

**Evelien Peeters**

aio interne geneeskunde, Diaconessenhuis Utrecht, UMC Utrecht

**dr. Henrike Schouten**

aio klinische geriatrie en klinisch epidemioloog, vooropleiding interne geneeskunde, Diaconessenhuis Utrecht

**dr. Alex Muller**

internist en opleider interne geneeskunde Diaconessenhuis Utrecht

UTRECHTSE AIOSSEN HOUDEN DAGELIJKSE MEDISCHE HANDELINGEN TEGEN HET LICHT

# Zuinig en zinnig valt nog niet mee

Artsen zien zelf het best waar de zorg beter én goedkoper kan. Dus gingen aiossen interne uit het Diaconessenhuis op zoek naar verstandige keuzes bij een aantal alledaagse medische handelingen. Maar een forse kostenbesparing op papier, kan in de praktijk een marginaal verschil blijken.

**M**eer dan ooit staat kostenbewustzijn bij artsen in de aandacht. Zorgverzekeraars en overheid oefenen toenemende druk en regulatie uit op de geleverde zorg. Het is de vraag of dit wel een terechte en zinvolle beweging is. Zijn de speerpunten van een marktgerichte, commercieel ingestelde verzekeraar, voor wie de beste klanten dood of gezond zijn, maar zeker niet (chronisch) ziek en die van een overheid, gevoelig voor de willekeur van lobby, wel de juiste speerpunten voor kwalitatief hoogwaardige zorg? Komen de beste ideeën voor inhoudelijk kwalitatieve zorg niet vanuit de mensen die er middenin staan? Het is daarom van belang om als arts goed op de hoogte te zijn van de achtergrond van veranderingen en vooraan te staan bij het kritisch evalueren van de zorg. Met een proactieve houding bereik je meer dan met een reactieve houding. Vanuit deze gedachte zijn wij, als aiossen interne geneeskunde in het Diaconessenhuis Utrecht (algemeen opleidingsziekenhuis), samen met de vakgroep interne geneeskunde (internisten, aiossen en aniossen) op zoek gegaan naar de efficiëntie, evidence en kosten van een aantal alle-

daagse medische handelingen. Dit tegen de achtergrond van de Verstandig Kiezen-campagne.

### Verstandig kiezen

De Verstandig Kiezen-campagne is gericht op kostenbesparing door gepast gebruik van zorg middels evaluatie van het nut van behandelingen, verhoging van kosteneffectiviteit, en betere voorlichting aan patiënten. Deze campagne is het afgelopen jaar in Nederland gestart in navolging van de Amerikaanse *Choosing Wisely*-campagne. De initiatiefnemers zijn de Federatie Medisch Specialisten, ZonMw, de wetenschappelijke verenigingen en patiëntenfederatie NPCF. De Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) heeft tien veelgebruikte interventies gekozen waarbij de praktijkvariatie groot bleek en de wetenschappelijke basis klein. Door deze punten landelijk aan te pakken beoogt de campagne tot kostenreductie en betere zorg te komen. Wij vroegen ons af of deze punten inderdaad ook de meest relevante zijn voor ons ziekenhuis. Doen wij sommige zaken wellicht al zoals voorgesteld? Zijn er binnen ons ziekenhuis andere punten die dezelfde aandacht verdienen om kwaliteit

van zorg en zorgkosten aan te pakken? En hoe denken de betrokken zorgverleners over deze en andere punten? Dit vanuit de gedachte dat, hoe relevanter wij de punten ervaren des te efficiënter en duurzamer we ze waarschijnlijk zullen implementeren.

### Project

Om voor ons ziekenhuis specifieke punten te identificeren waarop kostenbesparingen en efficiëntie van zorg kunnen worden doorgevoerd en die breed gedragen zouden worden door de vakgroep, hebben we een project opgezet, opgebouwd uit vijf fases. In fase 1 is gevraagd één tot vijf handelingen in te brengen die regelmatig worden uitgevoerd, maar mogelijk niet kosteneffectief zijn. In fase 2 is relevantie van de onderwerpen getoetst en het draagvlak voor de veranderingen gemeten. In fase 3 zijn de tien meest relevante stellingen verdeeld onder a(n)iossen, die de stellingen onderworpen aan gestructureerd literatuuronderzoek volgens de CAT-structuur (*critical appraised topic*) en dit vervolgens presenteerden aan de vakgroep (zie *tabel*). Vanuit de conclusies van deze CAT's is een selectie van minst kosteneffectieve punten gemaakt (fase 4). De vijfde fase betreft implementatie van deze inzichten en follow-up naar het effect daarvan. Voor de implementatie werd voor elk topic een werkgroep van een arts-assistent en een internist aangesteld.

