

Defensief handelen door huisartsen bij aanvullend onderzoek

C. VAN BOVEN
P.H. DIJKSTERHUIS
H. LAMBERTS

Van Boven C, Dijksterhuis PH, Lamberts H. Defensief handelen door huisartsen bij aanvullend onderzoek. *Huisarts Wet* 1994; 37(11): 473-7.

Samenvatting Gedurende één jaar registreerden achttien huisartsen in elf praktijken met 31.000 patiënten alle episoden met aanvullend onderzoek. De deelnemers noteerden bij elke aanvraag zowel de gebruikelijke klinische gegevens, als hun overwegingen om het onderzoek aan te vragen. Bij ruim een kwart van het aangevraagde aanvullend onderzoek speelden defensieve overwegingen min of meer een rol. Onderzoek 'ter geruststelling' of 'op verzoek van de patiënt' en in mindere mate onderzoek 'ter uitsluiting van ziekte' bleek vaak samen te gaan met defensief handelen. Aanvullend onderzoek bij symptoomdiagnosen en bij psychosociale problemen ging eveneens relatief vaak samen met defensief handelen. Aanvullend onderzoek dat om defensieve redenen werd aangevraagd, leidde betrekkelijk zelden tot afwijkende uitslagen. Een zekere mate van defensief handelen past – behalve in het geval van een conflict – in de patiëntgerichte benadering: de huisarts gaat in op een verzoek van de patiënt en tracht hem gerust te stellen. Of hij hierin slaagt, zal nader moeten worden onderzocht.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam.

Dr. C. van Boven, huisarts te Franeker;
Dr. P.H. Dijksterhuis, huisarts te Wirdum;
Prof.dr. H. Lamberts, hoogleraar
huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: Dr. C. van Boven,
Botniasteeg 20, 8801 KJ Franeker.

Inleiding

Van defensief handelen is sprake als de huisarts anders handelt dan hij gewend is en dan naar zijn mening huisartsgeneeskundig de voorkeur zou verdienen, uit vrees voor verwijten of klachten van de patiënt of diens familie.¹ Het begrip defensief handelen werd oorspronkelijk in Noord-Amerika in verband gebracht met de vrees voor aansprakelijkheidsclaims,² maar dit probleem heeft in Nederland veel minder gewicht.³ De toenemende publieke interesse in medische onderwerpen, de groei van het aantal effectieve therapieën, de vraag om een *second opinion*, de commercialisering van de gezondheidszorg en de verbeteringen in het diagnostisch onderzoek dat voor de patiënt ook minder belastend is geworden, zouden de neiging tot defensief handelen echter bevorderd kunnen hebben.^{4,5}

Twee vormen van defensief handelen worden onderscheiden:

- positief defensief handelen: het uitvoeren van handelingen die geneeskundig niet noodzakelijk zijn;
- negatief defensief handelen: het achterwege laten van een geneeskundig onderzoek of behandeling, waarvoor een goede medische indicatie bestaat.^{1,6}

In het Monitoringproject gaven de huisartsen bij circa 2 procent van de contacten aan, dat zij uitgesproken defensief gehandeld hadden.⁷ Negatief defensief handelen trad met name op wanneer van therapie werd afgezien. Positief defensief handelen werd vooral aangegeven bij verwijzingen binnen de eerste lijn en naar de tweede lijn. In het onderzoek van *Grundmeijer & Van Weert* gaven de huisartsen bij 11 procent van alle verwijzingen naar de internist aan dat defensieve overwegingen een rol speelden. Daarnaast vond 11 procent van de verwijzingen plaats wegens het 'vastlopen' van het contact; deze verwijzingen kregen niet het etiket 'defensief'.⁹

Aanvullend onderzoek (exclusief cervixuitstrijken) berustte in het Monitoringproject relatief vaak op defensief handelen: bij bloedonderzoek en ECG's in 9 procent van de gevallen, bij röntgenonderzoek zelfs in 15 procent van de gevallen.

