

# Defensief handelen: lastige klanten of lastige klachten?

Het zal bijna dagelijks voorkomen, dat een huisarts defensief handelt. Van defensief handelen is sprake als angst voor verwijten van de patiënt de huisarts ertoe brengt diagnostiek of therapie te verrichten of achterwege te laten, in strijd met zijn huisartsgeneeskundige opvatting. Het zal daarbij eerder gaan om doen dan om laten.

Zo blijkt uit onderzoek dat een kwart van het aanvullend onderzoek verricht wordt om defensieve redenen.<sup>1-3</sup> Huisartsen geven bij globaal 10-20 procent van de verwijzingen aan dat deze defensief tot stand komen.<sup>4-6</sup> Antibiotica bij luchtweginfecties zouden nogal eens voorgeschreven worden uit defensieve overwegingen.<sup>7</sup> Mogelijk is er in onderzoek sprake van onderrapportage; defensief handelen roept bij huisartsen schuldgevoelens op en niet iedereen zal er rond voor uitkomen.

Wat is nu de achtergrond van defensief handelen bij Nederlandse huisartsen? Er is in Nederland geen reden om, zoals in de Verenigde Staten of Ierland, bij voortduring beducht te zijn voor juridische consequenties. Angst voor weglopen van patiënten lijkt, gezien de huisartsentrouw van patiënten, niet reëel: de Nederlandse huisarts kan bij zijn patiënten een potje breken.

Wat gebeurt er eigenlijk in de spreekkamer? Zijn het de patiënten of zijn het de klachten die huisartsen verleiden tot defensief handelen? En is alle defensief handelen eigenlijk wel zo verwerpelijk?

## Lastige klanten?

Artsen hebben wellicht de neiging defensief handelen te legitimeren door de schuld bij de patiënt te leggen; de agressie en het wantrouwen van de eisende patiënt moeten immers bezworen moeten worden. Het beeld van de eisende patiënt is ook buiten professionele kringen gemeengoed geworden; huisartsen zouden meer en meer te maken krijgen met patiënten die op dwingende toon onderzoek, visites en verwijzingen eisen. Een enkel bericht in de media over lichamelijke agressie ondersteunt dit beeld. Cursussen worden aangeboden: hoe ga ik om met dwingende of 'passief-agressieve' patiënten?

Deze demonische afschildering van patiënten heeft naar mijn mening weinig te maken met de dagelijkse werkelijkheid: patiënten slaan zelden met de vuist op tafel en zijn alleen bij hoge uitzondering verbaal agressief. Natuurlijk telt elke huisartspraktijk wel enkele 'passief-agressieve' patiënten – vaak oneerbiedig 'zuigers' genoemd – maar als je huisartsen zou vragen nu eens echt te registreren hoe vaak ze daarmee te maken hebben, zou het probleem qua omvang en ernst weleens kunnen meevallen.

In onderzoek naar defensief handelen is de perceptie van de huisarts en niet de in werkelijkheid door de patiënt uitgeoefende druk onderzocht. Het is goed mogelijk dat dokters meer handelen uit een niet-reële angst voor een conflict of beschuldiging, en de werkelijk uitgeoefende

---

**Grundmeijer H. Defensief handelen: lastige klanten of lastige klachten? [Commentaar]. Huisarts Wet 1994; 37(11): 458-60.**

---

druk overschatten. Huisartsen die onzeker zijn, dokters met persoonlijke problemen of huisartsen in situaties waarin relationele problemen met de patiënt ervaren worden, zouden vaker 'norm-overschrijdend' en defensief handelen.<sup>8-10</sup>

Geruststelling van de patiënt is een eveneens vaak gehoorde legitimatie voor niet-noodzakelijk handelen; de angst van de ongeruste en wantrouwige patiënt zou alleen weggenomen kunnen worden met geruststellende rituelen. Ongerstheid van de patiënt zou bij 4-15 procent van de verwijzingen het verwijtsmotief zijn.<sup>6,13</sup> In het onderzoek van *Van Boven et al.* speelt geruststelling bij 13 procent van de aanvragen van laboratorium onderzoek een rol.<sup>11</sup> Ook hier doet zich het probleem voor dat dokters, en niet patiënten, het onderwerp van studie waren.

