

# Zelflerende Gezondheidszorg

prof.dr. Sjoerd Repping

*Dies rede Universiteit van Amsterdam, 8 januari 2015*

*Bijbehorende presentatie: <https://prezi.com/2kn7dr4qfh10/>*

→ *Slide 1 (Overview)*

Mevrouw de rector, collegae, dames en heren, .... niets is belangrijker dan gezondheid. Gaat het niet goed met onze gezondheid dan wenden we ons tot een van de 9.000 huisartsen of 23.000 medisch specialisten die ons land rijk is. De geneeskunde geniet veel aanzien en met grote regelmaat zijn medische innovaties in het nieuws; de wetenschapsbijlages staan er vol mee en zijn al jaren het best gelezen stukje van de krant. Patiënten hebben dan ook vaak het idee dat dokters alles kunnen (en moeten).

De waarheid is echter dat de geneeskunde vaak met lege handen staat en dat van vele behandelingen die we al jaren uitvoeren de wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt. Tegelijkertijd is er toenemende onrust over de stijgende zorgkosten. Voor 2015 staat er ruim 44 miljard aan uitgaven, in het kader van de zorgverzekeringswet, op de begroting van het ministerie van VWS waarvan zo'n 20 miljard aan medisch-specialistische zorg.

In de komende 20 minuten zal ik illustreren hoe we er door een combinatie van evidence-based medicine, shared decision making en moderne technologie, voor kunnen zorgen dat we de best mogelijke behandelingen toepassen in de geneeskunde, nu en in de toekomst. Op naar een Zelflerende Gezondheidszorg waarin dokters, patiënten, wetenschappers, verzekeraars en de overheid gezamenlijk optrekken ter verbetering van de kwaliteit van zorg met als bonus een daling van de kosten.

→ *Slide 2 (BMJ overzicht)*

Het gerenommeerde Engelse tijdschrift de British Medical Journal zette ruim 3000 behandelingen op een rij, en verdeelde ze in behandelingen die bewezen zinnig zijn, bewezen zinloos zijn of waarvan onbekend is of ze zinnig of zinloos zijn. Hieruit blijkt dat voor de helft van alle medische interventies een fatsoenlijke wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt. Dat hoort u goed: de helft. Dat wil zeker niet zeggen dat deze behandelingen allemaal zinloos zijn maar dat we niet weten of ze zinnig zijn of niet.

→ *Slide 3 (OMS onderzoek)*

Nog maar kort geleden was dat een slecht onderkend gegeven onder medisch specialisten maar gelukkig is daar steeds bredere consensus over. Afgelopen vrijdag presenteerde Een

Vandaag nog een onderzoek dat zij samen met de Orde van Medisch Specialisten heeft uitgevoerd onder ruim 2000 medisch specialisten. Op de vraag “Hoe vaak komt het voor dat u wetenschappelijk niet weet welke behandeling de beste keus is voor uw patiënt?” antwoorde 61% dat het in een kwart of meer van de gevallen voorkomt. “Maar er zijn toch allerlei richtlijnen waar dokters zich aan moeten houden?” hoor ik u zeggen. Dat klopt maar een richtlijn is iets anders dan wetenschappelijk bewijs.

→ *Slide 4 (KiMs richtlijnen)*

Het Kennisinstituut van de Orde van Medisch Specialisten heeft gekeken naar de wetenschappelijk onderbouwing van richtlijnen. Daarbij is het goed om te weten dat er verschillende niveaus van wetenschappelijke onderbouwing zijn en dat het hoogste niveau, niveau 1, feitelijk noodzakelijk is om er zeker van te zijn dat een behandeling echt zinnig is. Niveau 3 betekent dat er een casus is beschreven waarin de behandeling heeft gewerkt of dat er een correlatie is gevonden tussen de behandeling en beter worden. Niveau 4 is de mening van experts oftewel ... het gevoel bestaat dat het werkt. Hier ziet u, als voorbeeld, dat er voor de beschreven handelingen in de richtlijnen van drie wetenschappelijke verenigingen (de neurologen, de orthopeden en de gynaecologen) slechts in de helft van de gevallen een bewijslast van niveau 1 of 2 is.

Samenvattend is het dus zo, dat voor een heel groot deel van de op dit moment uitgevoerde (en betaalde) behandelingen in Nederland, maar natuurlijk ook elders in Europa en de wereld, het onduidelijk is of ze zinnig of zinloos zijn. En daar gaan, alleen in Nederland al, miljarden in om.

→ *Slide 5 (Geneesheer Rijksmuseum)*

Hoe is dit allemaal zo gekomen zou u zeggen? Het is belangrijk te beseffen dat de geneeskunde van oorsprong geen wetenschappelijk vak maar een ambacht is. Niet voor niets ziet u de geneesheer in de prachtige glas-in-lood ramen in het Rijksmuseum naast de Priester staan. Eeuwenlang werd opgedane ervaring overgedragen op een nieuwe generatie dokters volgens het bekende leermeester-leerling systeem. Nadat je als jonge dokter de benodigde kennis had opgedaan bracht je dat in de praktijk gedurende de rest van je carrière. En de ervaring die je opdeed gedurende je eigen carrière gaf je weer door aan de volgende generatie. En dat werkte voor die tijd hartstikke goed. Maar natuurlijk doet niet iedere leermeester het hetzelfde. Hierdoor ontstond iets wat we nu aanduiden met de term “praktijkvariatie”: niet iedereen handelt hetzelfde in dezelfde situatie. Met de opkomst van ‘evidence-based medicine’ worden steeds vaker medische behandelingen met elkaar vergeleken. Medicijn A versus medicijn B, behandeling C versus behandeling D of behandeling E versus niet behandelen. Vervolgens worden de uitkomsten van deze vergelijkingen door wetenschappelijke verenigingen opgenomen in richtlijnen, u zag ze net al. Niet langer voeren dokters enkel uit wat ze van hun leermeester hebben geleerd; soms tientallen jaren geleden.

Nee, zij lezen de richtlijn die de dan beschikbare kennis samenvat en adviseert wat te doen. En ze houden zich daaraan, als het goed is.

Ook dit systeem kent echter zijn beperkingen. Het schrijven van een richtlijn duurt vaak meer dan een jaar; een jaar waarin de evidence gewikt en gewogen wordt door een select groepje geselecteerde dokters en als er geen evidence is wordt er gepolderd. Na het initieel uitbrengen van de richtlijn wordt, als het goed is, de richtlijn eens in de 5 jaar geüpdate. Maar dagelijks komen er tientallen zo niet honderden nieuwe gegevens beschikbaar uit wetenschappelijk onderzoek of zorgregistraties die verwerkt zouden moeten worden in deze richtlijnen. Dan moet je als patiënt maar geluk hebben dat jouw dokter toevallig die nieuwe gegevens heeft gezien, ze naar waarde kan schatten en vervolgens ook toepast in de praktijk.

→ *Slide 6 (Digitale samenleving)*

Ik kan niet anders dan concluderen dat dit niet meer van deze digitale tijd is. Als u straks de aula verlaat vindt u het doodnormaal dat u via uw smart Phone uw banksaldo kunt checken. En als u niet uitgenodigd bent voor het hoogleraren diner en besluit te gaan eten met vrienden, heeft u uw deel van de rekening al overgemaakt voordat uw vriend de rekening betaalt heeft. Uw smart Phone trilt binnen een minuut nadat Nederland aan de andere kant van de wereld Spanje met 5-1 heeft verslagen. En als u in de auto stapt om naar uw huis in Nieuwegein te rijden zet u natuurlijk Google Maps aan en vindt u het normaal dat u op de A10 automatisch naar de A1 gestuurd wordt omdat er een ongeluk op de A2 gebeurd is en er 10 kilometer file staat. Waarom zou dat niet kunnen met de geneeskunde? Waarom zou het niet mogelijk zijn om op ieder klinisch beslismoment alle beschikbare gegevens te hebben die nodig zijn om al dan niet te kiezen voor een behandeling of om een keuze te maken tussen verschillende behandelingen? Een systeem waarbij je up-to-date (en dan bedoel ik binnen seconden of minuten ipv jaren of decennia) alles weet wat nodig is. En nog mooier: dat dat niet alleen bekend is bij dokter A in Ziekenhuis A maar ook bij dokter B in Ziekenhuis B. In iedere spreekkamer dezelfde (!) up-to-date informatie. Wereldwijd zelfs. Voor dokter en voor patiënt. Onmogelijk?

