

- 8 Van der Ven M, Van der Ven-Daane I, Bruijnzeels MA, Van der Wouden JC, Van Suijlekom-Smit LWA, Van der Does E. De antimicrobiële behandeling van tonsillitis acuta bij kinderen in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1993;36:134-6.
- 9 Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
- 10 Bruijnzeels MA, Foets M, Van der Wouden JC, Van den Heuvel WJA, Prins A. Everyday symptoms in childhood: occurrence and general practitioner consultation rates. *Br J Gen Pract* 1998;48:880-4.
- 11 Hoogendoorn D. Acute reuma en acute glomerulonefritis; huidige klinische incidentie en de sterfte in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 1989;133:2334-8.
- 12 Foets M, Van der Velden J, De Bakker D. Dutch national survey of general practice. A summary of the survey design. Utrecht: NIVEL, 1992.
- 13 Lamberts H, Wood M, editors. *International classification of primary care*. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- 14 Schellevis FG, Westert GP, De Bakker DH, Groenewegen PP, Van der Zee J, Bensing JM. De tweede Nationale Studie naar ziekten en veranderingen in de huisartspraktijk: aanleiding en methoden. *Huisarts Wet* 2003;46:7-12.
- 15 Centraal Bureau voor de Statistiek. *Standaard Beroepenclassificatie 1992*, editie 2001. Heerlen: CBS, 2001.
- 16 Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Vaccinatie-toestand Nederland per 1 januari 2002*. Den Haag: IGZ, 2003.
- 17 Brodsky L, Moore L, Stanievich J. The role of haemophilus influenzae in the pathogenesis of tonsillar hypertrophy in children. *Laryngoscope* 1988;98:1055-60.
- 18 Macsween KF, Crawford DH. Epstein-Barr virus-recent advances. *Lancet Infect Dis* 2003;3:131-40.
- 19 Renn CN, Straff W, Dorfmueller A, Al-Masaoudi T, Merk HF, Sachs B. Amoxicillin-induced exanthema in young adults with infectious mononucleosis: demonstration of drug-specific lymphocyte reactivity. *Br J Dermatol* 2002;147:1166-70.
- 20 Behrman RE, Kliegman RM. *Nelson Essentials of Pediatrics*. Philadelphia: Saunders, 2002.
- 21 Dagnelie CF. *Sore throat in general practice* [Proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1994.
- 22 Zwart S. *Sore throat, streptococci and penicillin: studies on beta-hemolytic streptococci and penicillin treatment in acute sore throat in general practice* [Proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1999.

Het aanvragen van laboratoriumtests bij patiënten met onbegrepen klachten

Op het kruispunt van evidence-based en practice-based geneeskunde

Trudy van der Weijden

Inleiding

Een patiënt die met onbegrepen of vage klachten op het spreekuur komt, is een dagelijks fenomeen voor de huisarts. De onbegrepen klacht is gedefinieerd in de NHG-Standaard Bloedonderzoek. Een klacht is onbegrepen of vaag als er geen alarmsymptomen zijn, de huisarts geen enkele plausibele medische of psychosociale verklaring kan bedenken en niet kan beslissen over een specifieke diagnose na anamnese, lichamelijk-diagnostisch onderzoek en overweging van de psychosociale context.¹ Volgens de richtlijn kan de huisarts wachten met het aanvragen van bloedonderzoek. De pretestkans op ziekte is immers te laag en de huisarts kan geen gerichte test kiezen om ziekte uit te sluiten vanwege het ontbreken van een waarschijnlijkheidsdiagnose.

In een huisartsgeneeskundig onderzoek werden de determinanten van laboratoriumonderzoek bij patiënten die met onbegrepen klachten bij de huisarts komen, geïnventariseerd.^{2,3} Inzicht in deze determinanten is van belang bij het vaststellen van strategieën voor kwaliteitsbevordering van aanvraaggedrag van huisartsen. Om meer inzicht in het aanvraaggedrag van de huisarts te verkrijgen werd een cross-sectioneel observationeel onderzoek uitgevoerd dat werd gecombineerd met een kwalitatieve inventarisatie van de determinanten van het aanvraaggedrag.

Methoden

Bij een groep van 21 huisartsen, die wat betreft leeftijd, geslacht, mate van verstedelijking en praktijkvorm gevarieerd was opgebouwd, observeerde een huisarts-in-opleiding alle consulten gedurende een of twee spreekuren. Het ging in totaal om 567 consulten, gemiddeld 27 per huisarts (spreiding: 7-65). Tijdens ieder consult registreerde de haio de redenen van komst en het beleid van de huisarts. Onmiddellijk na ieder consult scoorde de huisarts de klacht op vaagheid met behulp van een vijfpuntsschaal, met de NHG-definitie als uitgangspunt. Een klacht werd als onbegrepen gecodeerd als de score op de vijfpuntsschaal groter was dan 3. Door middel van een kort vragenlijstje dat de patiënt in de wachtkamer invulde, werden de wensen en verwachtingen geïnventariseerd die de patiënt vóór het consult van het beleid van de huisarts had. De patiënt kon meerdere items aanvinken waaronder 'geen speciale verwachting', 'geruststelling', 'labonderzoek', 'recept' en 'verwijzing'. De kwantitatieve gegevens werden in een multilevel logistisch-regressiemodel geanalyseerd om de invloed na te gaan van een aantal onafhankelijke variabelen (vaagheid van de klacht, verwachting van de patiënt, aantal redenen van komst) op het aanvraaggedrag van de huisarts.