Het is overigens de vraag of geruststellend onderzoek helpt. In onderzoek bleek dat tweederde van de naar de internist verwezen patiënten bij wie geen afwijkingen werden gevonden, een jaar later er toch van overtuigd was een ziekte te hebben. Bij 40 procent van de mensen die ongerust waren, was de ongerustheid door de verwijzing niet weggenomen.<sup>6</sup> In een studie naar verwijzen naar internist, dermatoloog en neuroloog bleek meer dan de helft van de patiënten drie maanden na de verwijzing nog steeds niet gerustgesteld.<sup>12</sup>

Zolang er geen onderzoek is verricht naar de werkelijk uitgeoefende druk door agressieve, wantrouwende en ongeruste patiënten blijft het voorlopig de vraag of de patiëntendruk wel zo belangrijk is bij defensief handelen.

## Lastige klachten

Gaat het bij defensief handelen niet veel meer over lastige klachten? Wordt niet juist de huisarts geconfronteerd met klachten die niet passen in fraaie klinische diagnoses, laat staan dat er welomschreven therapieën voorhanden zijn?

Als huisartsen ontevreden zijn over een consult, zou dat in de helft van de gevallen te maken hebben met de aard van de klachten en slechts in een zesde van de gevallen met het gedrag van de patiënt.<sup>13</sup> Huisartsen zouden vaker defensief handelen bij onzekere diagnoses als moeheid en spastisch colon.<sup>3</sup> Ook zeggen huisartsen vooral defensief te verwijzen naar de internist bij vage klachten.<sup>8</sup> Defensief aanvullend onderzoek in het onderzoek van *Van Boven et al.* vond vooral plaats bij symptoomdiagnosen als moeheid en duizeligheid.<sup>12</sup>

Vage klachten als moeheid, of slecht beïnvloedbare klachten als buikpijn en duizeligheid, roepen wellicht gevoelens van onmacht op. Ze kunnen aanleiding geven tot

onzekerheid, doordat ze ook – al is het zeer zelden – een uiting kunnen zijn van een ernstige aandoening. En dan is er het fenomeen, dat de huisarts zich een soort charlatan voelt als hij niets te bieden heeft, en dus *iets* wil doen. Als de mythe dat de geneeskunde almachtig is, krachtig in stand wordt gehouden, ben je dan als huisarts geroepen om de patiënt steeds te confronteren met de beperkingen van de geneeskunde? Komt de legitimatie van het huisart-senvak niet in het geding, als de huisarts als voorpost van het medisch apparaat steeds degene moet zijn die nee verkoopt?

### Is het nu allemaal zo erg?

Het is typisch voor de Nederlandse huisarts om defensief handelen als een probleem te beschouwen. Ik denk dat specialisten veel minder last hebben van die gewetensnood. Ook buitenlandse collega's staan vaak verbaasd over ons probleem. Zo hebben Belgisch huisartsen er niet zoveel moeite mee: 60 procent van de huisartsen bij onze zuiderburen zeiden in een vragenlijstonderzoek in hun dagelijks handelen geen enkel risico te willen nemen, tegen slechts 28 procent van de Nederlandse huisartsen.<sup>14</sup> In een Europees onderzoek bleek dat Nederlandse huisartsen relatief weinig verwezen in vergelijking met collega's in elf andere Europese landen. Toch gaven ze aan, dat 60 procent van de verwijzingen min of meer onder druk van patiënten tot stand gekomen was.<sup>15</sup> Kortom, Nederlandse huisartsen zijn al terughoudend met verwijzen en zelfs dan zeggen ze het relatief vaak te doen onder druk van de patiënt.

Enige relativering ten aanzien van defensief handelen is op zijn plaats. Het zijn immers niet alleen beslistkundige motieven maar ook contextuele invloeden die het handelen van de huisarts bepalen. Zit de wat Calvinistisch ingestelde Nederlandse huisarts niet gevangen in een dilemma zonder oplossing? Hij zal eerlijk willen zijn over de beperkingen van de geneeskunde, wil mensen geen overbodig onderzoek en therapie aandoen en wil zuinig zijn. Maar daarmee isoleert hij zich van de wereld om hem heen: de media, andere beroepsgroepen en ook patiënten suggereren dat er voor alle problemen wel (technologische) oplossingen zijn. De huisarts maakt zich niet populair met zijn boodschap van terughoudendheid en beslistkundig purisme. En daarbij loopt hij ook nog het – geringe – risico dat de moeheid van de patiënt berust op een hypothyreoïdie en de rugpijn op een metastase. Volledig afzien van alle norm-overschrijdend handelen vraagt van de huisarts de rol van een masochistische pilaarheilige.

De huisarts wil *patient centered* werken. Hij zal in principe graag doen wat de patiënt van hem wil. De relatie van de huisarts met zijn patiënt is relatief kwetsbaar: de continue relatie met een vaste groep patiënten is weliswaar de kracht van de huisarts, maar ook zijn Achilleshiel. Het zal

de huisarts heel wat waard zijn de relatie met zijn patiënt goed te houden.<sup>16</sup> Hoewel ik denk dat het in de praktijk erg meevalt, maakt een huisarts die een forse 'misser' gemaakt heeft, zich grote zorgen over het effect daarvan op zijn goede naam. Wat extra – defensief – onderzoek om te laten zien dat hij 'alles' gedaan heeft, vermindert dat risico.

Handelen zonder klinische noodzaak kan bovendien weleens nodig zijn voor het temporiseren van als acuut beleefde klachten.<sup>17</sup> Het is soms erg praktisch om bij self-limiting aandoeningen wat tijd te winnen door aanvullend onderzoek.

Er zijn dus voldoende redenen om af en toe van de klinische norm af te wijken.

Bij relatief onschuldige en goedkope interventies kan dat ook geen kwaad. Zaken als onnodig bloedonderzoek, onnodige maar onschuldige hoestdrankjes en echogrammen kosten weliswaar geld en mankracht, en misschien zijn ze schadelijk voor de patiënt in de vorm van somatisatie en angstinductie, maar écht schadelijk voor de gezondheid zijn ze niet.

Anders ligt het voor invasieve onderzoeken, kunstverlossingen en calciumantagonisten, die wél schadelijk kunnen zijn voor de gezondheid, en waarbij defensief overbodig handelen ook schadelijk handelen betekent.<sup>18</sup>

Ongericht aanvragen van aanvullende diagnostiek heeft het risico van fout-positieve testuitslagen. In de literatuur over preventie wordt daarnaast aandacht besteed aan de psychologische neveneffecten van screening.<sup>19-21</sup> Iatrogene schade kan het gevolg zijn van onontkoombaar risico, ook bij zorgvuldig handelen. Iatrogene schade ten gevolge van defensief handelen is ernstig. De omvang van iatrogene schade moet niet onderschat worden. In enkele Amerikaanse studies zou bij 5 procent van de medische handelingen sprake zijn van iatrogene schade voor de patiënt.<sup>22</sup> Van de patiënten op een interne afdeling leed 36 procent aan een iatrogene ziekte.<sup>23</sup> Over de risico's van negatief defensief handelen (nalaten, wat wel zou moeten gebeuren) is veel minder bekend.

Nu bedienen Nederlandse huisartsen zich zelden van agressieve en mogelijk schadelijke technieken. Ik denk dat het grootste risico op schade ligt in de bijwerkingen van medicatie en intoxicaties bij bejaarden. In hoeverre de huisarts verantwoordelijk is voor schade die aangericht wordt in de tweede lijn, is de vraag: de huisarts is weliswaar verantwoordelijk voor zijn verwijzing en de mogelijke schadelijke gevolgen, aan de andere kant is de specialist een autonome arts met eigen afwegingen.

### Alternatieven

Defensief handelen is bedoeld om verwijten van de patiënt of diens familie te voorkomen. Zijn er geen andere methodes om hetzelfde effect te bereiken?

