behandelingsaanbod verdwijnen. Dit vonden we zo interessant, dat we een verkenning zijn gestart om te kijken of er meer van zulke interventies te vinden zijn. Zijn er diagnostische tests of behandelingen waarvan onderzoek laat zien dat deze niet effectief zijn, of minder effectief dan een gelijkwaardig alternatief? Zo ja, worden deze tests of behandelingen dan ‘geschrap’t’, of minder toegepast?

Zulke vragen passen goed bij het actieve ‘implementatiebeleid’ van ZonMw, één van de speerpunten van onze organisatie¹. Onderzoek is immers vooral van betekenis als de resultaten ervan ook daadwerkelijk worden verspreid en toegepast. Hierbij maken we gebruik van diverse instrumenten, zoals educatie, analyses (bijvoorbeeld van factoren die een brede toepassing belemmeren) en de zogeheten verbeterprogramma's (zie www.zonmw.nl).

Voor dit signalement gaat het om de implementatie van resultaten uit (kosten-)effectiviteitsstudies². Bij effectiviteitsstudies gaat het doorgaans om een vergelijking tussen twee zorgvormen, bijvoorbeeld om de vergelijking tussen een oude en nieuwe diagnostische test, of tussen een oude en nieuwe therapie. Het resultaat van zulke studies is het eventuele bewijs of de onderzochte zorgvorm een meerwaarde heeft boven de zorgvorm waarmee deze vergeleken wordt. Hieruit komen aanbevelingen voort, namelijk welke zorgvorm de voorkeur krijgt. Hetzelfde geldt voor doelmatigheidsonderzoek naar een reeds bestaande interventie, als er twijfels over de (kosten-)effectiviteit gerezen zijn.

Voor de praktijk betekent dit dat er bij invoering van iets nieuws, ook iets ouds is dat kan vervallen. Met andere woorden: dit wel, dat niet. Opvallend is echter dat onderzoekers vaak aanbevelingen doen over het ‘wél’, maar niet over het ‘niet’. Hetzelfde zien we bij effectstudies die uitwijzen dat een bestaande test of behandeling niet of onvoldoende werkzaam is: er volgen geen aanbevelingen hoe of wanneer deze test of behandeling mogelijkerwijs kan vervallen.

Natuurlijk laat onderzoek meestal minder absolute uitkomsten zien. De conclusie luidt doorgaans 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. Het gaat dan dus om het zogeheten gepast gebruik van de interventie en zeker niet om afschaffing ervan. Hetzelfde geldt voor interventies die in de zogeheten stepped-care aanpak in een latere fase van de behandeling een goede keus zouden kunnen zijn. De interventie dient dan niet als eerste keus in de behandeling, maar kan later zeker zinvol zijn, als de eerst gekozen aanpak niet of onvoldoende werkt.

Onderzoeksresultaten zouden dus vaker tot ‘gedragsverandering’ van een arts, verpleegkundige, of fysiotherapeut kunnen of moeten leiden. Er zijn aanwijzingen dat de zogeheten indicatiebreedte voor

¹ Zie ook het ZonMw-Beleidsplan Investeren loont, 2012-2015, www.zonmw.nl

² Veel van deze studies worden uit het ZonMw-programma Doelmatigheidsonderzoek gefinancierd; de laatste jaren zijn er ook steeds meer andere ZonMw-programma's die dit type onderzoek subsidiëren.

instrumenten of interventies wordt versmald: voor die gevallen wél, voor die gevallen niet (meer). In feite hebben we het dan over het ontdekken en zo mogelijk beperken of afschaffen van bepaalde zorg.

Gehanteerde begrippen

In de Nederlandse literatuur wordt niet-kosten effectieve zorg ook wel ondoelmatige, overbodige, obsolete, zinloze of onnodige zorg genoemd (Plas 2006, RVZ 2010, Lekkerkerk 2011, Vermeulen 2010, Vermeulen 2011). In buitenlandse literatuur vinden we termen als ineffective care, low value interventions, inappropriate care, avoidable care (Elshaugh 2007, Elshaugh 2009, Garner 2011, Cook 2010), of waste (Swensen 2011). ZonMw kiest voor de term niet of minder effectieve interventies, omdat deze ook voor niet-wetenschappers goed te begrijpen is. Bovendien maakt deze term het mogelijk om goed onderscheid te maken tussen situaties/indicaties wanneer de interventie wel en wanneer deze niet toegepast moet worden. Het gaat er meestal niet om dat een behandeling of instrument helemaal afgeschaft moet worden. Meestal gaat het om een inperking van het gebruik: hulpverleners moeten de betreffende zorgvorm alleen voor die indicaties gebruiken waarvoor deze echt werkzaam is.

In Nederlandse publicaties vinden we ook termen voor (beleids-)maatregelen die er toe moeten leiden dat hulpverleners stoppen met zorg die niet nodig is. Vaak gebruikte termen zijn afschafgeneeskunde, substitutie, uitstroom en deregulering, creatieve destructie en gepast gebruik (Schrijvers 2010, RVZ 2010, VWS 2012, Den Haan 2011, WRR 2008). Ook het woord de-implementatie wordt wel gebruikt. De term die we in samenspraak met de Orde van Medisch Specialisten voor dit signalement het meest geschikt vinden, ontleen we aan de Amerikaanse literatuur. Het is de Nederlandse vertaling van *choosing wisely*: verstandig kiezen. Dit is een initiatief van de Amerikaanse wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten dat erop gericht is om niet of minder effectieve tests en behandelingen op te sporen (www.choosingwisely.org). Door een *Choosing Wisely campaign* willen deze verenigingen ook de discussie tussen artsen en patiënten over het al dan niet toepassen van zulke tests en behandelingen stimuleren.

3. Verstandig kiezen en 'niet meer doen' in het buitenland

In veel landen groeit het besef dat kostenbesparing mogelijk moet zijn door kritischer te kijken naar zorgvormen die niet (kosten-)effectief zijn. Vaak is het de overheid die dit onderwerp op de agenda zet en het initiatief neemt om minder effectieve zorgvormen te (laten) opsporen, maar er is nog geen land dat hier structureel en systematisch beleid op voert.

Op basis van literatuuronderzoek geven we hieronder een indruk van buitenlandse ontwikkelingen. Er blijkt nog maar weinig relevante literatuur en de literatuur die er is, is van recente datum. Eerst volgen voorbeelden van niet of minder effectieve interventies, vervolgens van beleid dat erop gericht is om het gebruik hiervan te verminderen. Wat opvalt, is dat in alle landen erkend wordt dat de betrokkenheid van medische experts cruciaal is. Vaak spannen zij zich ook al in om het gebruik van minder effectieve interventies terug te dringen.

Voorbeelden

In de buitenlandse literatuur zijn veel voorbeelden van niet of minder effectieve interventies te vinden, variërend van alledaagse behandelingen in de huisartsenzorg tot meer ingewikkelde scans en therapieën die in de diverse medische specialismen worden gebruikt. Het Engelse National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, www.nice.org.uk) identificeerde maar liefst 424 potentiële gebieden in diagnostiek en behandelingen (Garner 2011) waar beperkingen in het gebruik mogelijk zijn. Zo kan de toepassing van trommelvliesbuisjes en antihistaminica bij kinderen met middenoorontsteking (otitis media met effusie, OME) worden teruggedrongen, evenals de toediening van antibiotica bij luchtweginfecties. Andere voorbeelden uit Engelse en Amerikaanse publicaties zijn stenting bij beperkte of juist uitgebreide coronair obstructie, arthroscopieën bij simpele osteo-artritis en MRI-diagnostiek bij ongecompliceerde rugpijn (Swensen 2011, Cook 2010).