→ *Slide 7 (Watson)*

Bedrijven als IBM en Apple zijn al bijzonder ver met het ontwikkelen van dergelijke eHealth systemen. IBM's eHealth systeem genaamd Watson wordt nu al gebruikt in het Memorial Sloan Kettering Ziekenhuis in New York als adviseur van oncologen. Net zoals Watson in het verleden bewezen heeft beter te zijn dan de mens in het onthouden van schaakzetten en het beantwoorden van vragen bij Jeopardy, gaat Watson natuurlijk straks ook sneller en accurater alle beschikbare medische gegevens ophoesten dan mensen dat kunnen. Natuurlijk zal Watson de dokter niet vervangen (anders had IBM hem wel Sherlock genoemd) maar wel zijn steun en toeverlaat worden. Geen angst dus voor een gevecht met

de machine, maar juist de machine optimaal inzetten. Niet Race Against the Machines maar Race with the Machines.

→ Slide 8 (Shared decision making)

En dan de patiënt: in de tijd dat de dokters nog alwetend waren nam de patiënt maar al te lief voor waarheid aan wat de dokter zei. Een heerlijke tijd. De dokter was de Priester en alle patiënten waren gelovig. De huidige tijd is veel ingewikkelder. De dokter beseft steeds vaker dat hij geen Priester is (wat hij voor waarheid heeft aangenomen blijkt helemaal niet altijd waar te zijn) en de patiënten geloven al lang niet meer, maar komen met informatie van internet de spreekkamer binnen. Enorm lastig soms om nu dokter te zijn. Wat zou het mooi zijn als de dokter straks (met Watson op zijn bureau) kan optreden als begeleider van de patiënt die keuzes kan, mag en moet maken. Ik zie een prachtige toekomst voor me waarin dokter en patiënt samen kijken naar de beschikbare opties en de wetenschappelijke onderbouwing daarvan. Evidence-based shared decision making. Samen besluiten ze wat te doen. Op basis van evidence. En dan gaat het niet alleen om effectiviteit (dat wat de dokter van oudsher het meest belangrijk vindt, namelijk genezen) maar om alle dimensies die voor patiënten van belang zijn. Kwaliteit van leven. Welke belasting een bepaalde behandeling met zich meebrengt, zowel fysiek als psychosociaal. Kosten. En dimensies die we wellicht nog niet eens kennen. Zo zou de besluitvorming er in de toekomst uit moeten zien. In die zin zou in de opleiding van artsen en medisch specialisten primair de focus moeten liggen op communicatie en minder op het uit het hoofd leren van gegevens (dat doet Watson immers voor ze). Communicatie over wat wel en wat niet weet bekend is. Communicatie over de verschillende dimensies van de beschikbare keuzes. En dan 'shared-decision making' met de patiënt waarbij natuurlijk iedere patiënt anders is. De een zal tot op het gaatje alle statistische kansen willen weten en de ander heeft graag dat de dokter een keuze maakt voor de beste behandeling. Dat vergt enorm goede communicatieve vaardigheden. Het vraagt echter ook aanpassingen van ons allen als patiënt. Namelijk het besef dat niet alles zomaar kan als er geen bewijs voor is en dat niets doen in die situatie vaak beter is dan behandelen. Simpelweg omdat het geen zin heeft. Laten we samen eens kijken naar dit beeld van de toekomst waarin gebruik wordt gemaakt van digitale technologie en evidence based shared-decision making:

→ Slide 9 (Video 1 / Peter)

Maar wat nou als er geen evidence is? Dat is namelijk in de helft van de situaties het geval. Ook dan moet je transparant zijn. "We zouden deze behandeling in theorie wel kunnen proberen maar er is eigenlijk geen bewijs dat het werkt". Ik kan me moeilijk voorstellen dat als je tegen een patiënt zegt: deze behandeling is zwaar, kostbaar en risicovol en er is geen enkel bewijs dat het werkt" dat iedereen zegt "Kom maar op met die behandeling". Als onbekend is of een behandeling zinnig of zinloos is dan moet je dat uitzoeken. En met je bedoel ik dokter en patiënt samen. Evalueren heet dat en eigenlijk is dat reuze simpel. Stel er zijn twee behandelingen mogelijk bij een bepaalde ziekte: dan randomiseer je tussen

behandeling A en B; met andere woorden de helft van de patiënten krijgt op basis van het trekken van een lootje behandeling A en de andere helft behandeling B. Nadat er een vooraf bepaald aantal patiënten behandeld is, kijk je naar de uitkomst. Is A effectiever en veiliger dan kies je voortaan A. En jij niet alleen maar iedereen natuurlijk. Wereldwijd. Dat werkt dan als volgt:

→ *Slide 10 (Video 2 / Suzan and Mike)*

En hou zit het dan met de kosten? Kost al die zorgevaluatie niet ontzettend veel geld? Nee, is het eenvoudige antwoord. Het bespaart geld.

→ *Slide 11 (NVOG kosten besparing)*

De afgelopen 10 jaar is binnen de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie onder de vlag van het Consortium hard gewerkt aan het opzetten van een landelijke structuur om zorgevaluatie uit te voeren. En met succes. Vele studies werden door vele deelnemende centra uitgevoerd met als resultaat duidelijkheid over de zinnigheid of zinloosheid van tientallen interventies. Gelukkig en volstrekt logisch is het zo dat de beste behandeling ook vrijwel altijd de goedkoopste behandeling is. Ook waar de beste behandeling de duurste was bleek dat het goedkoper is om in 1 keer goed te behandelen dan twee opvolgende behandelingen te moeten toepassen. Uit een evaluatie van 8 zorgevaluatie studies in de Verloskunde, met ronkende namen als PROBAAT, HYPITAT en APOSTEL, kwam naar voren dat een eenmalige investering van ongeveer 3 miljoen euro leidt tot een jaarlijkse kostenbesparing van ongeveer 10 miljoen. Structureel!! De NVOG vervuld een voorbeeld functie binnen de Federatie van Medisch Specialisten maar daar moet het uiteraard niet bij blijven. Immers, in alle vakgebieden in de geneeskunde is sprake van behandelingen waar de wetenschappelijke onderbouwing voor ontbreekt. Het zou vanzelfsprekend moeten worden dat dokters de zorg die zij toepassen evalueren als er geen wetenschappelijke basis voor is.

De grote uitdaging zit hem hier in de financiering van deze zorgevaluatie. Feitelijk gezien kan je daarvoor in Nederland maar bij één partij terecht: ZonMw. Maar, ZonMw heeft maar ongeveer 10 miljoen per jaar beschikbaar voor onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen. Voor de gehele geneeskunde. Op de 20 miljard aan jaarlijkse kosten voor de medisch specialistische zorg is dat 0.05%. De vraag is ook of ZonMw wel het juiste adres is voor zorgevaluatie. Zoals eerder betoogd is het achterhalen van de zinnigheid of zinloosheid van een behandeling feitelijk veel meer een kwaliteitsissue dan een wetenschappelijke vraagstelling. Als je de zorg evalueert ben je bezig de kwaliteit van de zorg voor alle Nederlandse burgers te verbeteren. De vraag is daarom of deze zorgevaluatie niet betaald zou moeten worden door zij die in het huidige stelsel de miljarden aan premiegelden van de Nederlandse burgers beheren, de zorgverzekeraars. Simpelweg omdat wij allen als burgers dat zouden moeten eisen, de best beschikbare zorg. Nu en in de toekomst.