Het zou weleens kunnen zijn dat de patiënt als redelijk wezen wordt onderschat. Ik denk dat de meeste patiënten bereid zijn te accepteren dat bij lastige klachten de oplossing niet altijd voor handen ligt. Patiënten willen wel weten wat er aan de hand is, of het geen kwaad kan. In verschillende studies - onder meer naar de behandeling van hoofdpijn en naar verwijzen - bleek dat 'weten wat er aan de hand is' een van de belangrijkste wensen van de patiënt was, zonder dat deze door de arts herkend was.<sup>24-26</sup> In een studie naar het beleid bij rugpijn bleek uitleg de patiënten even effectief gerust te stellen als het maken van een röntgenfoto.<sup>27</sup>

Jarenlang is aandacht besteed aan de 'achterliggende vraag': begrijpt de huisarts de patiënt wel goed? Van even groot belang lijkt mij of de patiënt wel begrijpt wat de huisarts denkt en doet. Neem het de patiënt eens kwalijk, dat hij om meer onderzoek en meer verwijzingen vraagt, als hij met een vage dokter te maken heeft. Wat is de geloofwaardigheid van een dokter die vreemde of niet ter zake doende vragen stelt, van een dokter die geen of vage uitleg geeft over klachten, of van een dokter die zegt dat er niets aan de hand is en vervolgens allerlei onderzoek gaat doen?

Huisartsen, vooral ervaren huisartsen, zijn in staat gewone gesprekken te voeren en bij onduidelijkheden door te vragen naar wat de patiënt nu bedoelt. Zij volgen geen ingewikkelde omwegen in het consult, ze noemen de dingen gewoon bij hun naam en volgen niet voortdurend eigen interpretaties zonder deze aan de patiënt ter verificatie voor te leggen.

Als de huisarts goed begrijpt wat de patiënt bedoelt, en vervolgens helder en niet bagatelliserend zijn boodschap overbrengt, zou weleens veel defensief handelen voorkomen kunnen worden. Als het de patiënt duidelijk is dat de huisarts weet waarover hij het heeft, hoeft misschien niet zoveel ritueel handelen op de patiënt losgelaten te worden.

Dat vraagt zekere dokters. De Nederlandse huisarts wordt zekerder. Een goede beroepsopleiding, het standdaardenbeleid en een sterke professionele emancipatie maken dat huisartsen terecht het gevoel krijgen dat zij stevig in hun schoenen kunnen staan.

Dr. H.G.L.M. Grundmeijer  
Vakgroep Huisartsgeneeskunde  
Universiteit van Amsterdam  
Meibergdreef 15  
1105 AZ Amsterdam

1 Van Boven C, Dijksterhuis P. Aanvullend onderzoek in de huisartspraktijk. Lelystad: Meditekst, 1992.

2 Van Duijn NP. Sinusitis maxillaris. Symptomen, beloop en

diagnostiek. Lelystad: Meditekst, 1991.