De British Medical Journal (BMJ) riep in 2009 haar lezers op om suggesties voor kostenbesparingen in te dienen. Dit leverde een interessante respons op van medisch specialisten. Vooral op het gebied van de cardiologie, radiologie, gynaecologie en psychiatrie zijn een groot aantal diagnostische tests en medische interventies genoemd die in bepaalde gevallen niet geïndiceerd zouden zijn (Cook 2010). In Australische publicaties staan voorbeelden van fertiliteitsbehandelingen en operatieve ingrepen bij slaapapnoe die bij een aantal indicatiegebieden minder effectief zouden zijn (Elshaug, 2007). De Choosing Wisely campagne in de VS heeft 45 voorbeelden opgeleverd van tests en interventies waarvan het gebruik in gesprekken tussen artsen en patiënten ter discussie zou moeten staan (www.choosingwisely.org).

Opnieuw valt op dat de auteurs er expliciet op wijzen dat er bijna geen gevallen zijn van interventies die altijd en overal niet of minder effectief zouden zijn. Wel dringen zij aan op een actief beleid om ervoor te zorgen dat de betreffende zorg tot de juiste indicaties beperkt blijft.

Beleid: 'niet meer doen'

Veel publicaties beschrijven ook beleid(-svoorname) die deze aanbevelingen concreet moeten maken. Australische onderzoekers spreken van *disinvestment*: het gedeeltelijk of niet meer toekennen van middelen aan bestaande gezondheidszorgpraktijken, procedures, technologieën of geneesmiddelen waarvan bewezen is dat deze weinig of geen gezondheidswinst opleveren, afgewogen tegen de kosten die gemaakt worden (Elshaug, 2007). Deze auteurs wezen er in 2007 al op dat er onvoldoende in het opsporen van niet effectieve interventies wordt geïnvesteerd. Zij vinden dat hier middelen voor moeten worden vrijgemaakt, waarna er beleid moet worden vastgesteld op basis waarvan er tussen deze interventies 'geprioriteerd' kan worden. Vervolgens kan worden bepaald hoe het gebruik van de interventies die bovenaan de lijst staan, ingeperkt kan worden. Een dergelijk beleid draagt bij aan meer gelijkheid tussen patiënten, een betere kwaliteit van zorg en efficiënte besteding van het zorgbudget.

In hun publicaties erkennen de onderzoekers dat het hier om complexe materie gaat. Er is immers geen directe koppeling tussen het introduceren van nieuwe interventies en het afschaffen van oude. Ook zijn er weerstanden bij behandelaars die bestaande routines moeten veranderen, bij patiënten die hoop halen uit 'iets' doen en bij politici die geen impopulaire maatregelen willen nemen. Bij de te nemen maatregelen moeten dan ook alle partijen betrokken zijn, zoals de overheid, wetenschappelijke verenigingen, verzekeraars en vertegenwoordigers van patiënten. Mede op basis van de publicaties

van deze onderzoekers heeft de Australische overheid in 2009 een ‘quality framework’ gefinancierd dat dient als een formele ‘disinvestment agenda’ voor de gezondheidszorg (Elshaug 2009).

Het Engelse NICE startte in 2006 met een *cost-saving guidance*, direct gevolgd door een *ineffective treatments programme*. De pilot daarvan liet zien dat NICE in haar klinische richtlijnen al veel van de genoemde ‘do not do’ aanwijzingen publiceert. Ook nu weer luidde de conclusie dat er weinig interventies zijn die afgeschaft zouden moeten worden. Beter is het om die subgroepen te identificeren waarvan is aangetoond dat de interventie het meest kosteneffectief is (*better targeting*) en vervolgens in klinische richtlijnen op te nemen bij welke subgroepen de interventie al dan niet gebruikt zou moeten worden (het ‘do not do’). In de praktijk bleken veel hulpverleners deze ‘do not do’ aanbevelingen nog niet te kennen. Daarom werkt NICE nu aan een verbeterde verspreiding en toepassing van deze informatie.

In Engelse bronnen wordt er op gewezen dat het weliswaar op korte termijn geld kost om het gebruik van niet of minder effectieve zorg terug te dringen, maar dat dit op lange termijn besparingen oplevert. Eerst is er nog veel onderzoek nodig: vooral bij oudere interventies ontbreekt nog vaak het bewijs van (niet) effectiviteit en ook zijn er nog maar weinig data over de mate waarin hulpverleners een bepaalde zorgvorm daadwerkelijk gebruiken (Garner 2011). Daarnaast dringen onderzoekers erop aan dat artsen die nu binnen de National Health Service (NHS) een sterkere rol bij de inkoop krijgen, meer met overheden en patiëntvertegenwoordigers moeten gaan samenwerken. Alleen zo zijn beslissingen rond het disinvestment-beleid kansrijk (Robinson, 2011).

Ook in Schotland, Spanje, Canada en Amerika zijn interessante initiatieven op dit terrein. Binnen de Schotse NHS is een National Planning Forum geformeerd om beslissingen rond disinvestment te coördineren (Guide to introducing new Technologies to the NHS, NHS 2010). De Spaanse overheid heeft een belangrijke handleiding opgesteld, de *Guideline for Not Funding existing health technologies in health care systems* (Ibargoven-Roteta 2009). In Canada adviseerde een overheidsadviesgroep van één provincie om 44 disinvestment initiatieven te nemen. Daarmee zou een begrotingstekort van bijna 5 miljoen dollar opgelost kunnen worden (Mitton 2011).

Amerikaanse onderzoekers rekenden in 2011 uit dat er een besparing van 100 miljard dollar mogelijk zou zijn met een strategie die gericht is op 1) opsporen van overbehandeling, 2) voorkomen van complicaties en 3) voorkomen van verspilling in zorgprocessen. Zij stellen voor dat professionele organisaties elk drie potentieel kostenbesparende gebieden aangeven en heldere richtlijnen en registraties maken waarmee transparante publieke verantwoording en benchmarking mogelijk wordt. Overheden en professionals zouden deze handschoen samen moeten oppakken (Swensen 2011). De Choosing Wisely campagne van de Amerikaanse medisch specialisten is al genoemd (www.choosingwisely.org). Deze campagne leverde in korte tijd al 45 concrete voorbeelden op van niet of minder effectieve interventies. Naar schatting is het mogelijk om hiermee 30 procent van de zorgkosten te besparen. In een recente publicatie in de British Medical Journal wordt dit initiatief genoemd als een voorbeeld dat navolging verdient. Tegelijkertijd erkennen de auteurs dat er sterke culturele en financiële krachten zijn die de bestaande situatie in stand houden (Moynihan 2012).

4. Voorbeelden van minder effectieve interventies en de rol van diverse partijen

Op zoek naar niet of minder effectieve interventies

Zoals gezegd, subsidieert ZonMw al jarenlang veel studies naar de (kosten-)effectiviteit van instrumenten en interventies. Binnen die studies hebben we gezocht of er interventies of instrumenten zijn waarvan de onderzoekers concluderen dat ze minder of niet effectief zijn. Een eerste selectie leverde daarvoor twintig projecten op.

Bij deze projecten hebben we vervolgens gekeken of de onderzoekers daadwerkelijk aanbevelen dat het betreffende instrument of de interventie dan ook minder toegepast zou moeten worden, of zelfs afgeschaft. Met andere woorden, raden de onderzoekers aan om ‘niet meer te doen’? En zo ja, zijn deze aanbevelingen al in richtlijnen opgenomen? Is het mogelijk kosten te besparen? Per project hebben we deze informatie beknopt en kernachtig samengevat.

Deze samenvattingen hebben we voorgelegd aan een aantal onderzoekers en deskundigen. We stelden hen de volgende vragen:

1. Kunt u zich in onze conclusies over deze interventie vinden?
2. Wordt deze interventie nog toegepast? Zo ja, hoe vaak wordt deze interventie naar uw inschatting binnen uw vakgebied gebruikt (aantal/percentages)?
3. Wat is er nodig om deze onderzoeksresultaten verder te verspreiden en daadwerkelijk te laten landen?

