

Effecten op de kosten

Literatuurbespreking:

Nog veel onzekerheid over effecten van veranderende nazorg op de kosten

Inleiding

Een belangrijke basis voor het geven van nazorg is dat er een vroege detectie van recidieven mogelijk is en dat dit leidt tot winst in overleving of kwaliteit van leven voor patiënten. Voor een aantal tumoren en behandelingen is het duidelijk dat nazorg ook na vele jaren een dergelijke winst kan opleveren. Dit geldt echter niet voor alle tumorsoorten. Als dit laatste het geval is dan dient gerealiseerd te worden dat niet alleen patiënten onnodig belast worden, maar dat er ook extra kosten gemaakt worden. Deze kosten kunnen aanzienlijk zijn als er op macro niveau wordt gekeken. Dit hoofdstuk richt zich op het kostenaspect. Aangezien het niet mogelijk is voor alle tumorsoorten dit door te rekenen is gekozen één tumorsoort er uit te lichten en dit verder door te rekenen. Gekozen is voor de follow-up van patiënten met het blaascarcinoom, vanwege het feit dat in deze Richtlijn het blaascarcinoom als voorbeeld is uitgewerkt. In dit hoofdstuk wordt alleen gekeken naar kosten en niet naar andere belangrijke aspecten van de nazorg, zoals de effectiviteit van behandelingen, de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven.

Methoden

Allereerst is er een literatuurstudie uitgevoerd in de Pubmed-, Cochrane- en EMBASE databases. Deze studie is in februari 2009 gedaan. De zoektermen waren: 'bladder cancer', 'follow-up', 'cost' or 'economic'. Vanwege het feit dat de literatuur zeer beperkt en vaak niet goed bruikbaar was, zijn vervolgens de huidige kosten van nazorg voor blaaskanker in Nederland in kaart gebracht door middel van een digitale enquête. Deze enquête is via de locaties van het Integraal Kankercentrum Nederland verstuurd naar alle professionals die betrokken zijn bij de behandeling en follow-up van patiënten met een blaascarcinoom (n=512). Deze professionals, de urologen, internist-oncologen, radiotherapeuten en verpleegkundigen, participeren in de regionale multidisciplinaire tumorwerkgroep Urologie. In de enquête is gevraagd naar de huidige follow-up bij blaaskanker. De verschillende onderdelen van follow-up waar op gescoord is staan weergegeven in bijlage 18, tabel 2. Het soort en aantal consulten en soort en aantal onderzoeken is onderverdeeld naar eerste tot en met derde jaar na de primaire behandeling. Verder is de patiëntenpopulatie onderverdeeld in niet-spierinvasief (met drie subcategorieën) en spierinvasief (vier subcategorieën). In de enquête is verder gevraagd naar het percentage patiënten dat per subgroep in het eerste jaar na behandeling wordt doorverwezen naar een psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker, fysiotherapeut/revalidatie arts/herstel en balans, seksuoloog, diëtiste, patiëntenvereniging.

Op basis van de ingevulde enquête zijn vervolgens de gemiddelde aantallen berekend. Deze aantallen zijn vervolgens vermenigvuldigd met de beschikbare kostprijzen (prijsindex 2009). Deze berekening geeft een indruk van de huidige kosten van nazorg van patiënten met een blaascarcinoom. Tevens zijn de kosten van nazorg bij het volgen van de richtlijn berekend aan de hand van de twee ingevulde nazorgplannen (zie [bijlage 17](#)) en de scenario's voor vroege detectie zoals beschreven in [bijlage 19](#). Daarna zijn de kosten tussen de huidige nazorg en die van nazorg bij het volgen van de richtlijn met elkaar vergeleken. Ten slotte is de budgetimpact van de nieuwe richtlijn berekend door het verschil in kosten tussen de huidige situatie en de gewenste situatie (d.i. na implementatie van de richtlijn) te vermenigvuldigen met het aantal patiënten dat hiervoor in aanmerking komt. De analyses hier veronderstellen dat alle behandelaars de richtlijn geheel volgen en dat er geen patiënten zijn waarbij van de richtlijnen wordt afgeweken (op goede gronden). Er is gebruik gemaakt van de incidentiecijfers van de Nederlandse Kankerregistratie uit 2004 en er is gecorrigeerd voor het aantal overledenen in de drie na volgende jaren voor uitval van patiënten vanwege overlijden. Het was niet mogelijk om te corrigeren voor uitval door progressie.