Door de opzet van ons project creëerden we een vaste structuur waarbinnen de verschillende punten onderzocht werden en werd de arts-assistentengroep actief

## WEL OF NIET KOSTENBESPAREND

STELLING	ONDERBOUWING
Het intraveneus toedienen van paracetamol in plaats van oraal of als zetpil heeft geen voordelen en moet worden vermeden.	Bij orale versus intraveneuze toediening wordt door evenveel patiënten adequate pijnstilling ervaren; de kosten per 1000 mg bedragen 0,20 versus 2,17 euro. Bij intraveneuze toediening wordt (iets) sneller een hogere weefselconcentratie bereikt. Relatief weinig kostenbesparend.
Een X-BOZ bij patiënten met buikpijn op de SEH moet worden vermeden.*	In studieverband leidt gebruik van de X-BOZ in 50 versus 49% van gevallen tot correcte diagnose, en in 2% tot verandering van de diagnose. Wordt intern zeer weinig aangevraagd.
Opname van hemodynamisch stabiele patiënten met een verdenking/bewezen longembolie is niet noodzakelijk.	Ontslag met longembolie direct vanaf SEH is nog onvoldoende onderzocht dus nog niet verantwoord. Ontslag < 2 dagen bij goed geselecteerde patiënten is verantwoord. VESTA-studie volgt.
Bij de standaard combinatiebepaling KNUK kan het ureum vaak achterwege worden gelaten.	Ter bepaling van de nierfunctie heeft ureum geen toegevoegde waarde naast creatinine. Reeds geïmplementeerd
Het afnemen van een trombofiliepakket bij een patiënt met een eerste episode veneuze trombo-embolie (VTE) is niet zinvol.*	Trombofiliepakket bepalen is enkel zinvol bij (ouders van) vrouwen met zwangerschapswens, onbegrepen recidiverende VTE. Lokale afspraken; wordt afgenomen en ingevroren, niet standaard bepaald.
Een patiënt bij wie DVT is aangetoond middels – door de huisarts aangevraagde – echografie hoeft niet naar de tweede lijn te worden verwezen.	Er is geen evidence voor meerwaarde behandeling DVT in tweede lijn in plaats van eerste lijn. Lokale afspraken.
Prik op de afdeling nooit meer dan twee keer per week lab, alleen als daar een indicatie voor is.*	Minder lab leidt tot kostenbesparing, minder significant afwijkende uitslagen maar gelijk aantal heropnames, ic-opnames, opnameduur en mortaliteit.
Intraveneuze antibiotica moet bij gelijke dekking na 24 uur over worden overgezet naar orale toediening als een goede biologische beschikbaarheid wordt verwacht.*	Bij patiënten met een CAP is het is veilig om een antibioticawissel binnen 48 uur toe te passen en door verkorting van de opnameduur waarschijnlijk goedkoper.
Het plaatsen van een urineverblijfskatheter bij stabiele patiënten op de SEH die zelf nog kunnen plassen, moet worden vermeden.*	> 20% opgenomen patiënten krijgt een katheter; risico op bacteriurie 5% per katheterisatiedag; 10-20% katheter geassocieerde bacteriurie wordt urineweginfectie.
Het inzetten van een keelwat op virale verwekkers heeft zelden therapeutische consequenties.	Afname van een keelwat op virale verwekkers draagt bij aan een breder spectrum etiologische diagnosen (22 versus 43%) maar leidt niet tot minder antibioticagebruik of kortere opnameduur, de kosten bedragen 331 euro per test.

- kosteneffectief, implementatie in gang gezet
- kosteneffectief, geen implementatie of reeds geïmplementeerd
- onvoldoende kosteneffectief, geen implementatie

\* punt uit de NIV-campagne 'Verstandig kiezen'

Hoe efficiënt zijn  
alledaagse medische  
handelingen?

betrokken bij het project. Tevens zorgden de discussies na de CAT-presentaties voor zichtbaarheid van het project, kritische feedback en interesse vanuit de gehele groep van assistenten en specialisten. Hoewel zowel kosten als volumina van de onderzochte interventies zijn nagegaan, wordt ons project beperkt door het feit dat we geen formele kosteneffectiviteitsanalyses hebben verricht. Wel is er gedegen ondersteuning vanuit de literatuur voor veel van de onderzochte punten en geeft een eenvoudige rekensom van kosten maal volumina vaak inzicht in potentiële kostenbesparing.