Daarnaast hebben we onze bevindingen voorgelegd aan medewerkers van het College voor zorgverzekeringen (CVZ), de Nationale Zorgautoriteit (NZa) en het ministerie van VWS. Al deze organisaties hebben we niet alleen gevraagd naar hun visie op de twintig gevonden projecten, maar ook meer in het algemeen naar hun mening over niet of minder effectieve zorg. We hebben deze vragen vooral toegespitst op hun eigen rol: wat kunnen en willen deze organisaties doen op dit gebied?

Alle geraadpleegde experts reageerden positief op ons verzoek om over deze vragen mee te denken. Het onderwerp is naar hun mening belangrijk. Wel tekenden zij aan dat het niet verstandig is om op basis van één enkel onderzoek te besluiten om een interventie ‘niet meer te doen’. Ook adviseerden zij bij deze vraagstukken altijd de wetenschappelijke verenigingen te betrekken.

Zeven voorbeelden die kosten kunnen besparen

Bij nadere bestudering van de twintig projecten bleek dat deze weinig inzicht geven in potentiële kostenbesparingen in de dagelijkse praktijk. De conclusies beperken zich meestal tot gestandaardiseerde effecten en kostenberekeningen, zoals die gewoonlijk in kosten-effectiviteitsonderzoek beschreven staan. Bij sommige interventies zijn de aanbevelingen wel in richtlijnen opgenomen. Maar er is (opvallend) weinig informatie over de mate waarin hulpverleners de aanbevelingen opvolgen én er is weinig informatie over het gebruik van de interventies. Ook is er maar weinig bekend over de mate waarin de interventies via het verzekerde pakket worden vergoed.

Op basis van het advies van de onderzoekers en experts is de lijst van twintig interventies uiteindelijk tot zeven interventies teruggebracht. Een aantal interventies bleek namelijk niet of niet meer te worden gebruikt, of was zelfs in het geheel niet ingevoerd. Eén interventie, een revalidatietherapie voor patiënten die een beroerte hebben gehad, is op basis van het ZonMw-project zoveel mogelijk uit het hulpverleningsaanbod verwijderd. Een ZonMw-studie wees namelijk uit dat deze NDT-oefenmethode op onjuiste uitgangspunten berustte, waarna besloten is een nieuw scholingsprogramma voor fysiotherapeuten te ontwikkelen. In deze cursus leren de fysiotherapeuten dat zij de zogeheten NDT-oefenmethode niet (meer) moeten gebruiken. In plaats daarvan kunnen zij hun patiënten met loophulpmiddelen en orthesen helpen om hun loopfunctie te verbeteren. Dit scholingsprogramma, dat met ZonMw-subsidie is opgezet, is een mooi voorbeeld van actief beleid dat ‘niet meer doen’ tot doel heeft. In 2012 start ook een pilot voor ergotherapeuten en verpleegkundigen. In andere landen is veel belangstelling voor dit Nederlandse initiatief. Uit België, Duitsland en Engeland komen al verzoeken om het scholingsaanbod te mogen overnemen. In onderstaand kader wordt het voorbeeld van deze interventie verder toegelicht.

Revalidatiebehandeling na een beroerte

Na een beroerte volgen patiënten revalidatietherapieën en oefenmethoden om hun balans- en loopvaardigheid te herstellen. Voorheen oefenden fysiotherapeuten vooral met de zogeheten NDT oefenmethode. Inmiddels is er een nieuw scholingsprogramma en is het de bedoeling dat de NDT niet meer wordt gebruikt.

Onderzoek

Verschillende ZonMw projecten toonden aan dat de NDT-oefenmethode op onjuiste uitgangspunten berustte. De conclusie luidde dat patiënten beter loophulpmiddelen en orthesen kunnen gebruiken om hun loopfunctie te ondersteunen. Op basis hiervan is een implementatieproject opgezet waarin de evidence based (practice) inzichten over verschillende therapieën zijn verwerkt, inclusief die over de oefenmethode NDT. Dit heeft geleid tot het scholingsprogramma Neurorevalidatie CVA.

Activiteiten

Het toepassen van het nieuwe scholingsprogramma hield ook in dat er acties werden ondernomen om de oude NDT oefenmethode uit het behandelingsaanbod te schrappen. Voor veel fysiotherapeuten betekende dit een gedragsverandering. Concreet gaat het om fysiotherapeuten die in de neurorevalidatie werkzaam zijn, zowel in de eerste lijn als in het ziekenhuis, revalidatiecentrum en verpleeghuis.

Resultaat

NDT was de dominante praktijk in Nederland en is dat nog steeds in landen binnen en buiten Europa. De oude NDT cursussen worden, voor zover bekend, in Nederland niet meer gegeven. Een stimulerende factor hierin was dat de oude NDT docentenvereniging de DVNR geworden is: de Docenten Vereniging voor NeuroRevalidatie. Deze vereniging zorgt er zelf voor dat haar leden geen cursussen oude stijl meer aanbieden.

Het scholingsprogramma is ontwikkeld in 2006. Inmiddels organiseert het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI) de cursussen Neurorevalidatie CVA. Begin 2012 start ook een pilot voor ergotherapeuten en verpleegkundigen. Hierbij worden de theoriedagen geïntegreerd met de cursus voor de fysiotherapeuten.

Sneeuwbaaleffect

Het nieuwe scholingsprogramma heeft internationaal veel aandacht gekregen, vooral van België, Duitsland en Engeland. Er zijn veel verzoeken om deze scholing daar ook te doen. Het initiatief hiervoor ligt bij de professionals uit die landen, uiteraard wel met ondersteuning uit Nederland.

Bron: Consortium CVA-lopen

Kader 1: Revalidatiebehandeling na een beroerte

Bij de resterende zeven interventies waren de experts het met onze conclusies eens: er zijn meer dan voldoende aanwijzingen om acties te ondernemen die tot doel hebben om de betreffende interventie minder te gaan gebruiken. Bij het verwijderen van de neusamandelen bij kinderen met luchtweginfecties gaat het bijvoorbeeld om een meer afwachtend beleid (deze kinderen minder snel opereren), terwijl het bij het geven van medicijnen aan zwangere vrouwen die D-negatief zijn, om een versmalling van de doelgroep gaat. In plaats van alle D-negatieve zwangere vrouwen medicatie te verstrekken, verdient het de voorkeur dit alleen te doen bij zwangere vrouwen die D-negatief zijn met een kindje dat D-positief is.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de zeven interventies, inclusief een aanbeveling voor het ‘niet meer doen’, de wijze waarop dit eventueel al in een richtlijn is opgenomen en een inschatting van de kostenbesparingen die dit ‘niet meer doen’ mogelijk kunnen opleveren. Per interventie luidt de conclusie in het kort:

1. Alleen zwangere vrouwen die D-negatief zijn en een kindje hebben dat D-positief is, krijgen voortaan medicatie. Geschatte besparing: jaarlijks € 100.000.
2. Bij paren die twee keer een miskraam hebben gehad voortaan alleen nog een dragerschapsonderzoek doen als de moeder ten tijde van de miskraam 36 jaar of ouder is. Geschatte kostenbesparing: jaarlijks € 900.000.

3. Bij patiënten met obstructie-icterus door een pancreas of periampullaire tumor die aanmerking komen voor een operatie, voortaan direct opereren (de zogeheten vroeg operatie strategie). De (routinematige) galwegdrainage ‘niet meer doen’. Geschatte kostenbesparing: jaarlijks € 2 miljoen.
4. Bij de diagnostiek van acute buikklachten op de spoedeisende hulp geen standaard röntgenfoto's meer laten maken. Als beeldvormende diagnostiek noodzakelijk is, beginnen met een echo. Geschatte kostenbesparing: € 94.000 per 1000 patiënten met acute buikklachten.
5. Bij patiënten met een buikvliesontsteking die acuut geopereerd zijn, niet meer standaard heropereren en spoelen van de buikholte. Dus afwachtend beleid na de acute operatie en alleen opnieuw opereren als dit echt noodzakelijk is. Geschatte kostenbesparing: jaarlijks ruim € 70 miljoen.
6. Bij patiënten met een acute alvleesklierontsteking niet meer direct opereren. Kiezen voor een *stepped care* aanpak: eerst een drain plaatsen, eventueel later opereren. Per patiënt levert dit ca € 10.000 op; een gemiddeld Nederlands ziekenhuis heeft 1 of 2 patiënten per jaar.
7. Bij kinderen met een steeds terugkerende bovenste luchtweg infectie voortaan terughoudender zijn met het verwijderen van neusamandelen. Geschatte kostenbesparing: onbekend.