Resultaten literatuuronderzoek

Er zijn slechts 4 artikelen gevonden die relevant waren voor dit onderzoek. De eerste studie was van Nam et al. [2000]⁴⁸. Nam et al. [2000]⁴⁸ vergeleken standaard follow-up (cystoscopie en cytologie) met follow-up waarin een belangrijke rol was weggelegd voor urinemarkers. De studie is uitgevoerd in Canada. De kosten van follow-up met urinemarkers varieerden van \$158 (€122) tot \$228 (€177) voor elk follow-up bezoek. Kosten van standaardzorg bedroegen \$240 (€186) voor elk follow-up bezoek. De conclusie van dit onderzoek was dat follow-up met urinemarkers minder kost dan de standaard follow-up voor patiënten met oppervlakkige blaaskanker.

In de tweede studie zijn de kosten van behandeling en follow-up van patiënten met blaaskanker berekend voor Italië [Racioppi 2007]⁵⁵. De kosten van follow-up van patiënten met oppervlakkig blaascarcinoom (laag risico) bedroegen € 265.15 in het eerste jaar, voor patiënten met een hoog risico € 321.75 en voor

patiënten met spierinvasief blaascarcinoom € 548.90.

De derde studie, te weten de studie van Hong en Loughlin [2008]³⁴ is een literatuur review gedaan naar blaastumormarkers versus standaard follow-up (waaronder cystoscopie) bij patiënten met een niet-spierinvasief blaascarcinoom. De literatuur geeft bewijs dat de vervanging van cystoscopiën door blaastumormarkers kosteneffectief kan zijn in een follow-up schema.

De vierde studie onderzocht de nazorg van patiënten met een niet-spierinvasief blaascarcinoom middels cystoscopie vergeleken met gedeeltelijke vervanging door microsateliet analyse van de urine in Nederland [De Bekker-Grob 2008]¹⁵. De gedeeltelijke vervanging van MA markers leidde tot aanzienlijk hogere kosten (€ 4104 vs € 3433 per patiënt). De conclusie was dat de gedeeltelijke vervanging door MA tumormarkers alleen kosten-effectief zou kunnen zijn indien de tumormarker een hogere sensitiviteit zou hebben en de tumormarker test minder zou kosten.

Resultaten huidige nazorg

Respondenten

Tabel 1 in [bijlage 23](#) geeft het aantal respondenten (n= 56) verdeeld over de verschillende disciplines weer. Het response percentage was 11 %.

Huidige nazorg

In het eerste jaar na behandeling komt de patiënt gemiddeld 2,72 tot 4,31 keer per jaar bij de uroloog. Daarnaast worden de patiënten in jaar 1 door de oncologie verpleegkundige / nurse practitioner ook minimaal twee keer per jaar gezien. Cytologie en cystoscopie onderzoeken worden gemiddeld 0,42 keer tot 3,9 keer per patiënt per jaar uitgevoerd. Na het eerste jaar daalt het aantal consulten en de genoemde onderzoeken (zie [bijlage 23](#), tabel 2).

Kosten huidige nazorg

De kosten van de huidige nazorg staan uitgewerkt in tabel 3. In jaar 1 krijgen patiënten met een niet-spierinvasief urotheelcarcinoom (hoog risico) en patiënten met een spierinvasief T2-T4a urotheelcarcinoom (geen cystectomie) de meeste nazorg en hebben daardoor de hoogste kosten. De kosten voor nazorg bedroegen respectievelijk € 1968 en € 1993 per patiënt.

Voor alle categorieën patiënten daalden de kosten van nazorg in het tweede en derde jaar. In jaar 2 na behandeling kosten de twee bovengenoemde categorieën patiënten wederom het meest. In het derde jaar zorgt een patiënt met T4b en N+ en M+ urotheelcarcinoom (geen cystectomie) voor de hoogste kosten, samen met de niet-spierinvasief urotheelcarcinoom (hoog risico).

Doorverwijzingen

Meer dan de helft van de artsen verwijzen patiënten niet door naar andere beroepsgroepen (zie [bijlage 23](#), tabel 4). Wel worden patiënten doorverwezen naar de patiëntenvereniging. Naar de psychiater wordt bijna nooit doorverwezen (slechts 1x, bij 1-25% van hun patiënten). Doorverwijzingen vinden vaker plaats bij patiënten met een spierinvasief blaascarcinoom. Ook bij deze categorie wordt in de meeste gevallen gekozen voor doorverwijzing naar de patiëntenvereniging en worden andere doorverwijzingen minder vaak gedaan. Omdat gegevens over het aantal consulten na doorverwijzing ontbreekt, zijn deze gegevens niet meegenomen in de berekening van de huidige nazorg.