Defensief handelen kan dus een belangrijke rol spelen bij het aanvragen van aanvullend onderzoek. Dit blijkt ook uit het sinusitisonderzoek van *Van Duijn*, waarin bij 15 procent van de patiënten met sinusitis en bij 30 procent van de patiënten met 'sinusitis-achtige' klachten defensieve overwegingen een rol speelden.⁹

De vraagstelling van deze bijdrage luidt:

- In welke mate spelen defensieve overwegingen een rol bij de aanvraag van de verschillende vormen van aanvullend onderzoek?
- Spelen leeftijd en geslacht een rol in de mate van defensief handelen?
- Wat is de mate van defensief handelen bij de verschillende redenen voor het aanvragen van aanvullend onderzoek?
- Wat is het verband tussen diagnose, mate van defensief handelen en reden voor aanvraag van het aanvullend onderzoek?
- Bestaat er een verband tussen de uitslag en de mate van defensief handelen?
- In hoeverre was sprake van defensief handelen bij het aanvragen van aanvullend onderzoek bij patiënten die bekend waren met een chronische aandoening, een depressie en/of andere actieve psychosociale aandoeningen?

Methode

Gedurende één jaar registreerden 16 huisartsen en twee huisartsen in opleiding in elf praktijken met ruim 31.000 ingeschreven patiënten alle episoden met aanvullend onderzoek.¹⁰ Contactredenen, diagnosen en interventies werden op het contactformulier genoteerd en gecodeerd met de ICPC. De reden voor aanvraag, de mate van defensief handelen, de verwachte en de verkregen uitslag en de consequenties voor het beleid werden geregistreerd op het aanvullend-onderzoekformulier.

Drie categorieën van defensief handelen werden onderscheiden: licht defensief, defensief en sterk defensief. De laatste twee zijn in dit artikel samengevoegd in de categorie uitgesproken defensief. De definitie van defensief handelen werd met de deelnemers besproken. De huisarts be-

oordeelde daarna vanuit zijn eigen gezichtspunt of er bij de aanvraag van het aanvullend onderzoek sprake was van defensief handelen. Tevens konden op dit formulier de belangrijkste chronische ziekten en psychosociale problemen (waarbij de huisarts gedurende het half jaar voor de aanvraag van het aanvullend onderzoek betrokken was) vermeld worden.

Resultaten

Uit *tabel 1* blijkt dat bij ruim een kwart van de aanvragen defensief gehandeld werd en bij 5-10 procent uitgesproken defensief. Het is duidelijk dat het patroon bij de verschillende vormen van aanvullend onderzoek verschilt. Beeldvormend onderzoek, gevolgd door bloedonderzoek, gaat het meest uitgesproken gepaard met defensief handelen. Cervixuitstrijken en het 'overige' onderzoek (bacteriologisch, urine- en functie-onderzoek) gaan relatief weinig samen met defensief handelen.

Leeftijd en geslacht

In *tabel 2* zijn de contacten in verband met diabetes mellitus buiten beschouwing gelaten; het gaat daarbij om 44 procent van al het bloedonderzoek in de groep ≥ 65 jaar en 11 procent in de groep < 65 jaar. Als dit bloedonderzoek wel wordt meegeteld, daalt het percentage defensief handelen bij de groep ≥ 65 jaar naar 15 procent en bij de groep < 65 jaar naar 37 procent. Bloedonderzoek vond bij patiënten ≥ 65 jaar veel minder vaak uit defensieve overwegingen plaats dan bij jongere patiënten. Het geslacht speelde praktisch geen rol.

Ook bij het beeldvormend onderzoek speelde defensief handelen bij ouderen een kleinere rol dan bij jongere patiënten: 27 procent van de foto's in de groep ≥ 65 jaar tegen 38 procent daarvan in de groep < 65 jaar.