Interventie	Aanbeveling	Opname in richtlijn	Potentiële kostenbesparing
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,-
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,-
Galwegdrainage bij alvleeskliertumoroperatie	Niet routinematig galwegdrainage bij patiënten met obstructie-icterus 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.
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 1000 patiënten met acute buikklachten. Een gemiddeld ziekenhuis ziet ongeveer 2000-3000 patiënten/jaar met acute buikpijn op de SEH.
Terughoudend beleid bij buikvliesontsteking	Niet meer standaard herhaaldelijk opereren en spoelen van de	Niet bekend.	Ongeveer €20.000,- per patiënt. Jaarlijks

	buikholte na een acute buikoperatie, maar afwachtend beleid na de acute operatie en pas opereren wanneer het echt noodzakelijk is.		mogelijk ruim €70 miljoen.
Niet direct opereren bij acute alveesklierontsteking	Niet meer direct opereren bij acute alveesklierontsteking 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.
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. Meer informatie over de interventies staat in de bijlage.

Deze tabel met bijbehorende toelichting hebben we vervolgens voorgelegd aan de Orde van Medisch Specialisten en drie wetenschappelijke verenigingen, namelijk de Nederlandse vereniging voor heelkunde, gynaecologie/obstetrie en keel- neus- en oorartsen. Zij reageerden alle positief om over dit onderwerp mee te denken. Ook de vereniging van kinderartsen wil graag meedenken over mogelijkheden om op haar terrein metniet of minder effectieve zorg aan de slag te gaan, hoewel er op de huidige – beperkte – lijst nog geen voorbeelden rond kindergeneeskunde staan.

Wie doet wat

Zowel het CVZ, de NZa en het ministerie van VWS vinden het vooral de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en verzekeraars om ervoor te zorgen dat 'gewenste' interventies worden gebruikt en dat minder effectieve interventies worden teruggedrongen. Wel kan de overheid een stimulerende rol spelen om het onderwerp op de agenda te zetten en bijbehorende acties van de diverse organisaties aan te jagen.

CVZ

Omdat het bij minder effectieve zorg vooral gaat over interventies die voor bepaalde indicaties wel en voor andere indicaties niet (meer) gebruikt zouden moeten worden, ligt het niet voor de hand dat CVZ pakketmaatregelen neemt om het 'niet meer doen' te realiseren. Wel kan het CVZ de aanwezige kennis over minder effectieve zorg expliciet in haar standpunten opnemen. Op termijn kan zij bovendien gaan monitoren of de zorgverzekeraars haar standpunten op de juiste wijze opvolgen (dit in combinatie met de toezichthoudende taak van de NZa).

NZa

Ook de NZa ziet geen rol voor zichzelf als het gaat om het beperken van minder effectieve zorg. Maatregelen als ‘afschaffen van tarieven of prestaties’ zijn niet mogelijk, omdat er voor de meeste beschreven prestaties nog wel ‘ergens’ een toepassing geldt.

VWS

Het ministerie van VWS kan vooral een stimulerende rol spelen. Zij kan specifieke onderwerpen ‘op de agenda zetten’ en (tijdelijke) programma’s creëren die het ‘verstandig kiezen’ beleid stimuleren. Soms ligt een programma geleid door het ministerie voor de hand, soms ook een onderzoeks- of implementatieprogramma van ZonMw.

Wetenschappelijke verenigingen/Orde van Medische Specialisten (OMS)

Zoals gezegd willen de geraadpleegde wetenschappelijke verenigingen met ZonMw samenwerken om op dit gebied een actieplan op te stellen. Deze verenigingen gaven ons al waardevolle inzichten in de redenen waarom minder effectief geachte interventies toch worden toegepast, zoals een gebrek aan cijfers over het gebruik van (diagnostische) interventies en best practices, het soms trage tempo waarin aanbevelingen in richtlijnen worden opgenomen, onduidelijkheden over een juiste indicatiestelling in richtlijnen en moeilijkheden bij de toepassing van een richtlijn (zoals een gebrek aan OK capaciteit). Volgens deze verenigingen kan het mogelijk zijn om op dit terrein de kwaliteit van zorg te verbeteren en kosten te besparen.

De betrokken partijen geven ook aan dat dit initiatief goed past in het bredere kader van het voorgenomen ZonMw programma Kwaliteit van Zorg. In dit programma zal ZonMw de beroepspraktijk (zoals specialisten/OMS, verplegenden en verzorgenden/V&VN, huisartsen/NHG) en beleidsorganisaties (zoals VWS, het NZi en IGZ) op dit terrein ondersteunen. Kennisvragen van de wetenschappelijke verenigingen en de OMS op het gebied van kwaliteit van zorg krijgen in dit programma prioriteit. ZonMw neemt de verantwoordelijkheid van de wetenschappelijke verenigingen op dit gebied niet over, maar ondersteunt, stimuleert, en faciliteert. Dit doen wij door vanuit een onafhankelijke positie actuele kennisvragen uit beleid en praktijk actief op te pakken en neer te leggen bij kennis- en onderzoeksinstituten. Op basis van de uitkomsten van onderzoek kunnen de wetenschappelijke verenigingen vervolgens hun beleid beter onderbouwen en implementeren.

5. Hoe verder

Dit signalement maakt duidelijk dat kostenbesparing mogelijk kan zijn door (voorbeelden van) niet of minder effectieve interventies te inventariseren en vervolgens in kaart te brengen hoe de toepassing van de gevonden zorgvormen in de toekomst kan worden beperkt. Alleen al een eerste en relatief eenvoudige inventarisatie binnen ZonMw leverde zeven interventies op waarbij een aanzienlijke kostenbesparing mogelijk moet zijn door deze interventies minder te gaan gebruiken.

In wetenschappelijke publicaties zijn wel aanbevelingen over een beperktere toepassing van deze interventies opgenomen. Toch worden ze nog steeds toegepast. Hieruit blijkt dat er meer nodig is dan een wetenschappelijke publicatie om zulke aanbevelingen te laten ‘landen’. Dit kan in elk geval door in richtlijnen het verstandig kiezen te stimuleren. Het opstellen van zulke richtlijnen is primair de verantwoordelijkheid van de professionele verenigingen.

Met dit signalement wil ZonMw samen met de Orde van Medisch Specialisten het voortouw nemen om (meer) acties te formuleren die tot een beperking van minder effectieve interventies kunnen leiden. Wij willen komen tot een gezamenlijk actieplan Verstandig Kiezen. In andere landen is al gebleken dat zulke acties alleen kans van slagen hebben als overheidspartijen en (organisaties van) professionals met elkaar samenwerken.

Met vier wetenschappelijke verenigingen en de Orde van Medisch Specialisten is al afgesproken om voor elk van de zeven voorbeelden concrete stappen te formuleren over de manier waarop het gebruik van deze interventies teruggedrongen kan worden. Hierbij zal expliciet worden benoemd welke doelen er per interventie voor de komende jaren worden gesteld, inclusief het maken van financiële analyses.

Ook andere wetenschappelijke verenigingen worden benaderd door de Orde van Medisch Specialisten en ZonMw om voorbeelden van niet of minder effectieve interventies op te sporen. Daarbij hoort ook een uitgebreide beschrijving en analyse van de rol die de diverse betrokken instanties kunnen spelen.

