

Medische Besliskunde: stand van zaken en op weg naar 2025

PROF. DR. ANNE M. STIGGELBOUT

MEDISCHE BESLISKUNDE/KWALITEIT VAN ZORG

LEIDS UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM



Onze groep, Besliskunde, LUMC



Anne Stiggelbout
Nanny van Duijn
Arwen Pieterse
Fania Gärtner
Hanna Bomhof
Marleen Kunneman



Historische achtergrond meten patiënt-voorkeuren

Sinds 80-er jaren

Metten van voorkeuren voor gezondheidstoestanden (“utiliteiten”)

In kosten-effectiviteitsanalyses (macro-niveau besluitvorming): QALYs

“10 jaar overleving in toestand met utiliteit van 0.8 (80% van perfect gezond)
= 8 QALYs”

Historische achtergrond meten patient-voorkeuren

Sinds 90-er jaren:

“Decomposed” meten van voorkeur:

- voorkeuren voor attributen van toestanden/behandeling (pijn, kosten)
- meestal met Conjoint analyses, Discrete Choice experiments, etc.
- voor macro en meso-niveau, bijv richtlijnen

Meten “holistic” behandelingsvoorkeur (bijv. % baat vereist van chemotherapie):

- Voor richtlijnontwikkeling
- Voor de spreekkamer
- Meestal “Treatment TradeOff” (“Probability TradeOff”) methode

First example: Bedside Decision Board (Levine et al. 1992)

Treatment option	Chance of outcome	Outcome
No chemotherapy, regular check-ups Each check-up includes a physical examination. A mammogram is made once a year. The side effects and especially the psychological and social consequences as mentioned with chemotherapy may also occur in this option as a result of previous surgery, radiotherapy or the diagnosis of cancer.	80%	No recurrence within five years All tests and examinations show that there is no recurrence of the cancer. One may sometimes worry that the tumor may return.
Chemotherapy, regular check-ups During six months one or two hospital visits per three weeks for chemotherapy treatment intravenously. During and after chemotherapy regular check-ups.	90%	No recurrence within five years All tests and examinations show that there is no recurrence of the cancer. One may sometimes worry that the tumor may return.
The following side effects and psychological and social consequences may occur: <i>Physical:</i> Nausea, fatigue, hair loss, difficulty in carrying out strenuous activities, frequent need to rest <i>Psychological:</i> Dissatisfaction with one's body <i>Social:</i> Limitations to work or other daily activities, restrictions on social activities.	10%	Recurrence within five years The tumor may recur in the breast or at a different site in the body. Various treatments may follow like radiotherapy, chemotherapy or hormonal therapy. The prognosis is uncertain.

Historische achtergrond Shared Decision Making

1. New Medical Ethics: arts-patient rollen ('60s)
 1. Evolueerde richting **Evidence-Based** Patient Choice (2000)
 2. Eerste boek Edwards&Elwyn 2001
 3. Internationale SDM congressen vanaf 2001 (Oxford)
 4. Salzburg Statement on SDM (2010/2011)
 5. NL: iSDM Maastricht 2011, oprichting platform GB
2. Praktijkvariatie ('80s, Jack Wennberg), opgepikt door Minister Schippers VWS (2015), overgegaan in Value-Based Health Care

Value-based Health Care

- Michael Porter, bedrijfskundige, 2006: Redefining Healthcare (NB met Elisabeth Teisberg)
- Waarde =
$$\frac{\text{Uitkomsten voor de patiënt}}{\text{Kosten in euro's}}$$
- Nederland in opkomst, m.n. Santeon, sinds 2015 ook UMC's, sinds 2017 VWS en ZiN

VBHC en PROMs: patiënt centraal



PROMs = Patient Reported Outcomes Measurement

- gevalideerde vragenlijsten, inzicht in effectiviteit
- QoL, ziektespecifiek



PROMs: benchmarken & spreekkamer

Verzamelen PROMs via het portaal:

- Benchmarken (over tijd; met vergelijkbare ziekenhuizen)
- Op individueel niveau in EPD tonen, goede visualisaties:
- Gesprek clinicus met patiënt over PROs
- Doelen stellen voor therapie
- Terugkoppelen in volgend consult

Gedeelde besluitvorming: Model

1. Arts informeert patiënt dat **beslissing** genomen moet worden en dat **mening patiënt** belangrijk is
2. Arts legt relevante (behandel-) **mogelijkheden** uit en voor- en nadelen van elk
3. Arts en patiënt bespreken de **voorkeuren** van patiënt en ondersteunt patiënt bij afwegen mogelijkheden
4. Arts en patiënt bespreken **beslissing** en mogelijke verdere stappen

Gedeelde besluitvorming: onderzoek

1. Onderzoek “choice awareness”

- Effect stap (ZonMw videovignette studie)
- Rol richtlijnen (KWF Choice Awareness)
- Rol onderwijs (VENI Kunneman)

2. Opties bespreken:

- Keuzehulpen
- Consultkaarten (Option Grids)
- Risicocommunicatie (o.a. VUMC, LUMC) en communicatie onzekerheid (o.a. A(U)MC en LUMC)
- Gezondheidsvaardigheden (MUMC, NIVEL, A(U)MC)
- Impliciete normativiteit (LUMC)
- Gebruik uitkomsten in spreekkamer (VBHC)