Redenen voor het onderzoek

Tabel 3 laat zien dat aanvullend onderzoek 'ter controle van het beloop' zelden gepaard gaat met defensieve overwegingen. Het gaat daarbij meestal om onderzoek dat door de voorgeschiedenis bepaald is, zoals

diabetescontrole. Ook als de huisarts een diagnose wil 'aantonen of bevestigen' is er relatief weinig sprake van defensief handelen, behalve in sommige situaties, zoals bij rugklachten en de mogelijkheid van spondylartrose. 'Screenen/anticiperen' gaat eveneens relatief weinig gepaard met defensief handelen. Cholesterolbepalingen werden echter duidelijk vaker defensief aangevraagd dan cervixcytologie.

'Uitsluiten van ziekten', kwantitatief de

belangrijkste reden voor aanvullend onderzoek, ging in bijna de helft van de gevallen samen met defensief handelen. Ook bij 'onderzoek op verzoek of ter geruststelling van de patiënt' speelden defensieve overwegingen vaak een rol.

Redenen en symptoomdiagnosen

Een symptoomdiagnose impliceert dat er op het moment van het aanvullend onderzoek geen 'hogere' interpretatie van het

Tabel 1 Defensief handelen bij aanvullend onderzoek. Percentages

	n	Mate van defensief handelen	
		enigszins	uitgesproken
Alle aanvragen	8897	18	9
Bloedonderzoek	5140	20	10
Beeldvormend onderzoek	1867	25	10
Cervixcytologie	1008	11	4
Overig onderzoek	1269	14	5

Tabel 2 Defensief handelen bij bloedonderzoek (exclusief in verband met diabetes). Rijpercentages.

		n	Mate van defensief handelen	
			enigszins	uitgesproken
≥ 65 jr	V	(n= 687)	18	7
	M	(n= 298)	18	5
< 65 jr	V	(n=1865)	27	15
	M	(n=1033)	25	14

Tabel 3 De mate van defensief handelen bij de reden voor het aanvragen van aanvullend onderzoek. Rijpercentages (N=10931).

	Mate van defensief handelen	
	enigszins	uitgesproken
Aantonen/bevestigen	9	2
Uitsluiten maligniteit	25	6
Uitsluiten overige ziekten	32	13
Controle beloop	7	1
Screening/anticiperen	13	5
Bevolkingsonderzoek	3	2
Verzoek patiënt/derde	32	28
Geruststellen patiënt	35	33
Geruststellen arts	27	7

Tabel 4 Aanvullend onderzoek bij symptoomdiagnosen. Percentages

	Moeheid n=643	Buik/ maagpijn n=175	Rugpijn n=88	Duizelig n=68	Hoest n=40	Frequente mictie n=34	Gewichts- verlies n=31	Pijnlijke borsten n=27	Knobbel in borst n=26
Niet defensief	44	62	48	38	58	76	77	48	85
<i>Redenen</i>									
- aantonen	10	20	21	7	10	9	13	7	31
- uitsluiten maligniteit	2	10	8	0	45	6	29	93	77
- uitsluiten overige	53	61	54	74	48	79	61	4	0
- screenen/anticiperen	4	1	3	4	0	0	0	0	0
- verzoek patiënt derde	17	7	20	9	5	3	6	4	4
- geruststellen patiënt	25	19	16	19	18	3	19	30	8

Tabel 5 Defensief handelen in relatie tot de uitslagen van de 21 belangrijkste bloedbepalingen. Percentages

Uitslag	Mate van defensief handelen		
	geen n=6982	enigszins n=2590	uitgesproken n=1410
Referentiewaarde	62	81	85
Licht afwijkend	24	15	13
Sterk afwijkend	14	4	2

Tabel 6 Defensief handelen bij chronische ziekten en psychosociale problematiek.

Ziekte	Mate van defensief handelen		
	n	enigszins	uitgesproken
Maligniteit	167	13	5
Diabetes mellitus	1113	4	1
Overige stofwisselingsziekten	340	12	5
Hypertensie	608	16	4
Ischemische hartziekten	404	12	4
Artrose	374	19	6
Cara	290	18	7
Depressie/depressief gevoel	222	26	14
Overige psychosociale problematiek	750	27	20
Totaal	4268	19	8

