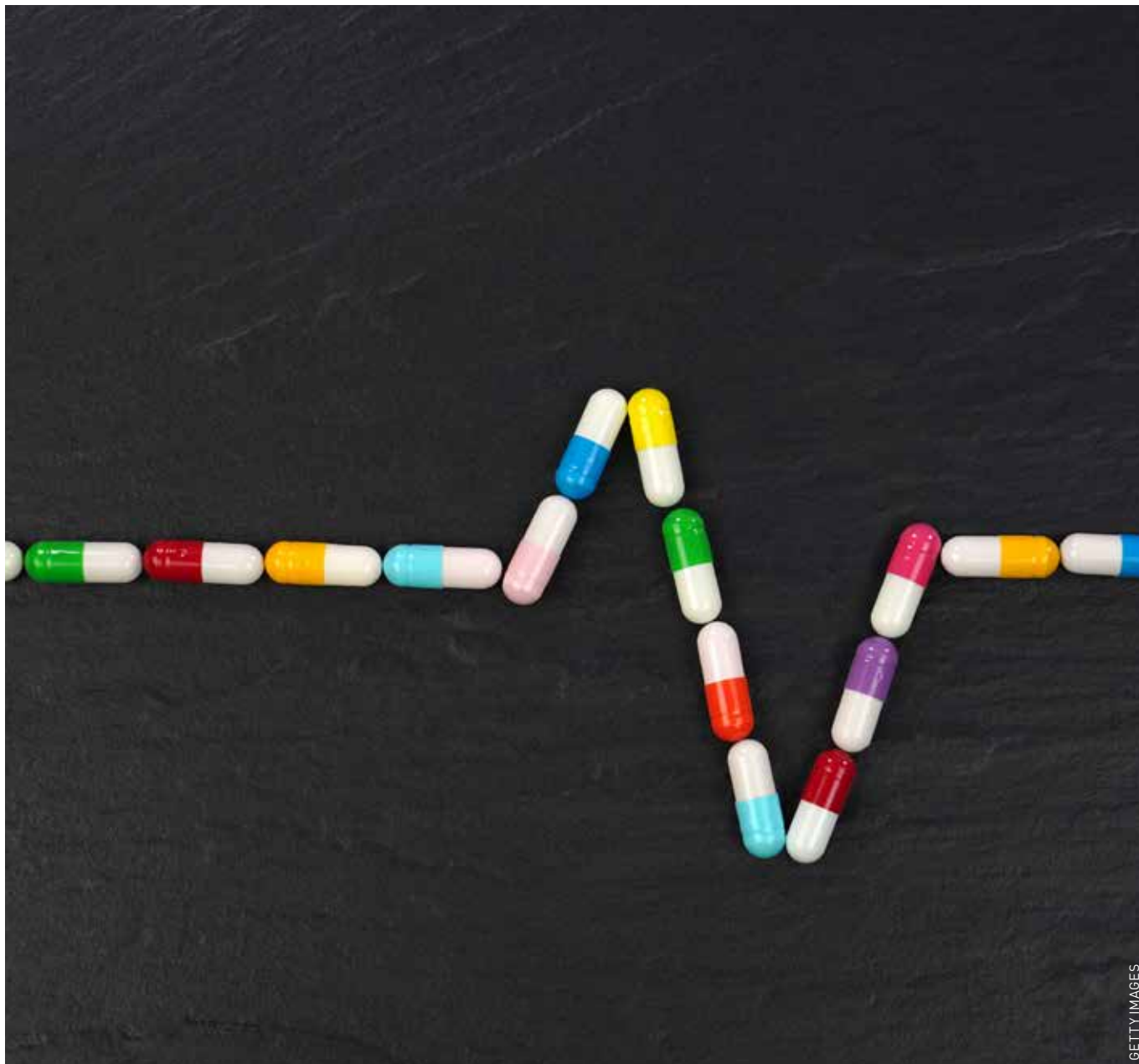


IN DE PRAKTIJK MOETEN NOG WEL OBSTAKELS WORDEN OPGERUIMD

# De opmars van de zorgevaluatie



GETTY IMAGES

---

De sneeuwbal van zorgevaluatie rolt almaar harder. Wetenschappelijke verenigingen krijgen steeds beter zicht op de kennis die ontbreekt om de meest passende zorg te kunnen leveren. Nu is het zaak om geld en mankracht te vinden om die kennis te vergaren.

