

# Het kaf en het koren van behandelingen

Praktijkvariatie indammen is een klus. Behalve artsen moeten ook zorgverzekeraars en patiënten meedoen. En er moet geld op tafel.



**P**raktijkvariatie is een hot onderwerp. Spataderen, rughernia's, staar, galblaasproblemen – de regio waar een patiënt woont, blijkt bepalend voor de kans op een operatieve ingreep. De verschillen kunnen oplopen tot een factor 5, zo wees Nijmeegs onderzoek een paar jaar geleden uit. En een kritisch rapport van een denktank van de NFU – de verenigde umc's – concludeerde begin dit jaar dat artsen en patiënten vaak geen toegang hebben tot betrouwbare kennis over welke zorg in hun situatie effectief is. Dat geldt voor bijna alles wat dokters doen: screening, diagnostiek, prognostiek, medicatie, chirurgische ingrepen. Van nog meer interventies weten we niet of ze (kosten) effectief zijn. In alle gevallen kan praktijkvariatie het gevolg zijn.

En als klap op de vuurpijl: waar al die kennis wél aanwezig is, komt ze te langzaam terecht in klinische richtlijnen. Veel richtlijnen zouden bovendien overbehandeling of onderbehandeling uitlokken doordat ze onvoldoende rekening houden met 'bijzondere' patiëntgroepen als chronisch zieken en patiënten met multimorbiditeit.

Hoogleraar gynaecologie Ben Willem Mol vatte het vraagstuk vorige week krachtig samen: 'Ongeveer de helft van de 800 miljoen die jaarlijks wordt uitgegeven in de verloskunde en de gynaecologie, gaat naar behandelingen waarvan we niet weten of ze echt helpen.'

### Handschoen oppakken

De wetenschappelijke vereniging van de gynaecologen is één van de zeven, naast die van de kno-artsen, neurologen, kinderartsen, orthopeden, anesthesiologen en urologen, die de handschoen oppakken en in kaart brengen voor welke behandelingen en ingrepen onvoldoende wetenschappelijk bewijs bestaat. Het initiatief is onderdeel van de campagne 'Verstandig Kiezen', opgezet door de Orde van Medisch Specialisten (OMS), de wetenschappelijke verenigingen en ZonMw. Teus van Barneveld, directeur van het Kennisinstituut van Medisch Specialisten: 'Veel behandelingen zijn gebaseerd

op goede ervaringen met een bepaalde patiëntengroep, en die behandelingen passen we vervolgens ook toe op een grotere, breder samengestelde groep. Of ze gaan terug op pathofysiologisch redeneren, zonder dat de effectiviteit is onderzocht. De vaststelling dat 50 procent van het geneeskundig handelen onvoldoende is onderzocht, betekent overigens niet dat al die interventies niet effectief zijn. Sommige hoeven we niet meer te onderzoeken, want we weten dat ze werken. Vaker echter weten we niet wat het beste is. Of je een gescheurde achillespees operatief moet behandelen of dat je net zo goed of zelfs beter een gipsspalkje of een tape kunt plaatsen, is niet goed bekend.'

### Inspiratiebron

Een paar jaar geleden zijn Amerikaanse wetenschappelijke verenigingen begonnen met de campagne 'Choosing Wisely'. Elke vereniging stelt een lijst samen met interventies op het eigen vakgebied, die beter achterwege kunnen blijven. Die adviezen zijn evidencebased en voorzien van een toelichting voor patiënten. Het initiatief was inspiratiebron voor 'Verstandig Kiezen'.

Maar juist vorige week verscheen er kritiek in NEJM: in de praktijk zouden de adviezen weinig impact hebben. De lijsten van Choosing Wisely klakkeloos overnemen in Nederland is dus niet aan de orde. Van Barneveld: 'Wat we kunnen gebruiken nemen we over; we gaan niks overdoen wat zij of anderen al goed hebben uitgezocht. Maar we moeten wel kijken of het onderwerpen zijn die in de Nederlandse situatie hout snijden.' Van Barneveld legt uit dat 'Verstandig Kiezen' rust op vier pijlers: zorgevaluatie, verder onderzoek naar praktijkvariatie, het bevorderen van actieve betrokkenheid van patiënten bij de keuze voor behandelingen ('samen beslissen') en het duidelijk omschrijven van de do's-and-don'ts op basis van richtlijnen. 'Dit najaar lanceren we een database met alle medisch-specialistische richtlijnen. Die richtlijnen zullen allemaal modulair doorzoekbaar zijn: per uitgangsvraag kan de medisch specialist een aanbeveling vinden. Bij het