probleem van de patiënt gegeven kan worden. Aanvullend onderzoek bij symptoomdiagnosen vond meestal plaats 'ter uitsluiting van ziekte' en in mindere mate 'ter geruststelling van de patiënt', beide overwegingen die gepaard gingen met relatief veel defensief handelen (tabel 4). De verdeling van de redenen loopt echter nogal uiteen. Bij sommige problemen is het verrichten van aanvullend onderzoek geneeskundig geaccepteerd, en dan is de samenhang met defensief handelen beperkt (frequente mictie, gewichtsverlies, knobbel in de borst); in deze gevallen wordt met het onderzoek ook beoogd een bepaalde diagnose aan te tonen of uit te sluiten. Opvallend is het verschil tussen pijn en een knobbel in de mammae. Veel minder geaccepteerd is aanvullend onderzoek bij moeheid, buik- of maagklachten, rugklachten en duizeligheid: hier was vaak sprake van defensief handelen en de nadruk lag op het uitsluiten van een aandoening en onderzoek op verzoek en ter geruststelling van de patiënt.

Uitslagen

Tabel 5 laat zien dat bij defensief handelen relatief veel uitslagen binnen het referentiegebied vielen: geen afwijkingen dus. Kennelijk zou het achterwege laten van dergelijk aanvullend onderzoek tot weinig missers leiden. De kans op een sterk afwijkende uitslag was veel groter als er geen defensieve overwegingen waren.

Tabel 7 Psychische of sociale problemen bij de tien meest voorkomende diagnoses als het gaat om aanvullend onderzoek

Diagnose bij aanvraag	ICPC-code(s)	Aantal aanvragen	Percentage psychosoc comorbiditeit
Diabetes mellitus	T90	1124	8
Preventief uitstrijkje	X37/49	798	7
Moeheid, malaise	A04	643	16
Ijzerebreksanemie	B80	394	8
Hypercholesterolemie	T93	285	6
Blaasontsteking	U71	253	6
Angst voor ziekten	-26,-27	251	25
Geen ziekte	A97	186	12
Buik- of maagpijn	D06/01/02	175	15
Zwangerschap		110	3
Symptoomdiagnosen bewegingsapp.	L	446	10
Alle		8897	10

Chronische ziekten en psychosociale problematiek

Op bijna de helft van de onderzoekformulieren werd een chronische ziekte, een depressie of een 'actief' psychosociaal probleem aangegeven (tabel 6). Het samengaan met defensief handelen is interessant. Bij diabetespatiënten (1113 keer aanvullend onderzoek verricht, al dan niet in verband met de diabetes) was er zelden sprake van defensief handelen, in tegenstelling tot patiënten die bekend waren met een depressie (n=222) of overige psychosociale problematiek (n=750).

In totaal gaf de huisarts bij 922 aanvragen voor aanvullend onderzoek (10 procent) aan dat er in het afgelopen halfjaar ook sprake was geweest van psychosociale problemen en/of een depressie. Dit percentage verschilde per diagnose (tabel 7). Daarbij valt verder op, dat aanvullend onderzoek bij symptoomdiagnosen (met name moeheid, angst voor ziekten en buikpijn) vaker gepaard ging met psychosociale problematiek dan bij meer klassieke diagnoses. Overigens geldt dit verband niet voor symptoomdiagnosen van het bewegingsapparaat (vooral rug-, nek- en kniepijn), en weer wel voor bijvoorbeeld duizeligheid (22 procent) of vermagering (42 procent).

Beschouwing

Defensief handelen wordt in principe geassocieerd met geneeskundig niet-rationeel en kostenverhogend handelen, dat eigenlijk niet zou moeten plaatsvinden.¹¹ Daarbij gaat men ervan uit dat vooral te veel gedaan wordt en nooit te weinig. Vaak gaan beide vormen van defensief handelen echter samen: als de huisarts bloedonderzoek aanvraagt bij een patiënt met vermoeidheidsklachten, terwijl hij denkt aan surmenage, is dat niet uitsluitend een vorm van positief defensief handelen; het tegelijkertijd afzien van een gesprek is een vorm van negatief defensief handelen.