Gedeelde besluitvorming: onderzoek

3. Gedachten/voorkeuren patiënt

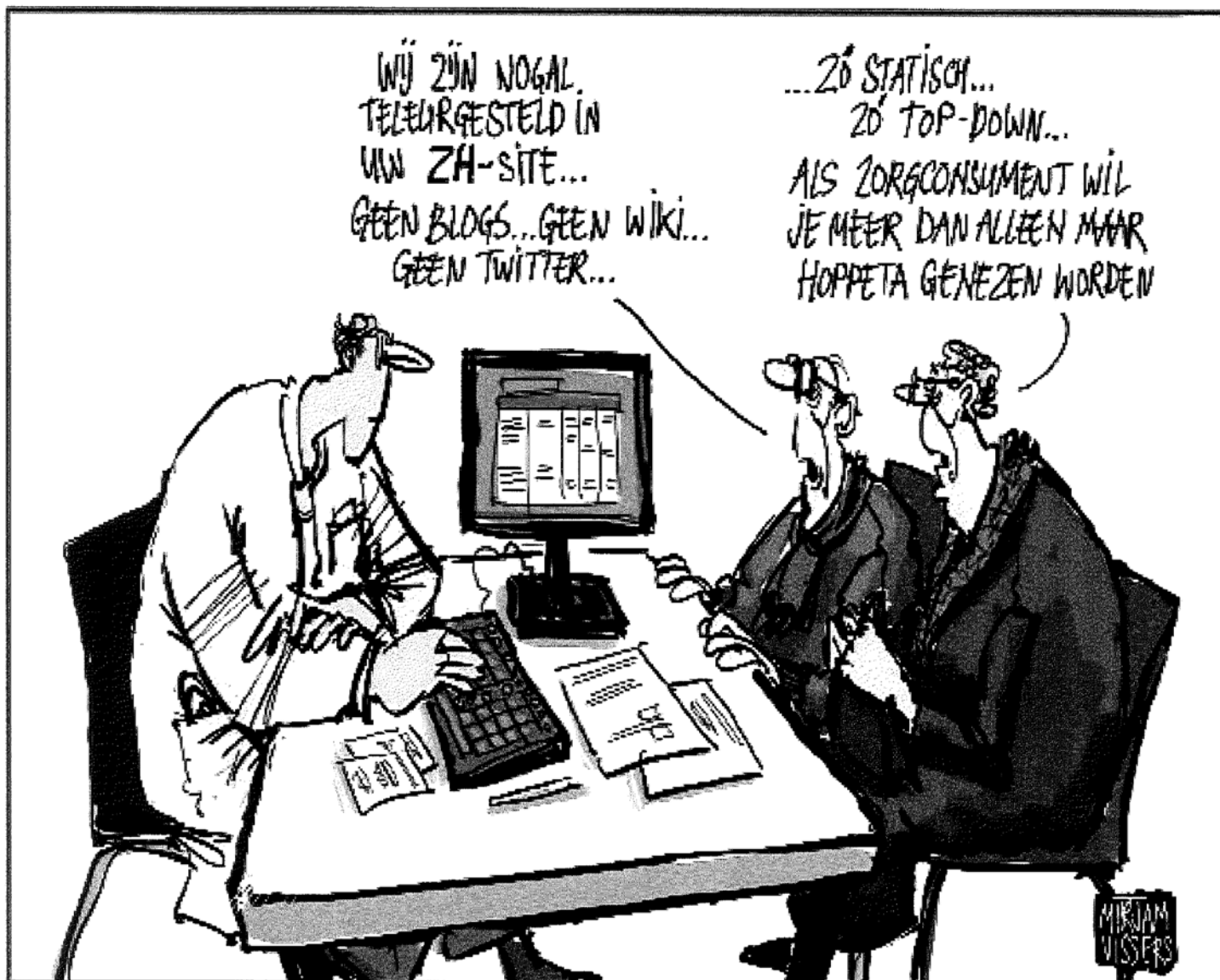
- Waarden-elicatatietaken (al dan niet in keuzehulp) (o.a. LUMC met Adaptive Conjoint Analysis)
- Evaluatie “3 Goede Vragen” campagne

4. Beslissing en mogelijke verdere stappen

- Keuzehulp-onderzoek

Daarnaast onderzoek naar en ontwikkeling van **meetinstrumenten** (Gärtner et al. 2018: systematic review)

2025: DE GEINFORMEERDE PATIENT...



Wat is er nodig tussen 2019 en 2025?

Onderzoek naar de context en determinanten:

- Typen beslissingen (niet alleen obviously voorkeursgevoelige)
Gezondheidsvaardigheden
- Culturele achtergrond
- Design voor SDM
- Onderwijs en training

Wat is er nodig tussen 2019 en 2025 (2)?

Onderzoek naar spreekkamer/ondersteuning (zorgverleners en patiënten):

- Risicocommunicatie (mondeling en schriftelijk)
- Communicatie onzekerheid
- Emoties (arts en patiënt) en verdere “softe kant”
- Naasten
- “Kwetsbare” groepen

Wat is er nodig tussen 2019 en 2025?

Onderzoek naar innovaties

- Gebruik portalen, apps e.a. ehealth (robots?)

Onderzoek naar implementatie/uitkomsten:

- Effect SDM op keuzen (en kosten)
- Effect SDM op kwaliteit van leven (en overleving)
- Neveneffecten (placebo-effect?)
- “Value” (i.h.k.v. Value-Based Health Care)

**WAAROM
MOEILIK DOEN
ALS
HET SAMEN KAN**

Loesje

POSTBUS 1045

6801 BA ARNHEM

GIRO3254768