**E**en stratenmaker kijkt geregeld op om te zien of hij de klinkers mooi heeft gelegd voordat hij verder gaat. En dat moeten artsen ook doen, zegt klinisch geriater Hanna Willems: nagaan of de behandeling die aan een patiënt is gegeven, voor die patiënt wel de beste behandeling was. Kno-arts Peter Paul van Benthem noemt zo'n check achteraf 'onontbeerlijk' om de kwaliteit van medisch-specialistische zorg te verbeteren. Willems en Van Benthem maken zich al een tijd hard voor zorgevaluatie: onderzoek doen naar het nut van bestaande zorg. Van Benthem is als bestuurslid bij de Federatie Medisch Specialististen verantwoordelijk voor het onderwerp. Willems was dat eerder als voorzitter van de FMS-adviescommissie over zorgevaluatie, en sinds kort als voorzitter van Leading the Change, een zorgevaluatieproject betaald door zorgverzekeraars.

### **Opmars**

Het onderwerp lijkt steeds hotter te worden. Minister Bruno Bruins (Medische Zorg) maakte begin dit jaar bekend dat hij jaarlijks 10 miljoen euro uittrekt voor het programma 'Zorg-evaluatie en Gepast Gebruik'. En het ministerie van VWS stelde hoogleraar zinnige zorg Sjoerd Repping aan als kwartiermaker bij Zorginstituut Nederland. Repping zit nu met artsen, ziekenhuizen, zorgverzekeraars en patiëntvertegenwoordigers aan tafel om te horen wat er nodig is om zorgevaluatie over vijf jaar ingebakken te krijgen in de zorg. Reppings rondgang moet later dit jaar leiden tot een strategie daarvoor.

Maar de opmars van zorgevaluatie is al langer gaande. 'Sinds eind jaren negentig is medische zorg steeds meer evidence-based', blikt Van Benthem kort terug. 'Maar we hebben ontdekt dat louter de pathofysiologische theorie onvoldoende is om ons medisch handelen te onderbouwen. We moeten ook de effecten ervan meten. We zijn aan het begin van het weten; we zijn nog niet klaar.' Het medisch onderzoek in Nederland richt zich nogal eens 'op niches, op interesses van hoogleraren', aldus Willems. 'We moeten ook goed uitzoeken wat nodig is om binnen de geneeskunde de zorg nog beter en doelmatiger te maken.'

Als voorbeeld noemt Van Benthem een handeling uit zijn eigen vakgebied. 'Vroeger dachten we genezend bezig te zijn bij een kind met oorontsteking als we het oortje doorprikten en de pus naar buiten kon. Doorprikken heeft effect maar is ook belastend voor het kind. Door waarnemingen merkten we dat kinderen die pijnstilling kregen en kinderen bij wie het oor werd doorgeprik, evenveel pijn en koorts hielden. Sinds de jaren negentig is het aantal keren dat in Nederland oortjes worden doorgeprik voor oorontsteking gedaald van 150 duizend keer per jaar naar nul keer.'

### **Allergiezone**

Volgens Van Benthem drijft de opkomst van zorgevaluatie op 'een *sense of urgency* om nieuwe kennis te vergaren, want er ontbreekt kennis'. 'We beseffen dat we een achterstand hebben.' De aandacht voor zorgevaluatie leidt tot krantenkoppen als 'Helpt van medische zorg onzinnig'. Tot ergernis van Van Benthem. 'Dan kom je in mijn allergiezone. Het feit dat we een achterstand hebben in evalueren van bestaande behandelingen, betekent niet dat we zomaar wat aanmelden tot nu toe. Er zat een logica achter wat we deden en het bood resultaat.'

'Maar we rommelden tot nu toe niet zomaar wat aan'

De FMS-bestuurder claimt graag dat de federatie de beweging rond zorgevaluatie heeft aangeslingerd. De FMS kwam in 2016 met een adviesrapport om de discussie met de wetenschappelijke verenigingen hierover aan te gaan. Dat leidde ertoe dat de wetenschappelijke verenigingen met hun patiëntenverenigingen zelf kennisagenda's gingen opstellen: lijstjes met de meest urgente kennishiaten over het effect van behandelingen, om aan de hand daarvan te

bepalen waarnaar het eerst onderzoek moet worden verricht. Inmiddels staat de teller op 21 verenigingen die een agenda af hebben, en 9 die eraan werken.

En de FMS kreeg zorgevaluatie ook als onderwerp in het hoofdlijnenakkoord voor medisch-specialistische zorg voor de periode 2019-2022. 'We hebben nu via het akkoord voor elkaar gekregen dat de juiste partijen aan tafel zitten', constateert Willems niet ontevreden. 'Nu zal iedereen wel moeten.'

## Geldspelletje

De kwaliteit van zorg en niet de besparing op zorguitgaven moet de focus zijn, stelt Van Benthem met klem. De ervaring die de afgelopen jaren via projecten met zorgevaluatie is opgedaan, 'laat zien dat de kwaliteit van de zorg erop vooruitgaat en de kosten meestal afnemen', aldus de arts en bestuurder. 'Maar we merken soms ook dat zorg er duurder van wordt. De minister mag hopen dat de zorg goedkoper

'Er komen veel vragen bij kijken die nog niet zijn opgelost'



wordt als spinoff. Onze insteek als FMS is de kwaliteit, daar nemen we onze verantwoordelijkheid voor. Als het een geldspelletje wordt, krijg ik niemand aan de slag en haak ik zelf af.'

Als gevolg van de kennisagenda-onderzoeken die tot nu toe op projectbasis zijn betaald door ZonMw en zorgverzekeraars, lopen er inmiddels tientallen evaluatiestudies. 'Er komt straks heel veel informatie op ons af. Die resultaten krijgen pas waarde als ze een plek krijgen', aldus Van Benthem. En dat blijkt nog weleens lastig. Nieuwe kennis vindt zijn weg niet altijd meteen naar de klinische praktijk, weet Willems. 'Je moet er ook iets mee doen na het feestje als je een mooi artikel hebt gepubliceerd.'

## Niet zwart-wit

Ook minister Bruins merkte in een Kamerbrief al eens op dat er 'winst valt te behalen' op de implementatie van dergelijke onderzoeksuitkomsten. Daar trapt Van Benthem op de rem. 'Ik snap dat de minister zegt dat kennis snel moet worden geïmplementeerd. Maar artsen moeten ook de tijd krijgen om informatie te laten landen, om de wetenschap te duiden, om groepsgegevens te vertalen naar een individuele patiënt. Geneeskunde is niet zwart-wit. Het moet geen spreadsheetgeneeskunde worden. Laat des dokters wat des dokters is.'

'Die implementatie strandt niet op één, maar op meerdere zaken', aldus Willems. Kennis wordt soms niet goed verspreid, merkt ze op. 'Maar dat is een klein probleem dat je kunt oplossen. Wetenschappelijke verenigingen moeten de kennis in richtlijnen opnemen en toelichten.' Lastiger is de component van gedragsveranderingen die de resultaten mogelijk verlangen. 'Daarbij is de praktijk altijd weerbarstiger, net als bij stoppen met roken.' Een studieresultaat dat oplevert dat een arts beter iets anders kan doen, zal sneller zijn weg naar de praktijk vinden dan een resultaat dat zegt dat een arts iets moet laten, verwacht Willems.

## Productieverlies

Een belangrijke vraag is ook hoe je moet omgaan met artsen die handelingen minder hoeven te verrichten als uitkomst van zorgevaluatie. Willems: 'Een chirurg is arts geworden om te snijden. Als evaluatie ons leert dat een operatie niet bij elke patiënt tot het beste resultaat leidt, betekent dit dat er soms andere vaardigheden moeten worden ontwikkeld.' Dat kan ook gevolgen hebben voor het kwaliteitsbeleid van een ziekenhuis, aldus Willems: 'Bijvoorbeeld voor het aantal verrichtingen dat nodig is om een licentie te behouden.' 'En hoe moet een ziekenhuis omgaan met eventueel productieverlies? Er komen veel vragen bij kijken die nog niet zijn opgelost, en waar ook niet een-twee-drie een oplossing voor is. We weten hoe ingewikkeld de zorg is met veel partijen en veel belangen.'

Van Benthem en Willems zien verschillende rollen wegge-

legd voor die verschillende partijen om zorgevaluatie tot een blijvertje te maken. Artsen dragen wat hun betreft hun steentje bij met kennisagenda's en het verzamelen van data. Ziekenhuizen zijn aan zet om ervoor te zorgen dat zij de infrastructuur leveren om onderzoek uit te voeren. De Nederlandse Zorgautoriteit zou volgens Van Benthem kunnen helpen door een 'zorgevaluatie-dbc' in het leven te roepen. 'Zodat de inspanning van het opzetten van die infrastructuur door ziekenhuizen en de honorering van onderzoek door de medisch specialist ook in de dbc terugkomt. Onze stelling is dat zorgevaluatie een vast onderdeel van de zorg is, dus dan moet je het ook betalen.'

### Vliegwiel

Overheid en zorgverzekeraars zijn wat Willems betreft aan zet om structureel financieel bij te dragen. 'Zij zijn degenen die er baat bij hebben. Er is nu veel tijd en geld nodig om het van de grond te krijgen, maar evalueren van zorg moet uiteindelijk zoveel makkelijker worden dat het ook minder geld gaat kosten.'

Het 'gesprek' over ieders rol moet worden gevoerd nu iedereen aan de zorgevaluatietafel is aangeschoven, zegt Van Benthem. 'Er moet nieuw vertrouwen ontstaan. Ik hoop dat het vertrouwen in elkaar groter wordt. Dat is spannend, we hebben elkaar nodig.'

Dat neemt niet weg dat hij al een beeld heeft van de volgende slag die is te maken. 'Wij hebben het probleem niet alleen, en we kunnen het niet alleen oplossen. We moeten inzetten op de dwarsverbanden tussen de kennisagenda's van de 32 wetenschappelijke verenigingen in Nederland. En we moeten die agenda's internationaal uitventen en zorgen dat we de mankracht en het geld wereldwijd inzetten.' Veranderingen gaan altijd langzamer dan je wilt, realiseert Willems zich. 'Er zijn 22 duizend medisch specialisten in Nederland, van wie er nu een handjevol betrokken is bij zorgevaluatie. Ook in onze eigen achterban hebben we nog veel zendingswerk te verrichten. Er is een vliegwiel op gang gekomen.' Willems is qua tijdspad iets terughoudender dan VWS met zijn ambitie van vijf jaar. 'Ik hoop dat we over tien jaar kunnen zeggen dat er een systeem bestaat dat zorgevaluatie mogelijk maakt. Dat iedereen het belangrijk vindt en de eerste resultaten er zijn. Ons doel is topzorg en een gezonder Nederland.' ■

### web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).

# VELDWERK

DE CHIRURG



**MARTIJN MÖLLERS** is werkzaam in ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten

## Een vies woord

'Je bent zo commercieel', zei een collega tegen me toen ik vijf jaar geleden begon in mijn huidige ziekenhuis. 'Waarom toch? De wachtkamer zit toch vol?' Het was bijna een vies woord. En toen ik probeerde uit te leggen dat het niet zozeer ging om méér patiënten te trekken, maar om patiënten een zo optimaal mogelijke ervaring te geven in ons ziekenhuis, bleek dat een moeilijke muur om te slechten.

Misschien niet zo gek ook, want ik kwam net uit een ziekenhuis dat wél verlegen zat om patiënten. Door strenger wordende kwaliteitseisen en volumenormenten, slechte pers en een dreigend faillissement, liepen mensen de Sionsberg voorbij. Om het tij te keren maakte ik inhoudelijke keuzes en richtte me vooral op buikwand- en liesbreukchirurgie. In de Sionsberg, waar parkeren en koffie al gratis waren, maakten we intake en operatie op dezelfde dag mogelijk. En ik regelde samen met lokale ondernemers de 'ontzorgfiets', een gratis leenfiets waarmee begeleiders van patiënten Dokkum

konden verkennen en met korting ergens lunchen. Geregeld haalden we hiermee de krant en ook op internet waren we goed te vinden, door onze Google AdWords-campagne. Gevolg: volle poli's met tevreden patiënten. Maar wat bleek, de goede ervaringen

## NOG STEEDS DEEL IK UITRIJKAARTEN UIT ALS MIJN POLI UITLOOPT

gingen van mond tot mond en met de overgang naar mijn huidige ziekenhuis nam ik mijn goede naam mee. Met daar als paradoxaal resultaat: volle poli's, gehaast moeten werken en lange wachttijden.

Pijnlijk werd mij duidelijk dat de zorg geen markt is en een zorgverlener die succes heeft uiteindelijk zichzelf in de staart bijt. Nog steeds bel ik een PA-uitslag direct door, ook al is het vrijdagavond. En deel ik uitrijkaarten uit als mijn poli uitloopt. Waarom? Niet omdat ik commercieel ben, maar omdat overtreffen van verwachtingen het werk zoveel leuker maakt.