

Moet testgebruik wel verbeterd worden?

Joost Zaat

Dokters weten te weinig van het nut van diagnostische tests; te veel gebruik van diagnostische tests is duur en volgens de geldende mantra kunnen patiënten daardoor schade lijden. Dat zijn de theoretische uitgangspunten van allerlei interventieonderzoeken zoals ook van het methodologisch fraaie onderzoek naar diagnostisch toetsoverleg door Verstappen et al. in deze H&W (pagina 127). Toen ik 16 jaar geleden mijn eigen onderzoek over het aanvragen van tests bedacht, had ik de stellige overtuiging dat we veel te veel tests aanvroegen en dat dat niet goed was.¹ Zoals veel onderzoekers wilde ik gedrag veranderen vanuit het morele besef dat alleen rationeel aanvragen door de beugel kan. De kwalificaties 'goed' en 'slecht' of 'rationeel' en 'irrationeel' aanvraaggedrag zijn echter meer morele termen dan op empirie gebaseerde oordelen.

Rationeel aanvragen is de afweging tussen de mogelijke nadelige consequenties van fout-positieve en van fout-negatieve uitslagen. In feite zijn dit surrogaatparameters want over de empirisch bij patiënten vastgestelde, schadelijke effecten van routineaanvragen is wonderlijk weinig bekend. Vreemd genoeg ken ik wel enkele artikelen waaruit blijkt dat zogenaamd overbodig onderzoek voor patiënten heel nuttig was. Zo gingen patiënten met niet-cardiale pijn op de borst sneller aan het werk na een medisch overbodig ECG² en hadden patiënten met buikpijn minder last als ze toch wat extra tests ondergingen.³

Een tweede probleem met een oordeel over goed of fout is het gebrek aan kennis over de effectiviteit van geneeskundig handelen. In het meeste recente nummer van *Clinical Evidence* worden 1851 behandelingen besproken: 250 (15%) waren bewezen effectief, 392 (21%) mogelijk nuttig; bij 139 (7%) hielden voor- en nadelen elkaar in evenwicht en 194 (9%) waren waarschijnlijk niet nuttig of ronduit schadelijk. Van bijna de helft (866 behandelingen) is er geen bewijs van nut of schade. Over het diagnostisch nut van veel tests in de eerste lijn is nog minder bekend. Als er dan eens onderzoek verschijnt, dan blijken aanbevelingen uit NHG-Standaarden niet te voldoen: simpele tests zoals de BSE en CRP zijn bij het vermoeden van een pneumonie van meer waarde dan de in de standaard vermelde auscultatie.⁴ Wat eerst niet mocht, blijkt soms opeens adequaat.

Auteursgegevens

Huisarts en Wetenschap: dr. J.O.M. Zaat, huisarts

Correspondentie: j.zaam@nhg-nl.org

Mogelijke belangenverstremming: JZ promoveerde in 1991 op het aanvraaggedrag van huisartsen, maar bemoeit zich sinds een aantal jaren alleen nog zijdelings met het onderwerp.

Het derde probleem is dat de beslissing tot het aanvragen van tests niet alleen berust op rationele medische overwegingen, maar zich afspeelt in een onderhandelingsrelatie tussen dokter en zijn eigen (beroeps)normen en in de interactie tussen dokter en patiënt. Huisartsen hebben velerlei motieven voor het aanvragen van tests, zoals routine, tijdbesparing, verwachting van patiënten en reductie van onzekerheid. In al die motieven konden Van der Weijden et al. geen duidelijke ordening vinden.⁵ Er is dus meer dan alleen rationeel aanvragen.

Kun je zonder helder overzicht van de effecten van diagnostisch handelen wel iets aan onwetendheid of verschillend gedrag doen? Destijds leerden dokters van mijn interventie – scholing én een beperking van het aantal aanvragen op een probleemgeoriënteerde manier – niet veel: na zes maanden gaven we het oude formulier weer terug en fluks zaten ze weer bijna op het oude aanvraagniveau. Onze veronderstelling was dat aanvraaggedrag vastligt in allerlei ziektescripts en dat je daar moeilijk iets wezenlijks aan kunt veranderen. Misschien is dat wat al te negatief, maar een nogal intensieve manier van feedback en discussie leverde bij Verstappen niet veel meer op. In een ingezonden brief naar aanleiding van de eerdere Engelstalige versie van het artikel van Verstappen et al. schreef Bohnen dat de superioriteit van een multifacetinterventie zeker niet bewezen is.⁷ In onze versie van het artikel is dat standpunt door Verstappen et al. terecht ook afgezwakt. DTO in alle HAGRO's? Dat lijkt me vanwege het geringe effect en de forse inspanning niet zinvol.

We weten nu wel wat een beetje werkt. Het lijkt me interessanter om eerst maar eens na te denken over de uitgangspunten van veel 'verbeteronderzoek'. Waar wordt de patiënt nu echt beter van?

Literatuur

- 1 Zaat JOM, Van Eijk JThM, Bonte HA. Mag het ook een testje minder? De invloed van een beperking van het aanvraagformulier voor laboratoriumonderzoek. *Huisarts Wet* 1991;34:72-7.
- 2 Sox HC, Margullies I, Sox CH. Psychologically mediated effects of diagnostic tests. *Ann Intern Med* 1981;95:680-5.
- 3 Van Berkestijn LGM. Overdaad schaadt, ...maar niet altijd. Effecten van overbodig diagnostisch onderzoek nader bekeken. *Huisarts Wet* 1998;41:336-8.
- 4 Hopstaken RM, Muris JWM, Knottnerus JA, Kester ADM, Rinkens PELM, Dinant GJ. De waarde van anamnese, lichamenlijk onderzoek, BSE en CRP voor de diagnose pneumonie bij acute lage-luchtweginfecties. *Huisarts Wet* 2004;47:9-15.
- 5 Van der Weijden T, Van Bokhoven MA, Dinant GJ, Van Hasselt M, Grol RPTM. Understanding laboratory testing in diagnostic uncertainty: a qualitative study in general practice. *Br J Gen Pract* 2002;52:974-80.
- 6 Bohnen A. Strategies to improve test ordering in primary care. [Letter] *JAMA* 2003;290:2253.