

## Zorgpaden verbeteren diagnostiek en behandeling niet

# Veel moeite, weinig

Roya Atiqi, aios interne geneeskunde, Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht

Ton Cleophas, internist-klinisch farmacoloog en hoogleraar statistiek, Europese School voor Farmaceutische Geneeskunde, Lyon-Parijs-Londen

Angelique van Huis, gezondheidsmanager, Martini Ziekenhuis Groningen

Menco Niemeijer, cardioloog, Martini Ziekenhuis Groningen

Rudje Cleophas-Visscher, gezondheidsjurist en advocaat, Bestuursdienst gemeente Rotterdam

Correspondentieadres:  
ajm.cleophas@wxs.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Zorgpaden zouden de gezondheidszorg in Nederland naar een nóg hoger niveau moeten tillen. De vraag is echter of dat ook gebeurt.

**Z**orgpaden zijn computergestuurde klinische protocollen gekoppeld aan diagnose-behandelcombinaties (DBC's). Zij moeten de zorg transparanter en de kosten beter beheersbaar maken. Daarnaast zouden zij de kans op omissies in de diagnostische en therapeutische procedures moeten verminderen en het aantal foute diagnoses moeten reduceren. In Nederland blijkt ook zonder zorgpaden de gezondheidszorg op een zeer hoog niveau te staan.<sup>1</sup> Om te voorspellen of de zorgpaden de kwaliteit verder kunnen verhogen, hebben wij in een vroeg stadium voor de implementering van de zorgpaden, en in een wat later stadium, vlak voor de implementering, de diagnostische/therapeutische procedures in kaart gebracht bij 107 patiënten die klinisch werden geobserveerd voor pijn op de borst (DBC-serie 200) in het Martini Ziekenhuis Groningen en Albert Schweitzer ziekenhuis Dordrecht, twee samenwerkende topklinische opleidingsziekenhuizen. Het aantal omissies en foute diagnoses werd verzameld.

In 2005 waren er zeer veel omissies in de hoofdstroom van het zorgpad en in het noteren van risicofactoren (zie *tabel*). Toch leidde dit niet tot onacceptabel lange wachttijden. Het aantal verkeerd gestelde diagnoses was laag: 5 procent. In

2008, nadat de medische staven vertrouwd waren geraakt met de DBC-systeematiek en nadat de afdelingen AI&C (administratie, informatie en control) van


de ziekenhuizen en de managers samen met de vakgroepen de wijzigingen hadden besproken, bleek het aantal omissies in de hoofdstroom van het zorgpad en het aantal niet-genoteerde risicofactoren in de patiëntdossiers significant te zijn afgenomen. Dit leidde echter niet tot kortere wachttijden, kortere opnameduur of minder frequente foute DBC-coderingen.

### Foute diagnoses

Het is opmerkelijk dat in 2005 bij zó veel omissies in de 'work-up' van de cardiologen zó weinig foute diagnoses werden gesteld. Een percentage foute diagnoses van 5 verschilt in wetenschappelijke onderzoek niet significant van 0. De behandeling van de patiënten was uitstekend, als naar de percentages juiste diagnoses en snelheid van doelmatige behandeling wordt gekeken. Het is waarschijnlijk onmogelijk en irrelevant om met behulp van zorgpaden de diagnostiek en behandeling te verbeteren. Dit vermoeden wordt ondersteund door de gegevens die in 2008 werden verzameld. De zorgpadinformatie heeft niet geleid tot betere kwaliteitsindicatoren.

Er zit bovendien een zeer donkere keerzijde aan het zorgpadenconcept. Dat is eerder herkend bij protocollaire geneeskunde. Een zorgpadenprotocol kan niet voorzien in meer zeldzame zijpaden. Het klassieke voorbeeld is de patiënt die driemaal met angina pectoris-achtige klachten wordt opgenomen en coronaire angiografie en MRI ondergaat. Na enkele maanden wordt het vermoeden van de huisarts bevestigd dat symptomatische cholelithiasis de aanvallen veroorzaakt. Na operatie is de patiënt blijvend klachtenvrij.

Zorgpaden kunnen dit soort fouten in de diagnostiek versterken, omdat een volledig zorgpad voor pijn op de borst wel voorziet in tientallen onderzoeken op cardiovasculair gebied, maar niet in een galblaasfoto.

De traditionele diagnostiek in de cardiologie, ondanks zeer veel omissies, komt in een opvallend groot percentage heel snel tot de juiste diagnose. Het is dan ook maar zeer de vraag of de *benefit-risk*-verhouding van zorgpaden opweegt tegen de *benefit-risk*-verhouding van de traditionele, soms ietwat slordige, 'work-up' van de cardioloog. 

***Er zit een zeer donkere keerzijde aan het zorgpadenconcept***

# effect

## SAMENVATTING

- Zorgpaden moeten de zorg transparanter en de kosten beter beheersbaar maken. Daarnaast zouden zij het aantal foute diagnoses moeten reduceren.
- In het Martini Ziekenhuis Groningen en Albert Schweitzer ziekenhuis Dordrecht is bij een patiëntengroep met pijn op de borst onderzocht of dit ook daadwerkelijk gebeurt.
- Door de zorgpaden is het aantal omissies weliswaar afgenomen, maar dit heeft niet geleid tot kortere wachttijden, kortere opnameduur of minder frequente foute DBC-coderingen.
- De vraag is dan ook of zorgpaden de investering waard zijn.



Een link naar een eerder MC-artikel over zorgpaden vindt u bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

### Referentie

1. Gezondheidszorg in Nederland op een hoog niveau. <http://www.minvws.nl/nieuwsberichten/meva/2007/health-at-glance-2007.asp>

### Effecten zorgpad 'pijn op de borst'

	2005 (n=37)	2008 (n=70)	p-waarde
omissies in de hoofdstroom zorgpad			
anamnese	3	0	} <0,001
lichamelijk onderzoek	5	0	
X-thorax	6	0	
ecg	12	0	
routine laboratorium	32	0	
risicofactoren niet genoteerd in dossier			
	22/37 (59%)	26/70 (37%)	<0,05
wachttijden (in dagen)			
CAG (gemiddeld, range)	2 (0-6)	6 (5-7)	} niet significant
PTCA (gemiddeld, range)	7 (2-12)	9 (2-22)	
CABG (gemiddeld, range)	6 (1-10)	9 (5-13)	
opnameduur (range)			
	7 (0-18)	6 (0-33)	niet significant
patiënten die volgens de cardiologen uiteindelijk een foute DBC-serie hadden gekregen			
	2/37 (5%)	6/70 (9%)	niet significant

Kerngetallen van de diagnostische/therapeutische procedures bij 107 patiënten met DBC-serie 200.

CAG = coronaire angiografie, PTCA = percutane transluminale coronaire angioplastiek, CABG = coronaire bypasschirurgie

beeld: Shutterstock