

VERBETERSLAG ZAL SLECHTS MARGINALE KOSTENBESPARING OPLEVEREN

# Overbodige dubbeldiagnostiek ver te zoeken

De indruk bestaat dat diagnostisch onderzoek vaak zonder noodzaak wordt overgedaan. Dus daar zou veel te besparen zijn. Onderzoek van laboratorium PAMM geeft echter een heel ander beeld: onzinnige herhaling van diagnostiek komt nauwelijks voor.

**V**olgens rapporten van VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en KPMG Plexus valt in de eerstelijnsdiagnostiek nog wel het een en ander te besparen.<sup>1-3</sup> Onder andere door de inzet van commerciële centra voor eerstelijnsdiagnostiek en door reductie van dubbeldiagnostiek. Zorgverzekeraars zouden herhaald onderzoek binnen een bepaalde periode niet meer hoeven te vergoeden, als prikkel om dubbeldiagnostiek te reduceren.

Hoewel deze rapporten dubbeldiagnostiek presenteren als een speerpunt om zorgkosten te verminderen, geven zij geen kwantitatieve informatie die de effectgrootte hiervan laat zien. Ondanks dit gebrek aan ondersteunende getallen blijft de visie dat er veel dubbeldiagnostiek is, hardnekkig circuleren. Om deze zorgkostendiscussie beter te kunnen voeren, heeft de stichting PAMM een onderzoek gedaan dat de mate van dubbeldiagnostiek voor de medische microbiologie in de regio Zuidoost-Brabant in kaart brengt.

## **Gezamenlijk laboratorium**

De stichting PAMM is in 1947 ontstaan vanuit de behoefte van de ziekenhuizen aan een gezamenlijk laboratorium voor medische microbiologie en pathologie in de regio Zuidoost-Brabant. Het

laboratorium bedient een regio met 860 duizend inwoners, vier ziekenhuizen (waarvan twee samenwerkende topklinische opleidingsziekenhuizen; STZ) en een collectief van meer dan 450 huisartsen. Bovendien voert PAMM vrijwel alle microbiologische diagnostiek uit voor het eerstelijns diagnostisch centrum dat actief is in de regio. Vanwege de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) wordt informatie niet gedeeld tussen verschillende aanvragende instanties. Omdat we echter wel verschillende instellingen binnen de eerste en tweede lijn bedienen, zijn we in staat om na te gaan hoeveel dubbeldiagnostiek voorkomt in de medische microbiologie.

## **Zinnig en onzinnig**

Beginnend met de eerste lijn hebben we onderzocht hoe vaak er meermaals hetzelfde microbiologisch onderzoek wordt uitgevoerd voor de top-3-aanvragen: algemene bacteriële kweek op urine (>15.000 per jaar), soadiagnostiek (>8000 per jaar) en fecesdiagnostiek (>7000 per jaar). De moeilijkheid bij het analyseren van dubbeldiagnostiek is om een eenduidig onderscheid te kunnen maken tussen zinnige en onzinnige herhaling van diagnostiek (zie *kader*). We hebben ervoor gekozen om voor soadiagnostiek een herhaling van het onderzoek binnen vier weken te definiëren als dubbeldiagnostiek. Voor urine- en fecesdiagnostiek houden we een tijdsspanne van zeven dagen aan.

De visie dat er veel dubbeldiagnostiek is, is hardnekkig



GER LOEFFEN/HOLLANDE HOOGTE

De relevantie van een onderzoeksresultaat verandert in de tijd afhankelijk van het ziektebeeld en het stadium.

## WAT IS ZINNIGE DIAGNOSTIEK?

Het definiëren van zinnige en onzinnige herhaling van diagnostiek is ingewikkeld; de relevantie van een onderzoeksresultaat verandert immers in de tijd afhankelijk van het ziektebeeld en het stadium. Bovendien is de diagnostische bruikbaarheid van een verouderd direct onderzoek zoals kweken of het gebruik van amplificatietechnieken anders dan voor serologisch onderzoek waar antilichamen worden aangetoond.