- 3 Lamberts H, Janssens PMH. Defensief handelen door huisartsen. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 598-602.
- 4 Armstrong D, Fry J, Armstrong P. Doctors' perception of pressure from patients for referral. BMJ 1991; 302: 1186-8.
- 5 De Jongh TOH. Verwijzing: verwachting en effecten. Med Contact 1986; 41: 511-5.
- 6 Grundmeijer HGLM, Van Weert HCPM. Patiënt, huisarts, internist. Een beschrijvende studie en een kwaliteitsanalyse van verwijzingen naar de internist [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992.
- 7 De Maeseneer J. Het voorschrijven van antibiotica bij luchtwegproblemen. Huisarts Wet 1990; 33: 223-6.
- 8 Mookink HGA. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.
- 9 Carfield AM. A study of all referrals from a family practice unit. Can Fam Physician 1980; 26: 527-33.
- 10 Knottnerus JA, Ebbens E, Govaerts PME, De Geus C. Klachten op de borst: omgaan met onzekerheden. Huisarts Wet 1985; 28: 159-64.
- 11 Van Boven C, Dijksterhuis PH, Lamberts H. Defensief handelen door huisartsen bij aanvullend onderzoek. Huisarts Wet 1994; 37(11): 473-7.
- 12 Engelsman C, Geertsma A, Haaijer-Ruskamp. De verandering van de gezondheidstoestand en de ongerustheid van de patiënt na een verwijzing. Huisarts Wet 1993; 36: 128-33.
- 13 Beukema-Siebenga H. Ontevredenheid van huisartsen over het patiënt-contact. Een onderzoek in zes huisartspraktijken. Huisarts Wet 1991; 34: 166-8.
- 14 Grol R, Whitfield M, De Maeseneer J, Mookink H. Attitudes to risk taking in medical decision making among British, Dutch and Belgian general practitioners. Br J Gen Pract 1990; 40: 134-6.
- 15 Flemming I. The European study of referrals from primary to secondary care. Amsterdam: Thesis, 1993.
- 16 Veldhuis M. Defensive behavior of Dutch family physicians. Widening the concept. Fam Med 1994; 26: 27-9.
- 17 De Maeseneer J, Meyboom-de Jong B. Aanvullend onderzoek: meer dan sensitiviteit, specificiteit en voorspellende waarde [Commentaar]. Huisarts Wet 1989; 32: 406.
- 18 Franks P, Clancy CC, Nutting PA. Gatekeeping revisited- protecting patients from overtreatment. New Engl J Med 1992; 437: 424-7.
- 19 MacDonald LA, Sackett DL, Haynes RB, Taylor DW. Labeling in hypertension. A review of the behavioural and psychological consequences. J Chron Dis 1984; 37: 933-42.
- 20 Lerman C, Miller SM, Scarbotough R, et al. Adverse psychological consequences of positive cytological cervical screening. Am J Obstet Gynaecol 1991; 165: 690-62.
- 21 Fyrö K, Bodegard G. Four-year follow-up of psychological reactions to false positive screeningtests for congenital hypothyroidism. Acta Paediatr Scand 1987; 76: 107-14.
- 22 Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse effects and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991; 324: 370-6.

Vervolg op pag. 463.

- 1 Philipsen BD, Wal G van der, Eijk JThM van. Consultatie bij euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen. *Huisarts Wet* 1994; 37(11): 478-81.
- 2 Van der Wal G. Euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen. [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1992.
- 3 Van der Meer K. Onderlinge consultatie: iets voor huisartsen. *Huisarts Wet* 1986; 29: 104-6.
- 4 Ter Braak EM, Van der Werf GTh. Verwijzen of niet? *Huisarts Wet* 1984; 27: 334-7.
- 5 Bruins CP, Noordhof KH, Verdenius W. Onderlinge consultatie door partners in een groepspraktijk. *Huisarts Wet* 1973; 16: 372-4.
- 6 Leenen HJJ, Rasker JJ. De houding van de arts tegenover een verzoek om euthanasie. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1982; 126: 553-6.
- 7 Meyboom-de Jong B. Actieve euthanasie. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1983; 127: 946-50.
- 8 Dupuis HM, Thung PJ. Voordelen van de twijfel. Alphen a/d Rijn/Brussel: Stafleu, 1983.
- 9 Van der Maas PJ, Van Delden JJM, Pijnenborg L, Looman CWN. Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde in Nederland I. Frequenties en opvattingen van artsen. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1991; 135: 2073-81.
- 10 Schellekens JWG. De huisartsengroep: 'dat maken wij zelf wel uit'. Verslag van een symposium. *Praktijkmanagement voor de huisarts* 1993; december: 15-22.
- 11 Schaaf G, Meyboom-de Jong B. Hoe wordt euthanasie door naasten ervaren? *Med Contact* 1991; 46: 1278-9.

■

## Defensief handelen: lastige klanten of lastige klachten?

### *Vervolg literatuur*

- 23 Steel K, Gertman PM, Crescenzi C, Anderson J. Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *N Engl J Med* 1991; 304: 638-42.
- 24 Ware JE, Davies AR. Patients' perpectives on the quality of medical care. *J Fam Pract* 1988; 26: 489-90.
- 25 Hall JE, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988; 27: 935-9.
- 26 Fitzpatrick R, Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patiënt satisfaction research: an empirical exploration. *Social Health Illness* 1983; 5: 297-311.
- 27 Deyo RA, Diehl AK, Rosenthal M. Reducing roentgenography use: can patients expectations be altered? *Arch Intern Med* 1987; 147: 141-5.

■