vullen van die database – er staan er nu vijftig in – kijken we naar de onderwerpen waarover debat is, of waar vragen bij te stellen zijn. Vragen als: hebben we voldoende gegevens om daarover een besluit te nemen? Waar is revisie noodzakelijk?'

### Besparing

Vaak zal dat onderzoek vergen: reden waarom zorgevaluatie een essentiële pijler onder de campagne is. 'Het verbetert niet alleen de kwaliteit van zorg, maar levert ook miljoenen euro's aan kostenbesparingen op', zegt Van Barneveld. Recente voorbeelden laten dat ook zien. Onderzoekers van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) hebben een reeks ineffektieve

'Hoe je een  
gescheurde  
achillespees  
behandelt, is niet  
goed bekend'

behandelingen geïdentificeerd waardoor nu 11 miljoen per jaar wordt bespaard. Eenmalige kosten van het onderzoek: 3 miljoen euro. Ook onderzoek naar de effectiviteit van het verwijderen van neus- en keelamandelen heeft tot een vermindering van het aantal operaties geleid. In de jaren zeventig werden nog jaarlijks 135.000 operaties verricht, in 2009 was dat gekrompen naar 55.000. En de afgelopen jaren is dat nog eens met een kwart gedaald.

Helaas is het budget voor dit type onderzoek ontoereikend. Om de belangrijkste kennishiaten te onderzoeken, is naar schatting 50 miljoen euro nodig. Van Barneveld: 'Het ZonMw-budget is met honderd miljoen verminderd, wat de kans klein maakt dat je al het noodzakelijke onderzoek gefinancierd krijgt. Als zorgpremiebetaler zou ik daar wel in willen investeren volgens het principe

van *shared savings*: de kostenreductie die gerealiseerd wordt dankzij zulke evaluaties komt uiteindelijk ten goede aan mij, de premiebetaler.' En dus zouden zorgverzekeraars een kwaliteitsfonds kunnen oprichten waaruit deze zorgevaluaties worden betaald. Ze hebben voorzichtig positief gereageerd op het plan.

### Weinig sexy

Ook als de zorgverzekeraars over de brug komen, zijn er nog wel een paar hindernissen te nemen. Evaluatieonderzoek geldt als weinig 'sexy': iets nieuws bedenken geeft meer status dan bestaande behandelingen nog eens onder de loep nemen. Van Barneveld weet dat, maar, zegt hij: 'Het klopt niet. Kijk waar de onderzoeken van Ben Willem Mol en het gynaecologienetwerk zijn gepubliceerd: in bladen als BMJ en The Lancet.' Belangrijk probleem bij dit type trials is verder de inclusie van patiënten; dat loopt niet altijd vlot, waardoor het te lang duurt voordat ze van de grond komen. 'Dit betekent dat we het onderscheid tussen onderzoek en patiëntenzorg opnieuw moeten bezien. Patiënten moeten beseffen dat zij veel meer dan nu zullen participeren in evaluatieonderzoek.' Sowieso is het de bedoeling patiënten tijdig te betrekken in de plannen, ook een pijler onder 'Verstandig Kiezen'.

### Slipstream

In de slipstream van de zeven wetenschappelijke verenigingen hebben zich inmiddels al volgelingen gemeld, zoals de geriateren en de chirurgen. Van Barneveld: 'Er is echt een kentering gaande: kwaliteit staat steeds meer voorop bij artsen en in het onderzoeksbeleid. Natuurlijk is er ook een minderheid die wat sceptischer is. Als we over vijf jaar bij de meerderheid van de verenigingen de top vijf met kennishiaten aan het onderzoeken zijn en resultaten kunnen laten zien van de inspanningen van de huidige zeven verenigingen, dan mogen we dik tevreden zijn.' ■

### web

Meer artikelen over goodwill en huisartsen vindt u onderaan dit artikel via [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).