→ *Slide 12 (Pinautomaat)*

De verzekeraars en de koepel van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heb ik echter met regelmaat, zelfs afgelopen vrijdag nog, horen zeggen dat zij 'Geen Pinautomaat' zijn. Daarmee bedoelen ze dat ze medisch specialisten en onderzoekers niet zomaar geld geven om te onderzoeken (u weet inmiddels, ik bedoel "evalueren") welke behandeling het beste is voor de patiënt oftewel hun verzekerde. Maar dames en heren, de waarheid is dat het huidige systeem er juist voor zorgt dat zorgverzekeraars wel pinautomaten zijn, en bovendien nog slecht functionerende pinautomaten ook. Iedere dag wordt er druk gepind bij verzekeraars door zorgaanbieders; declareren van DBCs of verrichtingen noemen we dat. En wat doet de pinautomaat: die betaalt keurig het afgesproken bedrag uit zolang er op het pasje maar "Dokter" staat. Een pincode is niet eens nodig. Wat zou er gebeuren als er bekend werd dat je met een pasje zonder pincode bij een pinautomaat hier op het Spui zomaar geld kon krijgen? Precies, het zou er storm lopen en mensen zouden zoveel mogelijk proberen te pinnen. Dat is zo ongeveer wat er gebeurt in de gezondheidszorg. Het systeem zorgt voor een impuls om maar zoveel mogelijk verrichtingen uit te voeren om zo de inkomsten te behouden of zelfs te verhogen. De zorgverzekeraars zouden er goed aan doen om de pincode in te voeren op hun pinautomaat. Die pincode krijg je dan als dokter alleen voor behandelingen waarvoor wetenschappelijke onderbouwing bestaat óf (als die wetenschappelijke onderbouwing er niet is) voor behandelingen als ze onderdeel zijn van een evaluatietraject. Ik twijfel er niet aan dat een dergelijk systeem zoveel financiële ruimte biedt dat de kosten die gepaard gaan met zorgevaluatie een non-issue zijn. Daar wordt de zorg immers beter van. En nog goedkoper ook.

→ *Slide 13 (Overzicht)*

Dames en heren, geneeskunde is niet langer magie maar een wetenschappelijk onderbouwde manier om de gezondheid van de mens te herstellen en te verbeteren. In die zin is de term Geneeswetenschap veel passender. Daar ligt dan ook een prachttaak voor ons vanuit de academie.

Ik heb u in de afgelopen 20 minuten proberen duidelijk te maken dat we toe moeten naar een nieuw gezondheidszorg systeem. Een systeem waar we zinnige behandelingen uitvoeren en betalen, zinloze behandelingen niet uitvoeren en niet betalen, en behandelingen waarvan we niet weten of ze zinnig of zinloos zijn evalueren. Een systeem dat gebruik maakt van alle moderne digitale mogelijkheden zodat patiënt en dokter bij ieder klinisch beslismoment samen naar de beschikbare evidence kijken voor alle dimensies die voor de patiënt van belang zijn om zo samen te besluiten wat te doen en wat te laten. Volledige toepassing van deze basis principes in de gehele geneeskunde door alle stakeholders zal volgens mij leiden tot Zelflerende Gezondheidszorg waarbij alles en iedereen er op gericht is om de zorg voor alle Nederlandse burgers continue te verbeteren. Want ook in de toekomst staat het belang van de patiënt, van u en ik, centraal. Ik dank u voor uw aandacht.