## Werkelijke winst

De vier geselecteerde punten voor implementatie (paars in *tabel*) werden in een consensusoverleg met de opleider gekozen. Eén kosteneffectief punt werd onmiddellijk geïmplementeerd: het verwijderen van de bepaling van het ureum uit het standaard labpanel. Omdat de ureumbepaling frequent wordt aangevraagd – ongeveer vierhonderd bepalingen voor het specialisme interne geneeskunde in ons ziekenhuis per maand – lijkt dat op het eerste gezicht een aanzienlijke kostenbesparing. Er is echter een (groot) verschil tussen de werkelijke en de fictieve kosten van een aanvraag. De fictieve kosten (die gebruikt worden voor de interne doorrekening) zijn voor ureum 1,66 euro. De ‘werkelijke’ kosten (en de werkelijke besparing) zijn echter maar 8,5 cent (een reagenspack met 1860 testen kost 159 euro). Bij de fictieve kosten is rekening gehouden met de ‘vaste lasten’ van het ziekenhuis, ervan uitgaande dat deze stabiel blijven, ook bij minder aanvragen. Hierdoor zullen bij minder ureumaanvragen, de kostprijzen van andere bepalingen stijgen; het mislopen van het verrekenen van de vaste lasten wordt namelijk verhaald op de andere bepalingen. De werkelijke geldelijke winst van deze verandering blijkt dus betrekkelijk klein; het uitsparen van duizend ureumtesten levert slechts een besparing van 85 euro op. Om zinvolle kostenbesparingen door te voeren is het dus van groot belang om vooraf, in open-

## Er is een groot verschil tussen de werkelijke en de fictieve kosten

heid met alle betrokken partijen, een inschatting van de werkelijke winst te maken. Dit voorbeeld bevestigt het gevaar van ‘nonsensveranderingen’ die van bovenaf worden opgelegd vanuit eenzijdig perspectief.

## Inkomensverlies

De twee kosteneffectieve punten die niet werden verkozen voor implementatie (groen in *tabel*) vormden voor ons een leerzame praktijkervaring. De veelheid aan interne en externe krachten die gepaard gaan met verandering van alledaagse praktijken bleek lastig in te schatten en moeizaam te ondervangen. Zo geeft de NHG-Standaard voor diepe veneuze trombose (DVT) aan dat – bij goede samenwerkingsafspraken – de behandeling van DVT van de onderste extremiteiten geheel in de eerste lijn kan plaatsvinden, tenzij er sprake is van een, door de standaard aangegeven, indicatie voor behandeling in de tweede lijn. Hoewel in de diagnostiek van het trombosebeen door de huisarts een gering sensitiviteitsverlies (93 versus 98%) is ten opzichte van diagnostiek in de tweede lijn, bleek dit niet op te wegen tegen de extra kosten die in de tweede lijn gemaakt worden (gemiddelde kostenbesparing op initieel consult in eerste versus tweede lijn is 138 euro). Toch worden in ons ziekenhuis – conform lokale samenwerkingsafspraken met de eerste lijn – alle patiënten bij wie een trombosebeen wordt vastgesteld, gezien door de internist, die de behandeling initieert en de patiënt vervolgt. Dit maakt de trombosezorg lokaal (onnodig) duur. Het aanpassen van deze lokale samenwerkingsafspraken zou moeten gebeuren op initiatief van internist en huisarts, die hiervoor niet gemotiveerd zullen zijn,

omdat het inkomensverlies respectievelijk extra werk oplevert. Het is daarom niet aannemelijk dat deze samenwerkingsafspraken in de nabije toekomst zullen veranderen. In het algemeen ervoeren wij dat invoering van kostenbesparende veranderingen moeizaam is als dit resulteert in inkomensverlies van een of meerdere partijen.

## Meningen

Verder blijkt de daadwerkelijke kostenbesparing die een interventie oplevert, moeilijk te kwantificeren. Een Nederlandse studie geeft in een analyse aan dat het afnemen van een keelwat op virale verwekkers enkel leidt tot extra kosten – 331 euro per test, waartegenover geen enkele kostenbesparing in de vorm van verkorting van opnameduur of staken van antibiotica staat; enkel kostenvermeerdering door meer getroffen isoleren de maatregelen bij patiënten bij wie de keelwat was afgenomen. Echter, vanuit ziekenhuishygiënisch perspectief zou detectie van virale verwekkers van een luchtweginfectie op ziekenhuisniveau mogelijk toch kostenbesparend en zinvol kunnen zijn door het voorkómen van besmetting van andere patiënten en/of personeel. De winst hiervan is echter moeilijk te kwantificeren, waardoor ook de meningen binnen onze vakgroep en de microbiologen verdeeld bleven over het al dan niet vermijden van een keelwat. Al met al bleek dit onderzoek bij uitstek bruikbaar om bewustzijn te creëren en kritisch te kijken naar effectiviteit en kosten van een aantal gewoontes op onze afdeling. Om veranderingen te kunnen doorvoeren, is vooral een brede draagkracht en vrijwillige inzet van alle betrokken partijen noodzakelijk. ■

## contact

e.f.h.peeters@umcutrecht.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

## web

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