Een actieplan Verstandig Kiezen dat samen met betrokken partijen wordt opgesteld, maakt een systematische en breed gedragen aanpak mogelijk. Onderstaande stappen kunnen hier onderdeel van uitmaken, waarbij de overheid een stimulerende rol zou kunnen en moeten spelen. Uiteraard kunnen hier meer en ook concretere doelen aan worden toegevoegd.

- In samenwerking met de Orde van Medisch Specialisten en wetenschappelijke verenigingen stimuleren dat verstandig kiezen nog meer in richtlijnen wordt aangemoedigd, indien nodig door hier geld voor te reserveren.
- Stimuleren dat deze richtlijnen daadwerkelijk geïmplementeerd worden, door implementatieproblemen in kaart te brengen en oplossingen daarvoor te vinden. Hierbij de rol van het nieuwe Kwaliteitsinstituut verkennen en daar afspraken over maken.
- In kaart brengen van de omvang van niet of minder effectieve interventies en potentiële kostenbesparing. Hiervoor kunnen business cases worden gemaakt, te beginnen bij de zeven voorbeelden.
- Nieuwe voorbeelden van niet of minder effectieve interventies opsporen door expliciet ernaar te vragen in onderzoeksprogramma's en rapportages.
- Een ‘verzamelpunt’ voor nieuwe voorbeelden starten bij ZonMw. Professionals en (vertegenwoordigers van) andere betrokken partijen worden uitgenodigd potentiële voorbeelden van niet of minder effectieve zorg te melden.
- Mogelijkheden verkennen om in pakketadviezen en monitoring van standpunten van CVZ expliciet aandacht te besteden aan niet of minder effectieve interventies. Dit in afstemming met het initiatief Gepast gebruik van het CVZ en de rol die andere partijen daarbij spelen.
- Verkennen wat de rol van zorgverzekeraars kan zijn bij het bevorderen van verstandig kiezen, bijvoorbeeld door middel van inkoopbeleid.
- Het actief uitdragen van deze initiatieven, met andere woorden ervoor zorgen dat hulpverleners, instellingen en relevante organisaties deze ambities kennen en uitgedaagd worden hier een bijdrage aan te leveren (nieuwsbrieven, congressen, e.d.)

Bijlage A Literatuurlijst

Choosing Wisely: www.choosingwisely.org

Cook S. (2010) Disinvestment – Experts’ guide to saving money in health, *BMJ* 2010;340:c1281

Den Haan M., De Wit J. (2011) Pakketadvies 2011, College voor Zorgverzekeringen, Diemen.
Publicatienummer 296

Elshaug A.G, Moss J.R, Littlejohns P., Karnon J., Merlin T. L, Hiller J.E (2009) Identifying existing health care services that do not provide value for money –*Medical Journal of Australia* 190: 269–273

Elshaug A.G., Hiller J.E, Tunis S.R., Moss J.R (2007) Challenges in Australian policy processes for disinvestment from existing, ineffective health care practices, *Australia and New Zealand Health Policy*, 4:23

Garner S., Littlejohns P. (2011) Disinvestment from low value clinical interventions: NICEly done? *BMJ* 2011;343:d4519

Ibargoyen-Roteta N, Gutiérrez-Ibarluzea I, Asua J. (2009) Report on the development of the GuNFT Guideline. Guideline for Not Funding existing health Technologies in health care systems. Quality Plan for the NHS of the MHSP. Basque Office for Health Technology Assessment (Osteba) Health Technology Assessment Reports: OSTEBA N° 2007/11. Beschikbaar via http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/e_10_11_report_GuNFT.pdf

Lekkerkerk T. (2011) Meldactie ‘Zuinig met Zorg - Juli/augustus 2011, Nederlandse Patienten Consumenten Federatie (NPCF) (2012)

Moynihan et al. (2012) Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy
BMJ 2012;344doi: 10.1136/bmj.e3502

Mitton C (2011) presentatie over Programme Budgeting, Marginal Analysis and Disinvestment in Canadian Health Care <http://ihea2011.abstractsubmit.org/presentations/126/>

NHS- Scotland (2010) Introducing New Technologies into the NHS Scotland - A Practical Guide for Industry, beschikbaar via <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/11/02085517/0>

Plas M., Van Engelshoven I., Mintjes – de Groot J. (2008) Doorbreek de Rituelen - Een overzicht van zinloze rituelen in de zorg en een stappenplan om deze te doorbreken, Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging, Utrecht

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) (2010) Perspectief op gezondheid 20/20

Robinson S., Dickinson H., Freeman T., Williams I. (2011) Disinvestment in health— the challenges facing general practitioner (GP) commissioners, *Public Money & Management* 31 (2), 145-148

Schrijvers G., Van der Steeg H.J., Schaaf H.J., Hemrika M., Te Gussinklo J.T. (2010) Ruimte voor ziekenhuisinnovaties- Advies over de bekostiging van innovaties in de medisch specialistische zorg - Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde- UMC Utrecht

Swensen SJ, Kaplan GS, Meyer GS, Nelson EC, Hunt GC, Pryor DB, Weissberg JI, Daley J, Yates GR, Chassin MR (2011) Controlling healthcare costs by removing waste: what American doctors can do now, *BMJ Qual Saf.* 20(6):534-7

Vermeulen H. (2011) Onnodige zorg en rituelen, *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice* jrg09, 2, p3

Vermeulen H., Swinkels J. A., Bakker P.J.M., Ubbink D. T. (2010) Beter weten dan de wetenschap - leidt hoogmoed tot het volharden in onnodige handelingen? NED TIJDSCHR GENEESKD.154:A2896

VWS, Brief van minister Schippers aan de Tweede Kamer over het uitstromen van radiotherapie uit de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV), 6 februari 2012, verkrijgbaar via <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2012/02/06/kamerbrief-over-uitstroom-radiotherapie-uit-wet-op-bijzondere-medische-verrichtingen-wbmv.html>

Wetenschappelijke Raad voor het regeringsbeleid (WRR) (2008) Innovatie Vernieuwd, Amsterdam University Press, Den Haag / Amsterdam (Joseph A. Schumpeter introduceerde de term in relatie met innovatie waarbij oude producten, (productie)methoden en productiemiddelen worden vervangen door ‘nieuwe combinaties’).

Bijlage B Voorbeelden uit ZonMw-programma's

Medicatie bij D-neg zwangeren

Prenatal fetal RhD bloodgroup typing to enhance efficiency of antenatal anti-D immunoprophylaxis in RhD negative pregnant women

ZonMw projectnummer: 94501010, Okt 2001 – aug 2005

Prof. dr. C.E. van der Schoot, Sanquin Research (ism AMC)

Resultaat

Het programma Preventie Zwangerschaps Immunisatie heeft geleid tot een sterke vermindering van de incidentie van Rh-immunisatie. Echter, een aanzienlijk percentage van de D-neg zwangeren dragen een D-neg kind en krijgen de medicatie onnodig. De efficiëntie van medicatie verstrekking kan verbeteren door de inzet van een andere techniek (typering van prenataal foetaal DNA in de maternale circulatie, PCR-techniek); hierdoor ontvangen niet alle D-neg zwangeren blind medicatie.

Conclusie

Niet meer alle D-neg zwangeren medicatie geven maar enkel de D-neg zwangeren met een D-pos kind

Potentiële kostenbesparing

De totale jaarkosten van het totale “oude” programma (zonder PCR) is ongeveer €3,1 miljoen versus €3,0 miljoen voor het “nieuwe” programma.

Richtlijn

In het landelijke bevolkingsonderzoek Prenatale Screening Infectieziekten en Erytrocytenimmunisatie (PSIE) is per 1 juli 2011 toegevoegd: (1) de bepaling van het Rhesus (c)-antigeen (Rhc-antigeen) in het eerste bloedonderzoek, gevolgd door screening op laat gevormde IEA bij Rhc-negatieve zwangeren in week 27 en (2) de foetale Rhesus (D)-typering in week 27 bij RhD-negatieve zwangeren.³

Implementatie

Niet bekend.