Uit ons onderzoek blijkt dat bij ruim een kwart van al het aanvullend onderzoek (positief) defensieve overwegingen een rol speelden, waarvan tweederde enigszins en één derde uitgesproken defensief. Juist bij het uitgesproken defensief handelen lijkt een verschil van opvatting over de noodzaak van het onderzoek tussen patiënt en huisarts te bestaan. De redenen voor het onderzoek zijn veelal 'op verzoek' en 'ter geruststelling van de patiënt' (bijvoorbeeld röntgenonderzoek van de lumbale wervelkolom). Of hier ook werkelijk sprake is van een openlijk verschil van opvatting, is onbekend: wel is het duidelijk dat de huisarts met enige tegen-

zin het onderzoek aanvraagt. Maar dat betekent allerminst dat deze overweging niet rationeel is.

Enigszins defensief handelen werd vooral aangegeven bij de grote groep onderzoeken 'ter uitsluiting van overige ziekten'. De aanvraag is strikt genomen niet nodig, maar er lijkt bij de huisarts niet veel weerstand te hebben bestaan tegen het onderzoek. Ook hier is het hoge percentage defensief handelen bij onderzoek 'ter geruststelling van de patiënt' opvallend. Zou de beroepsgroep echt van mening zijn dat aanvullend onderzoek niet aangewend mag worden voor deze belangrijke functie van de huisarts?

Bij ouderen werd minder vaak defensief gehandeld, maar onzeker blijft of dit een gevolg is van een minder 'eisende' opstelling van de patiënten of dat er binnen deze groep meer ziekten zijn die nader onderzocht moeten worden. Gezien de relatieve terughoudendheid van de huisarts bij het aanvragen van bloed- en beeldvormend onderzoek bij ouderen, gepaard aan een grotere kans op het bestaan van een ziekte, lijken ouderen zich in het contact met de huisarts inderdaad weinig eisend op te stellen. De mondigheid van de jongere patiënt en wellicht het niet zonder meer vertrouwen op de kennis van de huisarts lijken tot meer aanvullend onderzoek 'ter geruststelling' en 'op verzoek van de patiënt' te leiden.

Deze laatste twee redenen om aanvullend onderzoek aan te vragen, zijn zeker niet zonder meer af te keuren. Soms zal een patiënt inderdaad gerustgesteld worden en wordt de ziekte-episode afgesloten. In zeldzame gevallen blijkt het aanvullend onderzoek, in tegenstelling tot de verwachting van de huisarts, nieuwe informatie op te leveren. Deze situatie deed zich enkele malen voor bij de fractuurdiagnostiek.

Bij een aantal belangrijke symptoom/klachtdiagnosen (bijvoorbeeld vermoeidheid) gaat het aanvullend onderzoek in hoge mate samen met defensieve overwegingen, veelal 'ter uitsluiting van ziekte', 'ter geruststelling' en 'op verzoek van de patiënt'. Kennelijk is het relatief lage

diagnostisch niveau van de geneeskundige interpretatie een bron van onrust voor de patiënt en verlangt deze meer informatie in de vorm van aanvullende diagnostiek. Onzekerheid bij de arts over de diagnose lijkt hier geen rol van betekenis te spelen. Opmerkelijk is de samenhang tussen aanvullend onderzoek voor symptoomdiagnosen en de aanwezigheid van psychosociale problematiek. Het aanvullend onderzoek is hier mogelijk nodig om de patiënt gerust te stellen. Het is een voorbeeld van de werkwijze van de huisarts, waarbij niet het diagnostiseren van de ziekte maar de beleving van de klacht door de patiënt centraal staat.¹²

De veronderstelling dat de uitslag van het aanvullend onderzoek meestal in het referentiegebied ligt wanneer defensief gehandeld wordt, is goeddeels bevestigd. Toch bleek dat ruim 15 procent van de uitslagen (in lichte mate) afwijkend was. Bij vergelijking van de verkregen met de verwachte uitslagen moet duidelijk worden of het om totaal onverwachte waarden gaat, en in hoeverre deze uitslagen het beleid beïnvloeden.

