

# Overdaad schaadt..., maar niet altijd

Effecten van 'overbodig' diagnostisch onderzoek nader bekeken

L.G.M. VAN BERKESTIJN

**Van Berkestijn LGM. Overdaad schaadt..., maar niet altijd. Effecten van 'overbodig' diagnostisch onderzoek nader bekeken. Huisarts Wet 1998; 41(7):336-8.**

Huisartsen zijn er in het algemeen van overtuigd dat overbodig diagnostisch onderzoek schadelijk is voor de patiënt en leidt tot verspilling van financiële middelen. Uit een onderzoek bij niet-acute buikklachten bleek hier echter niets van. Door experts als 'overbodig' aangemerkt onderzoek bleek geen nadelig of zelfs een gunstig effect te hebben op de gezondheidstoestand van de patiënt, en de medische consumptie als geheel nam er niet door toe. Vanuit deze onverwachte bevinding wordt een pleidooi gehouden voor een flexibeler houding van de huisarts bij het aanvragen van aanvullend diagnostisch onderzoek. De legitimiteit van een medische handeling wordt immers in laatste instantie bepaald door het nut ervan voor de patiënt.

Dr. L.G.M. van Berkestijn, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Utrecht, Postbus 80045, 3508 TA Utrecht.

## Een verrassende uitkomst

Tijdens mijn onderzoek onder patiënten met niet-acute buikklachten stuitte ik op een onverwachte bevinding: aanvullend onderzoek dat door experts als overbodig en dus onwenselijk was bestempeld, bleek geen nadelige invloed te hebben op de gezondheidstoestand van patiënten.<sup>1</sup> Integendeel: patiënten bij wie 'overbodig' aanvullend onderzoek was verricht, bleken net zo snel te herstellen als patiënten die daar niet mee 'belast' waren, en enkelen van hen herstelden zelfs sneller dan de niet-onderzochten.

Hoe is deze onverwachte en tegenstrijdige uitkomst te verklaren, en wat kan deze bevinding betekenen voor de dagelijkse praktijk van de huisarts?

## Het onderzoek

Mijn onderzoek was vanuit de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Universiteit Utrecht opgezet om na te gaan of verschillen in consultkwaliteit leiden tot klinisch relevante verschillen in de gezondheidstoestand van patiënten. Uitgangspunt bij dit onderzoek was de volgende stelling: de kwaliteit van medisch handelen kan alleen beter genoemd worden, als de patiënt er aantoonbaar beter van wordt. Een dergelijk ijkpunt is noodzakelijk, aangezien er geen gouden standaard bestaat voor de kwaliteit van medisch handelen.<sup>2</sup>

Op theoretische en pragmatische gronden werd het onderzoek beperkt tot het eerste consult in een nieuwe episode van niet-acute buikklachten, en de gezondheidstoestand en medische consumptie in het daaropvolgende halfjaar. Kwaliteitscriteria voor deze consulten werden ontwikkeld volgens de zogenaamde Delphi-methode.<sup>3</sup> Deze methode staat garant voor een zo objectief mogelijke vaststelling van criteria voor correct medisch handelen. Deze criteria worden vastgesteld door een panel van experts (in dit geval huisartsen en gastro-enterologen). Het concrete eindproduct bestaat uit een lijst van scherp omschreven activiteiten, waaraan, afhankelijk van hun relevantie of overbodigheid, belonings- of strafpunten worden

toegekend. Vergelijking van de lijst van activiteiten met het daadwerkelijk handelen levert een kwaliteitsscore per consult op.

De gezondheidstoestand van de patiënt werd gemeten met de SIP (Sickness Impact Profile).<sup>4</sup> Dit is een vragenlijst van 136 vragen naar veranderingen in gedrag, die direct voortvloeien uit de actuele gezondheidsklachten. Dit meetinstrument meet het *functioneren* van patiënten, niet hun gezondheids*beleving*. Daardoor is het een redelijk objectieve en zeer relevante maat voor verbetering of verslechtering van de gezondheidstoestand. Ook dit meetinstrument levert een score per meetmoment per patiënt op.

De medische consumptie werd gemeten door optelling per patiënt van het gebruik van alle medische voorzieningen: medicijnen, vervolgsconsulten bij de huisarts, consulten bij andere – reguliere én alternatieve – hulpverleners, gebruik van aanvullende diagnostiek, en verwijzingen naar specialisten.

## Definitie van overbodig aanvullend onderzoek

Het aanvullend onderzoek waar het in deze studie om ging, bestond voornamelijk uit bepalingen van een algemeen bloedbeeld, leverfuncties, nierfuncties, röntgenfoto's, echografie en gastro- of coloscopie. De door het expertpanel gehanteerde definitie van overbodigheid was primair gebaseerd op epidemiologische argumenten. Wanneer de voorafkans op een aandoening zeer laag is, getuigt het meestal van besliskundig juist inzicht om geen test aan te vragen.<sup>5</sup> Dit geldt des te sterker als het gaat om een test met 'zwakke' testeigenschappen (lage sensitiviteit en/of specificiteit). Aanvullend onderzoek werd daarom door de experts als overbodig en dus onwenselijk bestempeld in situaties met een verhoogde kans op een fout-positieve of fout-negatieve uitslag.

Vervolgens wordt de beslissing om wel of niet te testen gecompliceerd door de prognose.<sup>6,7</sup> Moet de aanvraag voor een test zonder uitstel in het eerste consult plaatsvinden of kan het natuurlijk beloop

worden afgewacht? Hierbij telt mee of de gezochte aandoening potentieel ernstig is, en of het beloop wel of niet in gunstige zin kan worden beïnvloed door tijdig medisch ingrijpen.

Tenslotte verdisconteerden de experts in hun oordeel de belasting van het onderzoek voor patiënt en gezondheidszorgapparaat.

Op deze argumenten voortbordurend hanteerde het expertpanel de volgende definitie van overbodigheid: rekening houdend met aan de huisarts bekende patiëntkenmerken (geslacht, leeftijd, aard van de klachten, risicofactoren, psychosociale omstandigheden), en met de aard en prognose van de gezochte aandoening, kan de diagnostische activiteit leiden tot een fout-positief of fout-negatief testresultaat, onnodige belasting van de patiënt of een diagnostische faciliteit, of een toename van de medische consumptie. Aanvullende diagnostiek die aan een van deze kenmerken voldeed, werd als onwenselijk of overbodig getypeerd.

Zoals vermeld, waren er in mijn onderzoek echter geen aanwijzingen voor een negatieve invloed van dergelijk overbodig onderzoek op de gezondheidstoestand van de patiënt. Wat kon hiervan de verklaring zijn?

### **Het heilzaam effect van 'overbodig' onderzoek**

De kwaliteitscriteria voor aanvullend diagnostisch onderzoek werden door het expertpanel van huisartsen en specialisten voornamelijk onderbouwd met argumenten, ontleend aan de testtheorie en de prognostiek. Gezien het feit dat de voorafkansen op organische pathologie in de eerste lijn over het algemeen laag is, zou dit huisartsen op den duur kunnen verleiden tot het simplisme: 'hoe minder je onderzoekt, des te beter.'

Voorts was het een bewuste keuze van de experts om zich voor dit onderzoek te beperken tot de medisch-technische kwaliteit van het consult. Deze vereenvoudiging was nodig om het onderzoek uitvoerbaar te maken, maar hier wrekt zich dat simplificaties de werkelijkheid geweld

aandoen. De werkelijkheid van een consult is complexer dan ooit in kwaliteitscriteria, standaarden of richtlijnen tot uitdrukking kan worden gebracht. In een consult spelen immers nog allerlei andere factoren een rol bij de uiteindelijke beslissing van de huisarts om wel of niet te testen. Hierbij kan men denken aan een (ongeëxpliciteerd) 'niet-pluis'-gevoel, de intentie om de klacht extra aandacht of erkenning te geven, een laatste poging om geruststelling te bewerken (waar deze nog niet bereikt was), of toegeven aan een uitdrukkelijk verzoek van de patiënt. Hierin is dus de beslissing voor aanvullend onderzoek de resultante van de interactie tussen huisarts en patiënt en een scala van afwegingen, dat breder is dan het gebied van epidemiologie en prognostiek. Men kan een aanvraag voor aanvullend onderzoek die voortkomt uit deze drijfveren, veroorzaken, omdat zij niet goed epidemiologisch is onderbouwd. Maar of een medische handeling gerechtvaardigd is, kan uiteindelijk alleen getoetst worden door na te gaan of de patiënt er beter van wordt.

Ter toelichting een voorbeeld. Iedere huisarts kent de situatie waarin de patiënt aan het eind van het consult kennelijk nog niet geheel tevreden of gerustgesteld is. Bij navraag blijkt aanvullend onderzoek het enige te zijn, dat de patiënt nog kan geruststellen. Het zal geen verbazing wekken dat deze groep patiënten beter functioneert ná aanvullend onderzoek. In het merendeel van de gevallen zal het gaan om een negatieve testuitslag, waarmee er een eind komt aan eventuele onzekerheid. Bij patiënten met een positieve testuitslag wordt door direct testen in een vroeg stadium een 'positieve' diagnose gesteld; ook bij deze groep zou het beëindigen van de onzekerheid mede verantwoordelijk kunnen zijn voor een versnelde verbetering.

Wat deze veronderstelling aannemelijk maakt, is een opmerkelijk resultaat uit een – inmiddels klassiek geworden – ander onderzoek in de huisartspraktijk. Hieruit bleek dat een met een zekere stelligheid gebrachte 'diagnose' of uitleg over wat er aan de hand was, een duidelijk positief effect had op de duur van de klachten.<sup>8</sup>

### **Generaliseerbaarheid van de conclusies**

De vraag of de conclusies uit ons onderzoek generaliseerbaar zijn naar anderssoortige klachten, is niet met zekerheid te beantwoorden. Niet-acute buikklachten zijn gekozen als object van onderzoek, omdat ze redelijk frequent voorkomen, en gekenmerkt worden door een zekere complexiteit. Bij onderzoek aan de hand van een al te eenvoudig type klacht zou de kans groot zijn dat er weinig verschil in kwaliteit van handelen tussen huisartsen gevonden zou worden. Bij buikklachten was de kans hierop groter, aangezien er op somatisch gebied een breed scala van oorzaken en aandoeningen aan ten grondslag kan liggen. Bovendien zijn deze klachten multiconditioneel bepaald: zij worden in hun ontstaan en beloop beïnvloed door somatische, psychische én sociale factoren. Door dit alles vormen dergelijke klachten een goede test-case voor de kwaliteit van het handelen van de huisarts.

Voor andere multiconditioneel bepaalde klachten in de huisartspraktijk – hoofdpijn, moeheid, rugpijn – geldt in wezen hetzelfde. Hoewel het wetenschappelijk gezien onzeker blijft of de resultaten uit dit onderzoek gegeneraliseerd mogen worden, kan ik geen argumenten bedenken waarom het gedrag van huisartsen bij anderssoortige klachten wezenlijk zou verschillen.

### **Beschouwing**

De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat huisartsen minder terughoudend kunnen zijn met aanvullend onderzoek. Een huisarts behoeft zich niet meteen een slechte dokter te voelen, wanneer een beslissing tot het aanvragen van aanvullende diagnostiek niet volledig epidemiologisch verantwoord is. Kennelijk is de behoefte aan dergelijk onderzoek bij patiënt én huisarts soms groot, en blijkt ons onderzoeksresultaten is vervulling van die behoefte vaak effectief. Medisch handelen is gerechtvaardigd en zelfs geïndiceerd, wanneer de patiënt er baat bij heeft.

Kan gemakkelijker toegeven aan im-

pulsen tot aanvullend onderzoek ook leidden tot een aanzienlijke toename in de kosten van de gezondheidszorg? Wanneer huisartsen op dit punt royaler worden, zal immers de medische consumptie alleen al daardoor stijgen.

Vooropgesteld zij, dat in deze studie 'overbodig' onderzoek betrekkelijk weinig voorkwam, gemiddeld in minder dan 5 procent van de consulten. Wat waren de effecten hiervan op de medische consumptie?

Patiënten met een organische einddiagnose die in het eerste consult 'overbodig' aanvullend onderzoek ondergingen (in de zin van een overdaad aan testen), bleken de huisarts in het volgende halfjaar minder nodig te hebben. Dit lijkt logisch, aangezien de 'juiste' test temidden van de overdaad ervoor zorgde, dat zij minder lang behoeften te wachten tot hun aandoening gediagnosticeerd en behandeld werd. Bij patiënten met een symptomatische einddiagnose die met overbodig aanvullend onderzoek werden belast, deed zich wél een toename van de medische consumptie voor. Deze toename bleef echter in het merendeel van de gevallen beperkt tot één vervolcontact met de huisarts voor het vernemen van de uitslag van het onderzoek. De daling in vervolconsulten in de 'organische' groep overtrof de stijging in de 'symptomatische' groep, terwijl de frequentie waarmee overbodig onderzoek werd aangevraagd in beide groepen gelijk was. Netto was er dus sprake van een daling van de medische consumptie.

Dit resultaat is in overeenstemming met een Deens onderzoek naar bovenbuiksklachten, waarin directe en uitgestelde gastroscopie met elkaar werden vergeleken, en de directe variant kosteneffectiever bleek.<sup>9</sup>

In de afweging van kosten en baten moet naar mijn idee ook het effect op de duur van verondersteld arbeidsverzuim betrokken worden. Sneller herstel kan im-

mers leiden tot snellere werkhervatting. Helaas werd dit in ons onderzoek niet gemeten, waardoor we hier geen zekere uitspraken over kunnen doen. Niettemin lijkt een positief effect zeer plausibel, zodat we mogen aanemen dat een flexibeler beleid bij het aanvragen van aanvullend onderzoek op diverse fronten tot winst zou kunnen leiden.

De vraag of medisch handelen als overbodig en dus schadelijk bestempeld moet worden, hangt af van het effect van zulk handelen op de gezondheidstoestand van de patiënt. De beslissing van huisartsen tot aanvullend diagnostisch onderzoek is waarschijnlijk de resultante van een scala van factoren, dat complexer is dan ooit in een richtlijn of standaard weergegeven kan worden. Dit wil niet zeggen dat standaarden daarom zonder meer genegeerd kunnen worden, maar wel dat er in sommige gevallen beargumenteerd van afgeweken kan en moet worden. Ook wanneer gegeden epidemiologische argumenten ontbreken, is aanvullend onderzoek niet schadelijk voor de gezondheid; integendeel, sommige patiënten worden er zelfs sneller beter van, en het netto effect is een daling van de medische consumptie.

Huisartsen kunnen daarom minder terughoudend zijn in het aanvragen van aanvullende diagnostiek. De legitimiteit van medisch handelen wordt immers uiteindelijk bepaald door het nut ervan voor de patiënt.

#### Literatuur

- 1 Van Berkestijn LGM. Quality assessment in family practice. Process and outcome in patients with non-acute abdominal complaints [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1996.
- 2 Donabedian A. The methods and findings of quality assessment and monitoring. An illustrated analysis. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1985.
- 3 Kastein MR, Jacobs HM, Van der Hell RJ, et al. Delphi, the issue of reliability. A qualitative Del-

phi study in primary health care in the Netherlands. *Technological Forecasting and Social Change* 1993;44:315-23.

- 4 Jacobs HM, Luttik A, Touw-Otten FWMM, et al. Measuring impact of sickness in patients with nonspecific abdominal complaints in a Dutch family practice setting. *Med Care* 1992;30:244-51.
- 5 Sackett DL. *Clinical epidemiology*. New York: Little Brown, 1985. p. 17.
- 6 Van der Velden HGM. Diagnose of prognosis. De betekenis van de epidemiologie voor het handelen van de huisarts. *Huisarts Wet* 1983;26:125-8.
- 7 McWhinney IR. Early diagnosis of undifferentiated problems. In: Rakel RE, Conn HF, editors. *Textbook of family practice*. Third edition. Philadelphia, etc.: Saunders, 1983. p. 349-62.
- 8 Thomas KB. General practice consultations: is there any point in being positive? *BMJ* 1987;294:1200-2.
- 9 Bytzer P, Hansen JM, Schaffalitzky de Muckadell OB. Empirical H<sub>2</sub>-blocker therapy or prompt endoscopy in management of dyspepsia. *Lancet* 1994;343:811-6. ■

#### Abstract

**Van Berkestijn LGM. Too much of ought is good for nought... with some exceptions! A closer look at the effect of superfluous diagnostic tests. *Huisarts Wet* 1998;41(7): 336-8.**

Dutch general practitioners are convinced of the fact, that superfluous diagnostic tests are harmful for the patient and obviously are a waste of resources. In a recent study on non-acute abdominal complaints the opposite result was found: diagnostic testing, labeled as superfluous by a panel of experts, was found to have no negative effect on health status. Medical consumption was not higher in patients that underwent excessive testing. Starting from this unexpected result, a plea is made for a more flexible attitude of GPs in test-ordering. The ultimate judgement over the appropriateness of medical action lies after all in proof of its benefit for the patient.

**Key words** Abdominal complaints; Decision making; Epidemiology; Family practice.

**Correspondence** Dr. L.G.M. van Berkestijn, Department of General Practice, University of Utrecht, PO Box 80045, 3508 TA Utrecht, The Netherlands.