Pakketbeheer

Deze verandering in techniek maakt geen aanspraak op het pakketbeheer. De screening valt onder het bevolkingsonderzoek.

NICE richtlijnen

'Routine antenatal anti-D prophylaxis (RAADP) is recommended as a treatment option for all pregnant women who are rhesus D (RhD) negative and who are not known to be sensitised to the RhD antigen.'⁴

³ RIVM (2011) Draaiboek Prenatale Screening Infectieziekten en Erytrocytenimmunisatie (PSIE) versie 3.0. Beschikbaar via: <http://www.rivm.nl/pns/bloedonderzoek/draaiboek/>

⁴ NHS (2011) NICE technology appraisal guidance 156 - Routine antenatal anti-D prophylaxis for women who are rhesus D negative - Review of NICE technology appraisal guidance 41. Verkrijgbaar via www.nice.org.uk/TA156

Dragerschapsonderzoek bij miskraam

Screening for structural chromosome abnormalities in couples with recurrent miscarriages

ZonMw projectnummer: 94502032, dec 2001 – dec 2003

Prof. dr. N.A.M. Urbanus, AMC, Prof. dr. N.J. Leschot, AMC

Resultaat

De resultaten van het onderzoek laten zien dat het dragerschapsonderzoek bij een gedeelte van de paren met herhaalde miskramen achterwege kan blijven zonder verlies aan kwaliteit van zorg. Er kan een jaarlijkse kostenbesparing van maximaal €2.1 miljoen bereikt worden door het dragerschapsonderzoek achterwege te laten bij paren met twee miskramen. Indien het dragerschapsonderzoek achterwege wordt gelaten bij paren met een maternale leeftijd van 36 jaar en ouder ten tijde van de tweede miskraam, dan bedraagt de kostenreductie maximaal € 0.9 miljoen

Conclusie

Niet meer toepassen van een dragerschapsonderzoek bij paren met twee miskramen waarbij de moeder ≥ 36 jaar is ten tijde van de tweede miskraam

Potentiële kostenbesparing

Jaarlijks is mogelijk €0.9 miljoen te besparen.

Richtlijn

De Nederlandse en de Europese beroepsvereniging voor gynaecologen hebben de richtlijnen aangepast: er wordt alleen getest als de kans op een structurele chromosoomafwijking bij een van de ouders uiteindelijk 2,2 procent of hoger is.⁵

Implementatie

De resultaten van dit onderzoek worden momenteel geïmplementeerd.

Pakketbeheer

Het uitvoeren van de test behoort tot het verzekerd pakket.

NICE richtlijnen

Niet bekend.

⁵ Richtlijn Perinatologie > Herhaalde miskraam, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, opgetekend 6 juni 2007: Een vrouw van 34-39 jaar t.t.v. de 2de miskraam krijgt diagnostisch onderzoek aangeboden afhankelijk van de familie anamnese en het aantal miskramen. Van invloed hierop zijn: een voorgeschiedenis van ≥ 2 miskramen bij een broer of zus van een van de partners, een voorgeschiedenis van ≥ 2 miskramen bij ouders van een van de partners, het aantal miskramen (voorgeschiedenis van ≥ 3 miskramen bij het paar of ≥ 2 miskramen). (<http://www.nvog-documenten.nl/>)

Galwegdrainage bij alvleeskliertumoroperatie

Preoperative biliary drainage in patients with obstructive jaundice
ZonMw projectnummer 94503015, Aug 2003 – sept 2008
Prof. dr. D.J. Gouma, AMC

Onderzoeksopzet en resultaat

Mensen met een tumor in de alvleesklier ontwikkelen vaak geelzucht doordat de tumor de galweg afsluit (obstructie-icterus). De geelzucht leidt tot een verslechtering van de lichamelijke conditie. Al meer dan 70 jaar is galwegdrainage de standaardtechniek om deze patiënten in een betere conditie te krijgen voordat ze vanwege hun tumor geopereerd worden. Hierbij plaatst de maag-, darm- en leverspecialist een buisje in de galweg zodat de gal weer kan wegstromen in de darm. Doel van dit onderzoek was om na te gaan of de voordelen van de galwegdrainage opwegen tegen de nadelen (mogelijke complicaties) ervan. In de studie werden patiënten met een bilirubine >250 µmol/l uitgesloten. Onderzoek bij 202 patiënten wees uit dat galwegdrainage de uitkomst van de operatie (vier tot zes weken later) niet verbetert. Wel leidt galwegdrainage tot aanzienlijk meer complicaties dan eerder aangenomen. De onderzoekers raden aan patiënten met geelzucht vanwege een alvleeskliertumor direct te opereren, zonder galwegdrainage.

Conclusies

Niet routinematig galwegdrainage bij patiënten met obstructie-icterus door een pancreas of periampullaire tumor die in aanmerking komen voor een operatie, maar direct opereren (vroeg operatie strategie).

Potentiële kostenbesparing

Inschatting: €2 miljoen [2700 patiënten⁶ * NZa tarief 2009 €734,0]

Richtlijnen

In de huidige richtlijnen (2011) staat dat de pre-operatieve drainage niet aanbevolen wordt indien de patiënt direct geopereerd kan worden.²

Incidentie

In 2006 werden in Nederland ongeveer 1750 nieuwe patiënten met een pancreascarcinoom gediagnosticeerd. De incidentie is leeftijdsafhankelijk en varieert van 0,5 - 3,6 per 100.000 voor personen jonger dan 50 jaar tot 55,9 - 89,2 per 100.000 voor personen ouder dan 75 jaar.⁷ Het percentage patiënten dat onnodig een pre-operatieve drainage ontvangt is niet bekend.

N.B. Bij een cholangitis (galwegontsteking) zal een preoperatieve drainage onvermijdelijk zijn.⁸

Implementatie

Voorwaarde om de uitkomst van deze studie te implementeren is dat het logistiek mogelijk moet zijn de patiënt binnen 1-2 weken te opereren.

De onderzoeker is reeds een vervolgonderzoek gestart om de verandering in beleid te evalueren.

Pakketbeheer

De interventie galwegdrainage kan niet uit het verzekerd pakket omdat bij andere indicaties de ingreep niet obsoleet is.

NICE richtlijnen

Niet bekend.

⁶ Van Eijck (.....)

⁷ Richtlijn Pancreascarcinoom, Versie 2.0, Datum goedkeuring: 22-08-2011, Oncoline. Paragraaf: Pre-operatieve biliaire drainage <http://www.oncoline.nl/pancreascarcinoom> Bekeken op 28 september 2011

⁸ Richtlijn Pancreascarcinoom, Versie 2.0, Datum goedkeuring: 22-08-2011, Oncoline. Paragraaf: Pre-operatieve biliaire drainage <http://www.oncoline.nl/pancreascarcinoom> Bekeken op 28 september 2011

Diagnostiek Acute Buikklachten (Acute buik? Eerst echo)

Optimization of diagnostic imaging use in patients with acute abdominal pain: cost-effectiveness analysis of imaging strategies (OPTIMA study)

ZonMw projectnummer 94504308, Dec 2004 – dec 2007

Dr. M.A. Boormeester, AMC

Onderzoeksopzet en resultaat

Het doel van de studie was het ontwikkelen van een optimale diagnostische strategie met beeldvorming voor de diagnose van patiënten met acute buikpijn op de spoedeisende hulp (SEH) van ziekenhuizen. Op veel SEH afdelingen worden röntgenfoto's gemaakt van de buik en de borstkas bij patiënten met acute buikpijn. In het grootscheepse onderzoek onder ruim duizend patiënten in zes ziekenhuizen toonden de onderzoekers aan dat röntgenfoto's van buik en borstkas geen toegevoegde waarde hebben, en valse zekerheid geven. De kosten van deze röntgenfoto kunnen dus uitgespaard worden. De studie toont aan dat, als na het eerste onderzoek door de arts een indicatie voor beeldvormend onderzoek is, een echo van de buik de beste aanpak is. Aanvullend CT onderzoek is alleen nodig bij een negatieve of onduidelijke echo.