Vergelijking huidige kosten nazorg met kosten bij volgen van de richtlijn

In tabel 5, [bijlage 23](#) zijn de huidige kosten van nazorg vergeleken met de kosten die gemaakt zouden worden als de richtlijn gevolgd zou worden. In jaar 1 leidt het volgen van de richtlijn tot minder kosten dan de huidige praktijk. De besparing varieert van € 275 tot € 1603 per patiënt in het voordeel van het toepassen van de richtlijn. Ook in tweede jaar leidt de toepassing van de richtlijn tot een kostenbesparing. Dit varieert van € 27 tot € 1166 per patiënt. In het derde jaar leidt het gebruik van de richtlijn tot besparingen variërend van € 4 tot € 752 per patiënt.

Budgetimpact analyse

Uit de resultaten (tabel 6, [bijlage 23](#)) blijkt dat nazorg volgens de richtlijn over 3 jaar, een budgetimpact heeft van + € 2.360.027 voor de groep patiënten met niet-spierinvasief blaascarcinoom. Dat wil zeggen dat het nieuwe beleid over drie jaren minder kosten met zich meebrengt dan het huidige beleid. Voor de groep patiënten met spierinvasief blaascarcinoom zorgt het nieuwe beleid voor een budgetimpact van + € 1.285.515. Indien een tweedeling wordt gemaakt in niet-spierinvasief laag risico met intermediaire risico (op progressie) in vergelijking met hoog risico niet-spierinvasief en spierinvasief is het resultaat respectievelijk + € 1.831.110 en + € 1.814.433. In totaal, dus voor alle patiënten met blaascarcinoom, is er een

budgetimpact op het (macro)budget van + € 3.64 miljoen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat dit geldt voor de voorbeeld nazorgplannen en de uitgewerkte scenario's voor het blaascarcinoom zoals opgenomen in deze richtlijn.

Discussie

In dit hoofdstuk zijn de kosten van nazorg voor patiënten met een blaascarcinoom geschat. De nieuwe richtlijn zou tot een kostenbesparing van ongeveer € 3.64 miljoen op het (macro)niveau kunnen leiden voor patiënten met blaascarcinoom.

Uit de literatuurstudie komt naar voren dat follow-up met urinemarkers minder geld zou kunnen kosten dan de standaard follow-up (cystoscopie en cytologie), het optimaliseren van de follow-up tot kostenbesparingen zou kunnen leiden, en dat MA tumormarkers nog niet kosten-effectief zijn gezien de beperkte sensitiviteit. De kosten voor nazorg zoals berekend voor deze richtlijn vallen hoger uit dan de kosten zoals beschreven in de literatuur.

De huidige berekeningen dienen wel als voorbeeld geïnterpreteerd te worden. Zo zijn er maar twee nazorgplannen volledig uitgewerkt en hebben berekeningen plaatsgevonden op basis van scenario's van nacontrole. Er waren geen gegevens over of en hoe vaak een patiënt behandeld wordt voor psychosociale problemen, vermoeidheid enzovoort. Tevens ontbraken gegevens over het aantal consulten bij de huisarts.

Wat de gevolgen daar voor zijn wat betreft de kosten kan nu niet worden gezegd. De input wat betreft volumes van zorggebruik zijn gebaseerd op enquêtes. Gegeven de lage response is er mogelijk een vertekening opgetreden bij de schatting van deze volumes. Er is geen sensitiviteitsanalyse uitgevoerd om de effecten hiervan te analyseren op de geschatte kosten.

Tot slot is er in dit hoofdstuk niet gekeken naar de effectiviteit, kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg op zowel korte als lange termijn. In de toekomst zou onderzocht moeten worden of met striktere richtlijnen minder onnodige onderzoeken worden gedaan, en of patiënten die nazorg en follow-up nodig hebben betere of de juiste zorg hebben gekregen.

Conclusies:

Nog veel onzekerheid over effecten van veranderende nazorg op de kosten

Follow-up met urinemarkers kost minder dan de standaard follow-up (cystoscopie en cytologie) voor patiënten met oppervlakkige blaaskanker.

Niveau 2: A2 Nam 2000⁴⁸, B Hong 2008³⁴

Vervanging door MA tumormarkers heeft vooralsnog niet aangetoond kosten effectiever te zijn.

Niveau 2: B De Bekker-Grob 2008¹⁵