

MET OPEN OGEN EN GOEDE AFSPRAKEN KAN DIAGNOSTIEK STUK GOEDKOPER

Specialisten Radboud besparen simpel kosten

Nu het veld wordt geacht mee te denken over kostenbesparingen in de zorg, hebben internisten van het Radboudumc dat op een heel eigen manier gedaan. Zij kwamen daarbij relatief eenvoudig tot flinke bezuinigingen.

De uitspraak van minister Schippers, dat het veld nu zelf maar met financiële oplossingen moet komen voor de oplopende kosten in de zorg, klinkt als Heer Bommel die wanhopig uitroept: 'Verzin een list, Tom Poes!' Natuurlijk is het reëel om de 'werkvloer' te betrekken bij oplossingen. Maar het is strategisch ook slim, want faalt Tom Poes, dan is elke maatregel gerechtvaardigd.

De oplossingen tot nu toe zetten dikwijls de kwaliteit van de gezondheidszorg onder druk. Zo sluiten verzekeraars wurgcontracten met ziekenhuizen die de toegang tot zorg voor patiënten met gecompliceerde aandoeningen belemmeren. Specialisten komen zelf met ideeën waarbij er al gauw enig risico is op een gemiste diagnose. Als men bijvoorbeeld – zoals van urologische zijde in NRC Handelsblad werd voorgesteld – geen nader onderzoek doet bij bloed in de urine, is dat wel pech voor de patiënt die uiteindelijk nierkanker blijkt te hebben.¹

Rariteiten

Er is een andere, betere manier om kosten te besparen. Bijvoorbeeld de manier waar

wij de afgelopen jaren op de afdeling Interne Geneeskunde van het Radboudumc uitgebreide ervaring mee opdeden en die ons jaarlijks een besparing van rond de 10 procent in de diagnostiek opleverde. Deze strategie is in feite een uitwerking avant la lettre van de ideeën die geopperd werden door Ben de Jong in zijn artikel 'Zonder kosteninzicht geen kostenbewustzijn' (MC 48/2013: 2540).

De internisten kregen een prijslijst op zakformaat

De werkwijze was als volgt. Allereerst ging een kleine commissie bestaande uit ervaren internisten na welke prijskaartjes er aan verschillende onderzoeken hangen. Daarna werd uitgezocht wat er daadwerkelijk werd uitgegeven per onderzoek, om vervolgens nauwkeurig te

kijken naar het nut van met name de dure onderzoeken. Zodoende kwam men niet alleen een aantal irrationale routines op het spoor – zoals het klakkeloos herhalen van onderzoeken die al door de huisarts of in een ander ziekenhuis zijn gedaan – maar ook volstrekt onverwachte rariteiten. Een voorbeeld van dat laatste was de lactaatbepaling. Als lactaat namelijk wordt bepaald bij een bloedgasanalyse, dan krijgt men de bepaling vrijwel cadeau; maar voor een losse lactaatbepaling wordt 80 euro berekend. Naar aanleiding hiervan werden spelregels opgesteld en afspraken gemaakt met de aanvragende internisten en de internisten in opleiding. Zij kregen allen een prijslijst op zakformaat, het kostenbewustzijn nam toe en er ontstond een cultuur waarbij men elkaar aansprak op prijzige onderzoeks aanvragen.

Intervisie

In tweede instantie werd er per internist gekeken naar het aanvraaggedrag. Een ervaren, algemeen geachte internist deed intervisie bij alle internisten van de afdeling. Hij nam de ziektegeschiedenissen van vijf willekeurige nieuwe patiënten die door de betreffende internist op het spreekuur waren gezien, met hem of haar door, en stelde vragen over de motivatie achter de aanvragen in de diagnostiek. Al gauw bleek dat er drie categorieën aanvragers te onderscheiden waren: bovenmatige, gemiddelde en (te) zuinige. Tot welke categorie men behoorde werd teruggekoppeld. Bij herhaling van de

intervisie na zes tot acht maanden, bleek ruim 50 procent van de internisten uit de eerste categorie opgeschoven naar de tweede of derde categorie. Gedragsverandering bleek dus zeer wel mogelijk. We hebben ons uiteraard afgevraagd wat bepaalt tot welke categorie een specialist behoort. Gezien de beperkte omvang van het onderzoek is hier geen harde uitspraak over mogelijk, maar geslacht en leeftijd van de internist speelden geen rol. De belangrijkste verklaring leek te zijn het ziekenhuis waar men als internist was opgeleid: die verschillen dus ook nogal in kostenbewustzijn! Voorwaar een punt van aandacht. Minder aanvragen heeft natuurlijk ziekenhuisbrede consequenties. Het

betekende bijvoorbeeld dat dienstverlenende afdelingen als laboratoria werden verkleind om verdere kosten te besparen. Onze derde actie was het verder verkorten van de opnameduur door strikte sturing en supervisie hierop door internisten en verpleegkundigen. Wil men verkorte opnameduur vertalen in bezuinigen, dan is de consequentie dat men bedden sluit en met minder personeel werkt. Onze afdeling Algemeen Interne Geneeskunde is in de afgelopen vijf jaar teruggegaan van 32 naar 27 bedden. Tot slot, en dat is in feite de meest principiële benadering, heeft onze afdeling veel geïnvesteerd in wat we het Academisch Diagnostisch Proces noemen. Dit houdt in veel tijd nemen voor een patiënt bij wie

elders al bleek dat een diagnose niet gemakkelijk te stellen is. Tijd en aandacht in deze fase bespaart uiteindelijk veel geld aan onderzoek en wordt bovendien door patiënten zeer gewaardeerd. Helaas is 'kijken en luisteren' een wezensvreemd element in het financieringsstelsel van de Nederlandse gezondheidszorg. ■

contact

jan.smit@radboudumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoot en eerdere artikelen over dit onderwerp, waaronder het hier genoemde van Ben de Jong, vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.