Conclusie

Niet meer standaard bij patiënten met acute buikklachten op de spoedeisende hulp röntgenfoto's laten maken; als beeldvormend onderzoek nodig is dan beginnen met een echo.

Potentiële kostenbesparing

Bij het weglaten van de röntgenfoto's, bedraagt de kostenbesparing € 94.000 per 1000 patiënten. Een gemiddeld ziekenhuis ziet ongeveer 2000- 3000 patiënten/jaar met acute buikpijn op de SEH.

Richtlijn

Momenteel financieren de Orde van medisch specialisten (SKMS gelden) en ZonMw de ontwikkeling van een richtlijn.

De OPTIMA resultaten zoals gepubliceerd in BMJ (2009) zijn niet verwerkt in de richtlijnen van de Nederlandsche Internisten Vereniging (NIV). In het Acute boekje (2009) staat het volgende bij Acute Buik⁹

- “Vraag bij acute buikpijn en shock snel de chirurg in consult en laat een spoedecho maken ter uitsluiting van geruptureerd AAA.”
- “Routinematig verrichten van buikoverzichtsfoto en thoraxfoto heeft een beperkte diagnostische waarde, tenzij klinische verdenking op perforatie of extra-abdominale oorzaak.”
- “Echografie is vooral zinvol bij verdenking op galsteenlijden en ectopische zwangerschap. In overige gevallen vaak weinig conclusieve uitslag. CT-scan van het abdomen heeft in de meeste gevallen de voorkeur indien aanvullende diagnostiek gewenst is”]

Implementatie

‘Er is nog veel implementatie werk en verspreiding van het woord nodig. Er worden bij tienduizenden patiënten per jaar nog standaard foto's gemaakt.’

Pakketbeheer

De interventie ‘Röntgenfoto van de buik’ kan niet uit het verzekerde pakket omdat bij andere indicaties de interventie niet obsolete is.

NICE richtlijnen

Niet bekend.

⁹ Acute boekje – Richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van aandoeningen op het gebied van inwendige specialismen - Vierde editie 2009, NIV, Utrecht (pag. 43/44)

Terughoudend beleid bij buikvliesontsteking

Relaparatomy in patients with abdominal sepsis
ZonMw projectnummer 94502028, Dec 2001 – aug 2005
Dr. M.A. Boermeester, AMC

Onderzoeksopzet en resultaat

Bij buikvliesontsteking raakt de buikholte ernstig ontstoken en kunnen orgaanfuncties uitvallen. De behandeling bestaat in eerste instantie uit een acute buikoperatie (laparotomie). Dit gaat vaak gepaard met een opname op de intensive care. De vervolgbehandeling van een acute buikoperatie (relaparotomie) die tot nu toe veel wordt toegepast bestaat uit het herhaaldelijk opereren en spoelen van de buikholte (geplande relaparotomie). Dit is erg ingrijpend voor de patiënt en er is kans op complicaties. Onderzoekers van het AMC hebben deze vervolgbehandeling vergeleken met een aanpak waarbij de chirurg alleen nog een keer opereert als de toestand van de patiënt slechter wordt of niet verbetert (relaparotomie ‘op indicatie’).

In ziekenhuizen waar een intensieve controle van de patiënt kan worden gegarandeerd, blijkt deze terughoudende strategie effectief en veilig en een goed alternatief voor al bij voorbaat ingeplande heroperaties. Bij meer dan de helft van de patiënten (58%), die werden behandeld volgens de terughoudende strategie bleek geen heroperatie nodig voor ziekteherstel. Deze patiënten liggen korter op de intensive care unit (7 versus 11 dagen bij de geplande strategie) en verblijven minder lang in het ziekenhuis (27 versus 35 dagen).

Conclusie

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.

Potentiële kostenbesparing

Er kan €18.791,- per patiënt worden bespaard (direct medische kosten)¹⁰. Terughoudend beleid betekent bij 58% geen heroperatie.

Ruim 6600 gevallen van secundaire peritonitis per jaar, levert een potentiële kostenbesparing op van ruim € 70 miljoen

Richtlijn

Niet bekend.

Incidentie

Er zijn geen exacte gegevens over de incidentie van secundaire peritonitis in Nederland, maar het is een relatief frequente aandoening. In de Verenigde Staten kwam men bij een schatting uit op ongeveer 9 van de 1000 spoedopnames. Dit betekent voor Nederland, met gemiddeld 738.000 spoedopnames per jaar, ruim 6600 gevallen van secundaire peritonitis per jaar. Deze incidentie moet worden aangevuld met die gevallen van secundaire peritonitis die ontstaan na een electieve operatie.
11

Implementatie

De resultaten van een enquête uit 2002 (voor deze RELAP trial) en uit 2008 (na publicatie van deze RELAP trial in JAMA 2007): ook na publicatie gebruikt 58% van de chirurgen afwisselend geplande relaparotomie en relaparotomie op indicatie (in welke verhouding is niet bekend, zie ook onderstaand figuur).

Een implementatieonderzoek wordt momenteel uitgevoerd en is in de afrondende fase. Hierin worden de weerstanden en barrières in kaart gebracht via een Delphi ronde.

¹⁰ O. Van Ruler, et al (2007) Comparison of On-Demand vs Planned Relaparotomy Strategy in Patients With Severe Peritonitis A Randomized Trial, JAMA;298(8):865-872

¹¹ Kiewiet J.J.S., van Ruler, O., Reitsma, J.B., Boermeester, M.A., (2009) Behandeling van secundaire peritonitis: langzame vooruitgang, Ned Tijdschr Geneeskd.;153:A386

Kiewiet et al (2009) ‘Om de veilige en doelmatigere on-demandstrategie breed te implementeren is kennelijk meer nodig. Het probleem ligt in het vaststellen welke patiënt een relaparotomie nodig heeft en wat daar het juiste moment voor is. Momenteel is er geen goede richtlijn voor een besluit hierover en berust de selectie op een reeks subjectief te interpreteren variabelen.’¹²

Pakketbeheer

De interventie relaparotomie kan niet uit het verzekerd pakket.

NICE richtlijnen

Niet bekend.

¹² Kiewiet J.J.S., van Ruler, O., Reitsma, J.B., Boermeester, M.A., (2009) Behandeling van secundaire peritonitis: langzame vooruitgang, Ned Tijdschr Geneeskd.;153:A386

Niet direct opereren bij acute alveesklierontsteking

Primary maximal necrosectomy versus a minimally invasive step up approach in patients with necrotising pancreatitis; PANTER, a randomised controlled trial. Dutch Acute Pancreatitis Study Group.

ZonMw projectnummer 94506910, mrt 2006 – jul 2009

Prof. dr. H.G. Gooszen, UMC St.Radboud

Onderzoeksopzet en resultaat

Bij patiënten met acute alveesklierontsteking (pancreatitis) kunnen delen van de alveesklier en omliggend weefsel worden verteerd en afsterven. Bij ongeveer 30% van deze patiënten treedt vervolgens een bacteriële infectie op van het afgestorven weefsel. Men spreekt dan van een geïnfecteerde necrotiserende pancreatitis. De gebruikelijke behandeling betreft een buikoperatie, waarbij al het geïnfecteerde dode weefsel wordt verwijderd. Deze ingreep gaat gepaard met veel complicaties en hoge sterfte. Dit project onderzocht een alternatieve en minder belastende behandeling, ‘de step-up approach’. Bij de step-up approach werd gestart met het plaatsen van een drain door de huid om het geïnfecteerde vocht weg te laten lopen. Als dit niet tot verbetering leidde, werd vervolgens een operatie verricht om het geïnfecteerde weefsel alsnog te verwijderen. Het bleek dat door de step-up approach bij meer dan een derde van de patiënten een buikoperatie kon worden voorkomen. De drain is goedkoper dan opereren en er treed minder vaak nieuw orgaanfalen op.

