

Defensief handelen loont

Defensieve geneeskunde is gedefinieerd als medische zorg die niet geleverd wordt om de diagnostiek of behandeling te verbeteren maar om de kans op een klacht of schadevergoeding te minimaliseren. Veel Amerikaanse artsen geven aan regelmatig defensief te handelen en ook Nederlandse artsen zijn bekend met het fenomeen. Tot op heden was niet duidelijk of defensief handelen zoden aan de dijk zet. Nu tonen Amerikaanse onderzoekers aan dat artsen die de meeste kosten genereren minder vaak *malpractice claims* krijgen.

Ze onderzochten data over meer dan 18 miljoen ziekenhuisopnames van 2000 tot 2009 in Florida en de daarmee gemoeide kosten. De gegevens werden gekoppeld aan gegevens over bijna 25.000 hoofdbehandelaars afkomstig uit zeven verschillende specialismen en de tegen hen ingediende klachten. De gegevens hadden betrekking op circa 155.000 artsenjaren en 4342 ingediende klachten (2,8% per artsenjaar).

De onderzoekers berekenden van iedere specialist per jaar de gemiddelde kosten van de opnames. Specialisten



met lage gemiddelde kosten hadden het jaar daarop meer kans op een *malpractice claim* dan specialisten met hoge gemiddelde kosten. Deze relatie gold voor alle onderzochte specialismen.

De onderzoekers keken ook naar een klinische parameter: het percentage keizersnedes van obstetrici. Ze vonden een gelijksoortig verband. Degenen met het laagste percentage keizersnedes ontvingen tweemaal zo vaak klachten als degenen met het hoogste percentage.

Helaas kunnen de auteurs geen

uitspraken doen over het mechanisme achter de gevonden relatie. Leidt extra gebruik van middelen tot minder klachten omdat dit resulteert in een afname van het aantal fouten? Of zijn de uitkomsten van zorg hetzelfde en houdt de extra zorg alleen maar rechtszaken op een afstand? ■

Tjerk Wiersma

Jena AB, et al. Physician spending and subsequent risk of malpractice claims: observational study. *BMJ* 2015;351:h5516.

Beslisregel voor pijn op de borst

Pijn op de borst wordt in de minderheid van de gevallen veroorzaakt door coronair vaatlijden. Voor een huisarts kan de beslissing om wel of niet door te verwijzen lastig zijn. Nieuw onderzoek maakt duidelijk dat een beslisregel de huisarts beter in staat stelt coronair vaatlijden uit te sluiten.

Duitse onderzoekers bekeken de rol van een klinische beslisregel (Marburg Heart Score; MHS) bij het diagnosticeren van coronair vaatlijden. In 56 huisartsenpraktijken moest de huisarts bij patiënten (n = 832) met pijn op de borst de kans op coronair vaatlijden in-

schatten als 'laag', 'gemiddeld' of 'hoog'. Tegelijkertijd werd de MHS ingevuld. Deze bestaat uit vijf componenten, die elk één punt opleveren: 1) geslacht en leeftijd; 2) voorgeschiedenis van harten vaatziekten; 3) patiënt denkt zelf aan pijn door het hart; 4) pijn neemt toe bij inspanning en 5) pijn niet opwekbaar bij palpatie van de borst. Een score van 2 of meer werd als positief beschouwd. Een onafhankelijke commissie bepaalde op basis van klinische gegevens of de patiënt leed aan coronair vaatlijden.

Met alleen de klinische blik van de huisarts was de sensitiviteit 83%. Deze steeg naar 91% met gebruik van de MHS.

Dit onderzoek maakt duidelijk dat een beslisregel de diagnostiek voor patiënten met pijn op de borst kan

verbeteren. Een nadeel is dat er geen coronair angiogram (gouden standaard) werd gebruikt als uitkomstmaat. Ook is de beslisregel nog niet gevalideerd in Nederland. De NHG-Standaarden Acuut coronair syndroom en Stabiele angina pectoris gebruiken de beslisregel op dit moment nog niet. Toekomstig onderzoek moet duidelijk maken of deze veelbelovende beslisregel ook in de Nederlandse huisartsenpraktijk gebruikt kan worden om coronair vaatlijden veilig uit te sluiten. ■

Tobias Bonten

Haasenritter J, et al. Chest pain for coronary heart disease in general practice: clinical judgement and a clinical decision rule. *Br J Gen Pract* 2015;65:e748-53.