### CASUS 1

*Een vrouw van 25 jaar met een stabiele relatie komt bij de huisarts omdat ze twee dagen geleden ten tijde van carnaval onbeschermd seks heeft gehad met een los contact. Ze is bang voor een soa en wil zich laten testen. Ze wordt getest met een eigen vaginaswab; de uitslag is negatief. Na twee weken blijkt via contactonderzoek dat het eenmalig contact een Chlamydia trachomatis-infectie heeft. De vrouw heeft nog steeds geen*

*klachten, maar bij herhaling van het soa-onderzoek test ze wel positief en wordt een behandeling gestart, waarbij haar vaste partner wordt meebehandeld.*

### CASUS 2

*Een 43-jarige man heeft sinds twee weken een relatie met een vrouw met een Chinese achtergrond. Zij is in het kader van een project om chronische hepatitis B op te sporen getest en blijkt positief. Hij wordt nu ook gecontroleerd en blijkt negatief en wordt ingepland voor een vaccinatie. Vanwege een geplande vakantie van twee weken naar China loopt de vaccinatie vertraging op en komt hij terug van vakantie met algemene malaise en wordt opnieuw op hepatitis B getest; de man blijkt acute hepatitis B te hebben.*

In beide voorbeelden hebben we te maken met een situatie waarin herhaling van diagnostiek zinnig is, binnen de termijngrenzen die wij hebben gehanteerd.

In *tabel 1* is zichtbaar dat veel van de aanvragen uniek zijn, en er weinig dubbeldiagnostiek plaatsvindt binnen de eerste lijn, ondanks dat hier in de regio momenteel niet actief beleid op wordt gemaakt of anderszins gestuurd. Tevens zien we dat slechts een laag percentage van de eerstelijnspatiënten dubbeldiagnostiek ontvangt in de tweede lijn, logischerwijs ook begrensd door het gegeven dat slechts een deel van de patiënten wordt doorverwezen naar de tweede lijn (ongeveer 300 verwijzingen per 1000 ingeschreven patiënten per jaar).<sup>4</sup>

## Slechts enkele procenten

Dezelfde analyses met betrekking tot dubbeldiagnostiek zijn verricht voor de tweede lijn. Met exclusie van bloedkweken, die per definitie in meervoud moeten worden uitgevoerd, is de top 3 van meest aangevraagde onderzoeken in de tweede lijn: algemene bacteriële kweek op urine (>20.000 per jaar), hepatitis B (>4000 per jaar) en fecesdiagnostiek (>4000 per jaar). In *tabel 2* is zicht-

### 1. DUBBELDIAGNOSTIEK EERSTE LIJN

test	termijn	% heraanvraag in eerste lijn	% heraanvraag in tweede lijn
urinekweek	1 week	0,9%	1,5%
soadiagnostiek	4 weken	1,4%	0,3%
fecesdiagnostiek	1 week	0,2%	0,3%

Voor alle ontvangen aanvragen van de top-3-testen uit de eerste lijn is gedurende twee jaar onderzocht of binnen de vermelde termijn nogmaals eenzelfde aanvraag voor dezelfde patiënt op dezelfde test is ontvangen.

### 2. DUBBELDIAGNOSTIEK TWEDE LIJN

test	termijn	% heraanvraag in tweede lijn
urinekweek	1 week	6,5%
hepatitis-B-antigeen	4 weken	1,6%
fecesdiagnostiek	1 week	1,5%

Voor alle ontvangen aanvragen van de top-3-testen uit de tweede lijn is gedurende twee jaar onderzocht of binnen de vermelde termijn nogmaals eenzelfde aanvraag voor dezelfde patiënt op dezelfde test is ontvangen.

## Beleid moet niet worden gebaseerd op meningen maar op feiten

baar dat ook hier het percentage heronderzoeken laag is. Bovendien zijn bij ten minste een derde van de gevallen meerdere urinekweken per patiënt terecht uitgevoerd, omdat het bijvoorbeeld om twee verschillende katheters gaat.

De percentages in *tabel 1* en *2* zijn niet nul, en een deel hiervan zal daadwerkelijk onzinnige diagnostiek zijn. Er is dus een verbetering mogelijk, maar uit deze cijfers blijkt ook dat dit slechts om enkele procenten van het microbiologiediagnostiekbudget gaat. Bovendien zijn er momenteel juridische (Wbp) en praktische hindernissen op het gebied van dataveiligheid en het delen van patiëntinformatie tussen verschillende zorgverleners.

## Geen speerpunt

Hoewel het per definitie wenselijk is om onzinnige diagnostiek te reduceren, laten deze resultaten zien dat dubbeldiagnostiek op het vlak van de medische microbiologie zeer beperkt is en geen speerpunt van beleid zou moeten zijn. Deze exercitie toont ook aan dat het niet vruchtbaar en wenselijk is als beleid wordt gevoerd gebaseerd op meningen of overtuigingen in plaats van op feiten. Een kwantitatieve analyse van verschillende kostenposten in de gezondheidszorg en een financiële analyse gekoppeld aan de verwachte effectgroottes van interventies lijkt een meer geijkte aanpak om beleid op te baseren. ■

## contact

j.fonville@pamm.nl

cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

## web

De voetnoten vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl).