

VERFIJNDERE DIAGNOSTIEK VAN CARDIOPATIËNT DOOR DUKE-SCORE

Effectiever behandelen door precisiediagnose

Kostenbewust en verstandig medisch handelen is alleen mogelijk op basis van goede en gevalideerde diagnostiek. Een casus rond hartklachten in de tweede lijn toont aan dat er nog veel winst is te halen als de juiste patiënten worden geselecteerd voor vervolgonderzoek.

Medisch specialisten weten vaak niet wat de beste behandeling is voor een patiënt, zo bleek uit een groot onderzoek van de Federatie Medisch Specialisten en ZonMw onder ruim tweeduizend medisch specialisten. Wij vrezen dat hetzelfde geldt voor de keuze van diagnostiek. Terwijl het toch gaat om dure technieken, die lang niet altijd zonder risico zijn voor de patiënt. Deze middelen kunnen veel doelmatiger worden ingezet als kwaliteitsanalyses inclusief gevalideerde keuze-instrumenten de standaard worden in de medische praktijk. Zo'n analyse komt in essentie neer op drie vragen: Is het goed? Werkt het? En wordt het goed gebruikt? Alleen als die vragen met 'ja' worden beantwoord, is er sprake van gepast gebruik – en dus van doelmatige zorg.

In het Medisch Centrum Alkmaar werd de vraag 'Hoe bepalen we wat passende zorg is' relevant door de komst van de cardiostraat: een beeldvormend traject waarin cardiologen, radiologen en nucleair geneeskundigen samenwerken om kransslagaderziekte aan te tonen dan wel uit te sluiten. Naast traditionelere diagnoseme-

thoden zoals een ecg biedt de cardiostraat de keuze uit *coronary computed tomography angiography* (CCTA), PET-CT en CAG (hartkatheterisatie).

Duurder

In samenspraak met nucleaire geneeskunde heeft de Alkmaarse afdeling Cardiologie daarom een toetsingsmethodiek ontworpen. Die maakt zichtbaar of bij

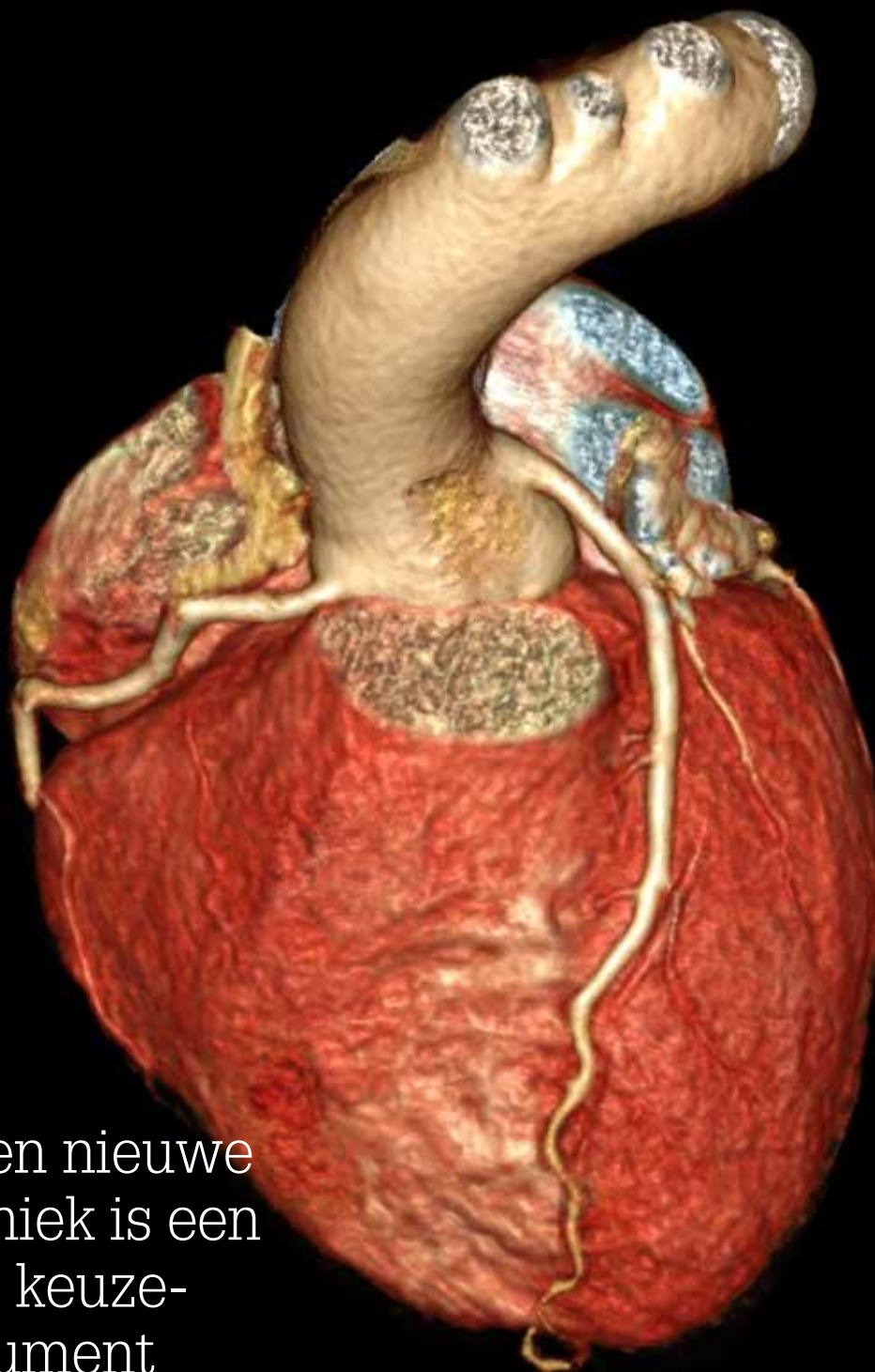
patiënten met pijn op de borst de juiste diagnostiek is gekozen. Zo'n methodiek is ook voor andere specialismen bruikbaar, denken wij als initiatiefnemers. Met *coronary computed tomography angiography* kan non-invasief de aanwezigheid en de ernst van kransslagvatlijden in beeld worden gebracht. Deze techniek is bij uitstek geschikt om kransslagaderziekte uit te sluiten. Patiënten met een lage en intermediaire kans op significante afwijkingen aan de kransslagaderen zijn de doelgroep.¹⁻³ De scan geeft, na uitsluiting, veel zekerheid en vermindert daardoor tevens het aantal heropnames. De methodiek is echter wel duurder dan de traditionele ergometrie, en daarom moet er gepast gebruik van worden gemaakt.

GEPAST GEBRUIK

Onder invloed van projecten als *Choosing Wisely* in de VS, is ook in Nederland na de millenniumwisseling het denken over 'gepast gebruik' opgekomen. Zo hebben twaalf zorgpartijen, waaronder de Federatie Medisch Specialisten, de Landelijke Huisartsenvereniging, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en het Zorginstituut met elkaar convenanten gesloten om de beste zorg te bieden en ongewenste zorg te ontmoedigen. Ook de wetenschappelijke verenigingen zien dit belang in. Veel richtlijnen zijn inmiddels uitgebreid met *appropriateness*-criteria.

In eerste instantie was vooral de efficiënte besteding van het beschikbare budget de belangrijkste drijfveer om gepaste zorg te bevorderen. Maar gaandeweg kwam er ook meer oog voor andere negatieve consequenties van niet-passende zorg, zoals stapeling van diagnostiek, overbodige behandelingen en schadelijke neveneffecten daarvan. De behoefte aan veilige zorg en de nadruk op evidencebased medicine waren andere prikkels om te zoeken naar gepast gebruik.

Bij een nieuwe
techniek is een
goed keuze-
instrument
onmisbaar



Sinds de cardiostraat in bedrijf is genomen (2011) houden we precies bij wat we per patiënt doen. We kunnen daardoor achteraf toetsen of we de juiste beeldvormende diagnostiek hebben gekozen. Van patiënten die met pijn op de borst op de polikliniek of de eerstehart-/longhulp komen, bepalen we eerst het risicoprofiel aan de hand van de zogeheten Duke-score (zie *figuur*). Dit keuze-instrument drukt in een percentage uit hoe groot het risico is dat een patiënt een significante kransslagaderziekte heeft. Op basis hiervan wordt verdere beeldvormende diagnostiek gekozen. Bij een laag risico – onder 10 procent – is intensieve beeldvormende techniek niet direct nodig en kan in eerste instantie worden volstaan met een fietsproef. Bij een gemiddeld risico is de CCTA het aangewezen middel. Wijst de Duke-score uit dat de patiënt een hoog risico heeft – boven 85 procent –, dan is coronaire angiografie (CAG) ofwel een hartkatheterisatie nodig.

Resultaten

Als de uitkomsten van de onderzoeken bekend zijn, dienen deze weer als check of daadwerkelijk voor het juiste diagnostische middel is gekozen. Dankzij het elektronisch patiëntendossier zijn de resultaten direct zichtbaar te maken. Zo krijgen we in beeld of de uitkomsten van de onderzoeken overeenkomen met de Duke-score. Als dat het geval is, is niet alleen aangetoond dat we voor de juiste diagnostiek hebben gekozen, maar is tevens de validiteit van de Duke-score als keuze-instrument bewezen. In onze situatie blijkt de ernst van de aandoening inderdaad veelal overeen te komen met de 'zwaarte' van de gekozen diagnostische techniek. Van de patiënten bij wie CCTA wordt ingezet heeft bijna 85 procent een normaal coronair angiogram of is er sprake van niet-significant coronairlijden. Bij iets meer dan 15 procent blijkt er toch wel sprake te zijn van coronarstenose. Slechts 4 procent van de CCTA-patiënten ondergaat binnen dertig dagen een dotterbehandeling of een bypassoperatie. Bij de patiënten die zijn gekatheteriseerd wordt bij 70 procent

Duke

Leeftijd: 54

Geslacht: ☐ Man ☒ Vrouw

Eigenschappen van de pijn op de borst

Veroorzaakt door oefening of emotionele stress: ☐ ja ☒ nee

Kortstondig (2-15 min): ☐ ja ☒ nee

Directe verlichting door rust of nitroglycerine spray: ☒ ja ☐ nee

Retrosternaal: ☒ ja ☐ nee

Uitstralend naar kaak, nek of linker arm: ☐ ja ☒ nee

Afwezigheid van andere oorzaken: ☐ ja ☒ nee

Soort pijn op de borst: Chest Pain ? Cause

Risicofactoren

Roken: ☒ ja ☐ nee

Diabetes: ☐ ja ☒ nee

Eerder myocardinfarct: ☐ ja ☒ nee

Cholesterol > 6,5 mmol/l: ☒ ja ☐ nee

ECG: Pathologische Q-golf: ☐ ja ☒ nee

ECG: ST-afwijkingen in rust: ☐ ja ☒ nee

☒ Druk hier om Duke score te berekenen

Waarschijnlijkheid van significant coronairlijden: 31 %

Intermediate risk of CHD.

Als alle vragen zijn ingevuld geeft de Duke-score aan hoe groot de kans op coronairlijden is.

coronairlijden vastgesteld. Het merendeel ondergaat hiervoor een dotterbehandeling of een bypassoperatie. Op grond van deze uitkomsten onderzoeken we of het mogelijk is ons keuze-instrument nog verder te verfijnen.

Onze stelling is dat een goed keuze-instrument – in ons geval de Duke-score en de validatie daarvan – onmisbaar is bij de introductie en evaluatie van een nieuwe techniek. We bepleiten dan ook dat deze stap wordt opgenomen in de volgende Leidraad NIKP. De evaluatie dient zowel betrekking te hebben op de klinische en financiële uitkomsten als op het keuze-instrument zelf: is het goed, werkt het en wordt het goed gebruikt? Tot slot

moet de bekende *plan-do-check-act*-cyclus aantonen of de optimale behandeling is toegepast. Pas als het antwoord op alle hoofdvragen ja is, is sprake van gepast gebruik. En dus van doelmatige keuzes in de zorg. ■

contact
v.umans@mca.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web
De referenties en het dossier gepaste zorg vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.