

KOSTEN & BATEN

Lucy Kok

hoofd cluster Zorg en Sociale
Zekerheid, SEO Economisch
Onderzoek

Caroline Berden

onderzoeker bij SEO Economisch
Onderzoek



GETTY IMAGES

BEREKEN KOSTEN EN BATEN VÓÓR INVOERING RICHTLIJN

Richtlijn Sedatie kost meer dan hij oplevert

De richtlijn Sedatie is niet bij alle indicaties kosteneffectief, zo leert een budget-impactanalyse van SEO Economisch Onderzoek. Met name bij endoscopieën kost uitvoering van de richtlijn meer dan hij oplevert.

Er zijn momenteel meer dan 1200 richtlijnen van kracht in Nederlandse ziekenhuizen.¹ Of de kosten van deze richtlijnen opwegen tegen de baten is niet bekend. In de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda medisch-specialistische zorg, onderdeel van het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2014-2017, is afgesproken budget-impactanalyses te maken bij richtlijnen met mogelijk grote organisatorische c.q. financiële consequenties.²

Sneller implementeren

De richtlijn Sedatie en/of analgesie buiten de operatiekamer is in 2009 gepubliceerd. De richtlijn bestaat uit drie delen: een voor kinderen, een voor volwassen op de ic en een voor volwassen in het algemeen. Vanwege de omvang van de richtlijn zou implementatie enkele jaren in beslag nemen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft daarom een toetsingskader met minimumeisen voor verantwoorde zorg opgesteld, om ervoor te zorgen dat de richtlijn sneller zou worden geïmplementeerd.

Zonder de resultaten van een budget-impactanalyse af te wachten, heeft de IGZ in de zomer van 2013 een veldonderzoek naar de implementatie van de richtlijn gedaan en aangekondigd desnoods te handhaven.

Ondertussen heeft SEO Economisch Onderzoek een budget-impactanalyse uitgevoerd, in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA).³ Daarbij zijn ook de gevolgen voor patiënten meegenomen, waardoor de analyse overeenkomt met een maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA). Een MKBA geeft inzicht in alle kosten en baten voor verschillende actoren (in dit geval patiënten, ziekenhuizen en medisch specialisten) en voor de maatschappij als geheel.

Tweede zorgverlener

Sedatie wordt toegepast bij diagnostische of therapeutische procedures buiten de ok, die patiënten als pijnlijk of beangstigend ervaren. Dat zijn er vele. Sedatie wordt het meest gebruikt door mdl-

artsen bij endoscopieën. Cardiologen sederen patiënten voor het uitvoeren van cardioversies, hoewel ook veel cardioversies in de operatiekamer plaatsvinden. Bij kinderen gaat het veelal om MRI-scans, waarbij een kind stil moet blijven liggen. Bij sedatie is geen anesthesioloog aanwezig. Vóór invoering van de richtlijn was het gebruikelijk dat de uitvoerend arts zelf het sedativum toediende. Tijdens de ingreep moest de arts zelf de patiënt in de gaten houden. Omdat de arts tegelijkertijd bezig was met de ingreep, kon het gebeuren dat er iets misging met de patiënt als gevolg van de sedatie – er ontstond bijvoorbeeld een luchtwegobstructie – zonder dat de arts dat meteen door had. Ook tijdens de ontwaakfase werd de patiënt niet altijd continu bewaakt. De richtlijn maakt onderscheid tussen lichte en matige tot diepe sedatie. Matige en diepe sedatie moet worden uitgevoerd door aantoonbaar bekwame zorgverleners. Een preprocedurale screening is

De arts had een luchtweg-obstructie niet meteen door

kosten en baten van zes sedatieve ingrepen

	kinderen			volwassenen		
	MRI	SEH	infuus plaatsen	SEH	endoscopie	cardioversie
ziekenhuis en medisch specialist	-€ 107	€ 4	€ 1	-€ 9	-€ 56	€ 56
patiënt (minder sterfte)	€ 23	€ 0	€ 0	€ 3	€ 4	€ 2
totaal per patiënt	-€ 84	€ 4	€ 1	-€ 6	-€ 52	€ 58
totaal voor alle patiënten samen in mln. euro's	-0,6	0,4	0,1	-0,3	-17,5	1,8

bron: SEO Economisch onderzoek

Totale jaarlijkse kosten en baten bij invoering van de richtlijn, uitgaande van de huidige situatie (- = kosten, + = baten).

verplicht en de patiënt moet tijdens en na de ingreep continu gemonitord worden. Dat betekent dat er tijdens de ingreep een tweede bekwame zorgverlener aanwezig moet zijn met als hoofdtaak de patiënt tijdens de sedatie te bewaken. De eisen die de richtlijn stelt bij lichte sedaties zijn minder vergaand dan bij matige en diepe sedaties.

Minder sterfte

De kosten van de richtlijn bestaan vooral uit de kosten van extra personeel. Daarnaast zijn er opleidingskosten, kosten van apparatuur om de patiënt te bewaken tijdens en na de sedatie, en eventuele bouwkosten voor een goede uitslaapruimte. De baten bestaan uit een grotere slaagkans van de verrichting, een efficiënter verloop van de verrichting, minder pijn en meer comfort bij sedatie. Daarnaast maken de introductie van unifor-

Protocolen maken de kwaliteit van de zorg meetbaar

me, geprotocolleerde en transparante werkprocessen, en duidelijkheid over de rolverdeling bij sedatie het proces patiëntvriendelijker. Een voordeel van de protocollen is bovendien dat ze de kwaliteit van de zorg meetbaar maken. Maar wat het vooral oplevert, is minder sterfte en sneller herstel na de procedure, omdat er minder ongewenste voorvallen (*adverse events*) plaatsvinden.

De kosten-batenanalyse is voor zes ingrepen uitgevoerd. In de *tabel* op blz.

2465 zijn de resultaten weergegeven per patiënt en voor Nederland als geheel. Bij drie van de zes ingrepen is invoering van de richtlijn – vrijwel – kostenneutraal. Het saldo van kosten en baten per patiënt ligt rond de 0 euro. Het gaat om lichte sedaties op de SEH bij kinderen en volwassenen en bij het plaatsen van een infuus bij kinderen. Invoering van de richtlijn levert per saldo baten op bij cardioversies omdat ziekenhuizen de ingreep vaker zullen gaan uitvoeren buiten de operatiekamer. Invoering van de richtlijn bij MRI-scans is niet kosteneffectief. De baten voor kinderen, in de vorm van minder sterfte, wegen niet op tegen de extra kosten – vooral van opleiding en aanschaf van extra apparatuur. Als MRI-scans in het vervolg alleen in regionale centra plaatsvinden, hoeven niet alle ziekenhuizen te investeren in opleiding en apparatuur. In dat geval is invoering van

REACTIE NEDERLANDSE VERENIGING VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN (NVMDL)

Een maatschappelijke kosten-batenanalyse voor richtlijnen is uitermate belangrijk en zou eigenlijk integraal deel moeten uitmaken bij het schrijven van elke richtlijn. Deze analyse moet dan idealiter afgerond zijn voor accordering en zeker ruim voor de implementatie van een richtlijn. Tevens moet opgemerkt worden dat een kosten-batenanalyse geen mening geeft over de medische inhoud van een richtlijn.

De analyse van SEO Economisch Onderzoek over de sedatierichtlijn is een beetje mosterd na de maaltijd, zoals de auteur zelf aangeeft. Door publicatie van het toetsingskader van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2012, de aankondiging van een veldonderzoek voor 2013 en mogelijke handhaving kwam de implementatie van de richtlijn bij maag-, darm- en leverziekten (mdl) in een stroomversnelling terecht al voor

afsluiting van de kosten-batenanalyse. Meerkosten gerelateerd aan de richtlijnimplementatie zijn bij de mdl vooral veroorzaakt door de personele uitbreiding die gemoeid is met introductie van presedatiespreekuren, bewaking van de patiënt onder sedatie door een tweede verpleegkundige en personele uitbreiding op de uitslaapkamer.

Een kritiekpunt op de SEO-analyse is het beperken op slechts reductie van de sterfte als enige uitkomstmaat. Dit schetst geen realistisch beeld van de werkelijkheid. Sedatiegerelateerde sterfte was en blijft gelukkig een zeer zeldzame gebeurtenis. Andere positieve effecten van de richtlijn werden niet geanalyseerd. Hieronder vallen bijvoorbeeld organisatorische baten door uniforme en transparante werkwijze met duidelijkere personeelsplanning, minder pijn en meer comfort bij

endoscopische procedures en andere verrichtingen en het vermijden van complicaties door prescreening. Door de duidelijkheid over werkprocessen rond sedatie buiten de operatiekamer zal tevens de beschikbaarheid van sedatie voor medische verrichtingen toenemen. Meer patiënten profiteren van sedatie voor medische ingrepen. De SEO had bij de analyse meer aandacht aan deze baten kunnen schenken. Desalniettemin is het belangrijk de uitkomsten van deze kosten-batenanalyse en uiteraard nieuwe medische inzichten mee te nemen bij de verdere uitwerking van de richtlijn en bij het eventuele schrijven van een nieuwe richtlijn. De vigerende richtlijn is immers gebaseerd op inzichten tot 2009.

dr. Michael Klemt-Kropp, mdl-arts, namens de sedatiecommissie van de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen

PRAKTIJKPERIKEL

REGIEFUNCTIE?

de richtlijn bij MRI-scans van kinderen wel effectief: het levert dan per saldo een baat op van 25 euro per patiënt.

Endoscopieën

Invoering van de richtlijn bij endoscopieën is niet kosteneffectief. Dit komt vooral door de verplichte aanwezigheid van een tweede persoon tijdens de ingreep die uitsluitend de patiënt in de gaten houdt. De baten per patiënt zijn laag, omdat er weinig mensen overlijden als gevolg van de sedatie. Uit een onderzoek onder 646.080 patiënten bleek dat bij endoscopieën die niet volgens de richtlijn werden uitgevoerd er vier doden vielen door complicaties ten gevolge van de sedatie (1 op 160.000).⁴ Het ging om ernstig zieke patiënten (ASA-klasse 3 en 4). Er is geen onderzoek naar het aantal doden en *adverse events* als de richtlijn wel wordt toegepast. Volgens experts zou de overlijdenskans afnemen van 1 op 160.000 naar 1 op 800.000. De baten van minder sterfte zijn berekend door het verschil in sterftekans te vermenigvuldigen met de verwachte levensduur in volledige gezondheid (tien jaar) en met de waarde van een jaar in volledige gezondheid (honderdduizend euro). Dit is een bedrag van vijf euro per patiënt. Omdat voor een deel van de patiënten niets verandert, is de gemiddelde baat per patiënt vier euro. Naast sterfte was er in 1 op 1000 gevallen sprake van luchtwegobstructie/apneu, waarbij beademing met een zuurstofmasker (*mask ventilation*) werd toegepast. Geen van deze patiënten had blijvende gevolgen van deze ingreep. Mogelijk hebben zij meer tijd nodig gehad dan andere patiënten om te herstellen. Hoeveel tijd meer is onbekend. De baten als gevolg van sneller herstel en meer comfort zijn daar-

Vandaag kreeg ik van de zorgadministratie van een grote ggz-instelling de volgende brief.

'[...] Bij ons is bovengenoemde patiënt in behandeling gekomen. De beoogde behandeling bestaat uit diagnostiek en een hulpverlenerstraject. (...) Om de kans op succesvolle behandeling te optimaliseren houden we onze zorg zo laagdrempelig mogelijk. Wij eisen daarom niet vooraf een verwijzing van de huisarts. Wel ondersteunen wij anderzijds de regiefunctie van de huisarts en zullen u goed op de hoogte houden van de behandeling. (...)'

Bijgesloten was een blanco verwijfsbrief om in te vullen en te retourneren. Een verslag van het intakegesprek of de opname ontbrak.

Dat ik deze patiënt niet eerder gezien had met klachten van psychiatrische aard doet er blijkbaar niet toe. Misschien had er beter kunnen staan: 'Wij respecteren de regiefunctie van de huisarts niet en nemen daarom patiënten zonder verwijfsbrief in behandeling. Wij verzoeken u bijgevoegde verwijfsbrief blanco te retourneren met handtekening en stempel, aangezien wij u niet op de hoogte houden door middel van het intakeverslag, de diagnose en de door ons geadviseerde behandeling.'

Heeft u ook een perikel?
Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

om niet gekwantificeerd. Ook de baten van een patiëntvriendelijker proces zijn niet gekwantificeerd.

Niet kosteneffectief

Tijdens het uitvoeren van de kosten-batenanalyse bleek al dat de toepassing van de richtlijn bij endoscopieën niet kosteneffectief zou zijn. Naar aanleiding daarvan is het toetsingskader PSA (procedurele sedatie/analgesie) verder uitgewerkt door de NVA en de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL). Dit heeft geleid tot enkele kostenbesparende wijzigingen in de toepassing van de richtlijn. Hierdoor zijn de kosten gedaald, zonder dat is ingeleverd op de veiligheid en het comfort van de patiënt. Maar nog steeds is toepassing van de richtlijn bij endoscopieën niet kosteneffectief.

Voor de Landelijke Begeleidingscommissie

Sedatie, die implementatie van de richtlijn begeleidt, is de kosten-batenanalyse aanleiding om te kijken of er in de toekomst verdere kostenbesparingen mogelijk zijn, zonder in te leveren op comfort en veiligheid voor de patiënt. Bij een actualisering van de richtlijn zouden deze besparingen kunnen worden doorgevoerd. Maar beter is natuurlijk om de kosten en baten te berekenen voorafgaand aan het invoeren van een richtlijn. ■

contact
l.kok@seo.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web
Eerdere MC-artikelen in het dossier Kwaliteit & Veiligheid en de voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

Bij endoscopieën
is de richtlijn niet
kosteneffectief