Conclusie

Niet meer direct opereren bij acute alveesklierontsteking maar een stepped care toepassen en eerst een drain plaatsen

Potentiële kostenbesparing

De gemiddelde totale directe medische en indirecte kosten per patiënt voor de gehele behandelings-/observatieperiode waren €78.775 voor step-up approach en €89.614 voor de laparotomie, hetgeen neerkomt op een gemiddeld absoluut verschil van €10.839 per patiënt. De step-up approach reduceert de totale kosten dus met 12%.

Richtlijnen

De resultaten van dit onderzoek zijn niet opgenomen in de richtlijnen. Richtlijn van de Nederlandse Internisten Vereeniging (NIV) komt uit 2005.

De resultaten van de PANTER-trial en de prospectieve observationele vervolgstudie zijn verwerkt in verschillende internationale richtlijnen, zoals in de nieuwe wereldwijde behandelrichtlijn 'Interventions for Pancreatic Necrosis' zoals deze tot stand is gekomen op de Multidisciplinary Consensus Conference of the American Pancreatic Association in Chicago op 2 november 2010.

Incidentie

In een gemiddeld Nederlands ziekenhuis behoeven slechts 1-2 patiënten per jaar een operatieve interventie voor acute necrotiserende pancreatitis.¹³

Implementatie

Er is inmiddels een vervolgstudie, de TENSION – trial waarbij dezelfde patiëntencategorie onderwerp van gerandomiseerd onderzoek is.¹⁴

Pakketbeheer

De interventie kan niet uit het verzekerd pakket. Gezien het zeer kleine aantal patiënten is de interventie niet relevant voor pakketbeheer.

NICE richtlijnen

NHS richtlijn schrijft het volgende:

¹³ Pancreatitis Werkgroep Nederland, <http://pancreatitis.nl/>, bezocht op 10 oktober 2011 (introdunctie werkgroep)

¹⁴ Brunshot S, van Santvoort HC, Gooszen HG, Fockens P, Endoscopische versus chirurgische behandeling van geïnfecteerde necrotiserende pancreatitis: de TENSION-studie, Ned Tijdschr Geneesk. 2012;156:A4329

‘Percutaneous retroperitoneal endoscopic necrosectomy aims to remove necrotic tissue under direct vision. The procedure is less invasive and may improve prognosis compared with traditional open surgery. Percutaneous drainage may be attempted as part of the management prior to the procedure.’
¹⁵

¹⁵ NHS (2011) NICE Interventional procedure guidance 384, Percutaneous retroperitoneal endoscopic Necrosectomy. Verkrijgbaar via <http://www.nice.org.uk/guidance/IPG384/Guidance/pdf>

Het verwijderen van de neusamandel (adenotomie)

Effectiveness of adenoidectomy in children with recurrent upper respiratory tract infections

ZonMw-projectnummer 94507901, Feb 2007 – aug 2010

Dr. A.G.M. Schilder, UMC Utrecht

Onderzoeksopzet en resultaat

Een bovenste luchtweginfectie (verkoudheid, rhinosinusitis) komt bij kinderen zeer vaak voor. Bij kinderen die regelmatig last hebben van een bovenste luchtweginfectie kan overwogen worden de neusamandel te verwijderen (adenotomie). Doel van dit project was om het verwijderen van de neusamandel te vergelijken met een afwachtend beleid omdat wetenschappelijk bewijs ontbreekt dat de ingreep zinvol is bij kinderen met terugkerende bovenste luchtweginfecties (verkoudheid, rhinosinusitis). Bij 54 kinderen met terugkerende bovenste luchtweginfecties werd de neusamandel geknipt, terwijl bij 57 vergelijkbare kinderen deze ingreep aanvankelijk niet werd uitgevoerd. 40% van de kinderen bij wie aanvankelijk werd afgewacht werd gedurende de studie alsnog geopereerd. Daarnaast werd 20% van de kinderen bij wie de neusamandel was verwijderd gedurende de studie nog een keer geopereerd. In de twee jaar daarna hadden de kinderen in beide groepen gemiddeld even vaak een nieuwe bovenste luchtweginfectie. Er was geen verschil in middenoorklachten met koorts, crèche- of schoolverzuim of kwaliteit van leven. Wel waren de zorgkosten in de groep met geknipte neusamandel hoger als gevolg van het uitvoeren van deze ingreep en de bezoeken aan de KNO-arts.

Conclusie

De onderzoekers concluderen dat adenotomie bij kinderen met recidiverende BLWI geen klinisch relevant voordeel biedt boven een afwachtend beleid. Daarom kan men bij deze kinderen vaker een afwachtend beleid overwegen.

Potentiële kostenbesparing

Niet bekend.

Richtlijn

In de huidige richtlijn Ziekte van anenoïden tonsillen in de tweede lijn (ZATT)¹⁶ staat de aanbeveling “De werkgroep is van mening dat bij kinderen met recidiverende bovenste luchtweginfecties een (adeno)tonsillectomie over het algemeen niet geïndiceerd is.” De KNO-vereniging geeft aan dat de richtlijn voor ziekten van neus- en keelamandelen in de tweede lijn in revisie is¹⁷. De resultaten van bovenstaand onderzoek zullen worden meegenomen.

Richtlijnen voor middenoorklachten bij kinderen bespreken ook het gebruik van adenotomie en doen aanbevelingen om de interventie in eerste instantie niet toe te passen.¹⁸

“Gezien het geringe effect wordt adenotomie bij kinderen met rOMA in eerste instantie niet aanbevolen. [...]”

“Gezien het beperkte effect wordt adenotomie alléén bij kinderen met pOME in eerste instantie niet aanbevolen. Bij kinderen met pOME met een gehoorverlies van 25 dB of meer en die ook klachten van het adenoid hebben, kan de combinatie van trommelvliesbuisjes en adenotomie worden overwogen [...]”

“Gezien het ontbreken van wetenschappelijk bewijs wordt adenotomie bij kinderen met ACMOM in eerste instantie niet aanbevolen. [...]”

Incidentie

Het ZonMw eindverslag geeft aan dat in Nederland in 2009 bij 16,3 per 1000 kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar en bij 5,5 per 1000 kinderen in de leeftijd van 5 tot 9 jaar een adenotomie uitgevoerd wordt. Bij 60% van hen was de indicatie recidiverende BLWI.

¹⁶ Richtlijn Ziekte van adenoid en tonsillen in de tweede lijn (ZATT), Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied, CBO, 2007.

¹⁷ Reactie van de Nederlandse Vereniging voor Keel- Neus-Oorheelkunde en heelkunde van het Hoofd-Halsgebied op het BMJ-artikel (BMJ 2011; 343:d5154) over het nut van verwijderen van de neusamandel bij kinderen met verkoudheden, <http://www.kno.nl/publiek/nieuws?id=819918> 29 september 2011

¹⁸ Concept richtlijnen voor Otitis media bij kinderen in de tweede lijn, Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied, CBO, oktober 2011

Pakketbeheer

De interventie Adenotomie kan niet uit het verzekerd pakket omdat bij bepaalde indicaties de ingreep vereist is. Activiteiten richten op gepast gebruik. Wellicht zijn er mogelijkheden voor gerichte inkoop.

NICE richtlijnen

De ‘Do Not Do recommendations’ van NICE adviseren het volgende:

“Once a decision has been taken to offer surgical intervention for otitis media with effusion (OME) in children, insertion of ventilation tubes is recommended. Adjuvant adenoidectomy is not recommended in the absence of persistent and/or frequent upper respiratory tract symptoms”¹⁹.

Website van NHS. Bezocht op 28 maart 2012.

<http://www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/detail.jsp?action=details&dndid=181>

ZonMw stimuleert gezondheids-
onderzoek en zorginnovatie

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Telefoon 070 349 51 11
Fax 070 349 51 00
info@zonmw.nl
www.zonmw.nl