De inter-praktijkvariatie bij defensief handelen was, zoals te verwachten was, aanzienlijk. 'In het geheel niet defensief' varieerde van 48 tot 86 procent van de aanvragen per praktijk, 'enigszins defensief' van 12 tot 41 procent, en 'uitgesproken defensief' van 2 tot 14 procent. De spreiding zit vooral in de nuance 'enigszins'. De huisartsen met een hoog percentage defensief handelen hadden ook een hoog aandeel 'geruststellen'. Het beperkte aantal deelnemende huisartsen maakt een zinvolle beschouwing over deze uitkomsten echter onmogelijk.

Conclusie

Defensief handelen is niet weg te denken uit de overwegingen die een rol spelen bij het aanvragen van aanvullend onderzoek. De huisarts vraagt geregeld meer aan dan hij klinisch strikt noodzakelijk vindt, mede omdat hij hiermee tegemoet komt aan de wens van de patiënt en bijvoorbeeld hoopt diens ongerustheid weg te nemen. Deze handelwijze lijkt ons gepast, uitgaande van de definitie voor 'gepast' gebruik van medische voorzieningen: 'de beslissing om een vorm van zorg toe te passen bij een doorsnee patiënt met specifieke klinische kenmerken is gepast als de betrokken zorg, naar verwachting, direct (bijvoorbeeld bij een therapie) of indirect (bij diagnostiek) een netto gezondheidswinst oplevert ten opzichte van andere eventueel in aanmerking komende vormen van zorg, inclusief niets-doen. Die winst kan bestaan uit een langer leven, minder ziekte, of een betere kwaliteit van leven.'¹³ De vraag of onderzoek dat ter geruststelling is aangevraagd, ook werkelijk geruststelt, is echter nog niet beantwoord en dient onderzocht te worden. Bij verwijzingen naar de internist is dat in ieder geval vaak niet het geval.⁸

De huisarts-patiënt relatie is niet puur klinisch rationeel en het heeft geen enkele zin te doen alsof dat in een 'ideale' situatie wel het geval zou zijn. Enigszins defensief handelen past – behalve in het geval van een conflict – in de patiëntgerichte benadering, waarbij het stellen van een diagnose meestal niet de eerste prioriteit is. Uitgesproken defensief handelen dient echter zoveel mogelijk voorkomen te worden. Bij het opstellen van standaarden – en vooral bij het onderzoek naar de gevolgen voor het medisch handelen van standaard-

den – zal in ieder geval met defensief handelen expliciet rekening gehouden moeten worden.

Literatuur

- 1 Lamberts H, Janssens PMH. Defensief handelen door huisartsen. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 598-602.
- 2 Hershey N. The defensive practice of medicine: myth or reality. Millbank Memorial Fund Quarterly 1972; 50: 69-98.
- 3 Veldhuis M. Defensive behavior of Dutch family physicians. Widening the concept. Fam Med 1994; 26:27-9.
- 4 Barsky AJ. The paradox of health. N Engl J Med 1988; 318: 414-8.
- 5 Brett AS, McCullough LB. When patients request specific interventions. N Eng J Med 1986; 315: 1347-51.
- 6 Dewar MA. Defensive Medicine: it may not be what you think. Fam Med 1994; 26: 36-8.
- 7 Lamberts H. Morbidity in general practice. Diagnosis related information from the monitoring project. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- 8 Grundmeijer H, Van Weert H. Patiënt, huisarts en internist [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992.
- 9 Van Duijn NP. Sinusitis maxillaris. Symptomen, beloop en diagnostiek. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 10 Van Boven C, Dijksterhuis PH. De schatbare waarde van aanvullend onderzoek in de huisartspraktijk. [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993.
- 11 Anoniem. Defensieve geneeskunde jaagt kosten gezondheidszorg op. De Volkskrant, 5 november 1988.
- 12 McWhinney IR. Why we need a new clinical method. Scand J Prim Health Care 1993; 11: 3-7.
- 13 Rigter H. Passend gebruik van het begrip 'gepast' in discussies over de gezondheidszorg. Ned Tijdschr geneesk 1994; 138: 4-7. ■