Na het spreekuur vond een semi-gestructureerd interview plaats

met de huisarts dat op audioband werd opgenomen. Alle patiënt-contacten werden nog eens kort besproken; bij patiënten met onbegrepen klachten werden de motieven van de huisarts om wel of geen laboratoriumonderzoek aan te vragen bediscussieerd. De interviews werden verbatim uitgetypt, en onafhankelijk gecodeerd door twee codeurs. Na ongeveer twaalf tot veertien interviews trad verzadiging op in de kwalitatieve analyse van de interviewteksten.

De *adjusted* OR is een odds-ratio waarbij in een logistische regressieanalyse gecorrigeerd is voor een aantal mogelijke beïnvloedende factoren, zoals in dit onderzoek voor vaagheid van klacht,

Samenvatting

Van der Weijden T. Het aanvragen van laboratoriumtests bij patiënten met onbegrepen klachten. Op het kruispunt van evidence-based en practice-based geneeskunde. Huisarts Wet 2004;47(9):404-7.

Bij patiënten die zich aan de huisarts presenteren met onbegrepen of vage klachten is er diagnostische onzekerheid met een lage pretestkans op ernstige aandoeningen. De NHG-Standaard Bloedonderzoek beveelt een afwachtend beleid aan, in eerste instantie zonder laboratoriumonderzoek. In de praktijk wordt echter ruim twee keer zo vaak laboratoriumonderzoek aangevraagd voor deze groep patiënten vergeleken met de overige patiënten die zich bij de huisarts melden. De wens van de patiënt ten aanzien van laboratoriumonderzoek bleek hierin een krachtige factor. Het aanvragen van laboratoriumonderzoek wordt bepaald door een complex samenspel van medische en niet-medische arts- of patiëntgebonden factoren. Huisartsen die beredeneerd afwijken van de richtlijnen omwille van niet-medische redenen handelen weliswaar niet 'evidence-based', maar er kan sprake zijn van rationele 'practice based' zorg, waarbij relevante strategische en tactische motieven een rol spelen. Dergelijke inzichten in determinanten van aanvraaggedrag zijn belangrijk in de keuze voor strategieën waarmee de kwaliteit van aanvraaggedrag bevorderd kan worden.

dr. T. van der Weijden, hoofd-onderzoeker, Centre for Quality of Care Research (WOK), capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Correspondentie: trudy.vanderweijden@hag.unimaas.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een verkorte bewerking van: Van der Weijden T, Van Bokhoven MA, Dinant G-J, Van Hasselt CM, Grol RPTM. Understanding laboratory testing in diagnostic uncertainty: a qualitative study in general practice (Br J Gen Pract 2002;52:974-80) en Van der Weijden T, Van Velsen M, Dinant GJ, Van Hasselt CM, Grol RPTM. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patient' expectations, and professionals' test-ordering behavior (Med Decis Making 2003;23:226-31).

Wat is ...?

Odds-ratio

De *odds* is de verhouding tussen de kans op het optreden van een gebeurtenis (de gezochte aandoening of de kans op genezing) en de kans op het niet-optreden daarvan. De *odds-ratio* kan dus alleen gebruikt worden bij uitkomstmaten als ziek versus niet-ziek of genezen versus niet-genezen. In een vierveldentabel is deze maat 'makkelijk' te berekenen.

	Uitkomst		Totaal
	Ziek	Niet ziek	
Indexgroep (blootgesteld of mensen met abnormale uitslag test)	A	B	A+B
Referentiegroep (niet-blootgesteld/ normale uitslag test)	C	D	C+D

De odds-ratio is nu AD/BC.

Pretestkans

De kans op het hebben van de ziekte voordat de dokter ook maar een vraag gesteld of test gedaan heeft. Meestal wordt de incidentie of prevalentie van een aandoening in een populatie gebruikt als pretest- of voorafkans.

verwachting van de patiënt en aantal redenen van komst. In dit onderzoek maakten de onderzoekers gebruik van een *multileveltechniek*. De veronderstelling is dat bijvoorbeeld bepalingen in een enkele patiënt met elkaar samenhangen en dat ook patiënten van een enkele huisarts een beetje op elkaar lijken. Door zo'n multileveltechniek kunnen onderzoekers uitspraken doen over de verschillende niveaus: tests, patiënten én huisartsen.

Resultaten

In gemiddeld 13% van de consulten vond de huisarts een klacht onbegrepen. De interdoktervariatie was groot; voor de helft van de huisartsen lag deze tussen de 6 en 22%. De meeste patiënten (82%) vulden de vragenlijst over hun verwachtingen van het consult in. Twee derde van de patiënten gaf minimaal één verwachting aan; 76 (17,1%) patiënten wensten geruststelling, 64 (14,4%) patiënten laboratoriumonderzoek, 156 (35,1%) patiënten een recept, en 55 (12,4%) patiënten een verwijzing. Bij patiënten die met een onbegrepen klacht kwamen, werd ruim tweemaal zo vaak laboratoriumonderzoek aangevraagd als bij de overige patiënten die bij de huisarts kwamen (*adjusted* OR 2,4; 95%-BI 1,1-5,3). Een positieve verwachting van de patiënt van laboratoriumonderzoek had een nog grotere invloed op het aanvraaggedrag (*adjusted* OR 4,1; 95%-BI 2,2-7,6) (*tabel 1*).

Uit de interviews met de huisartsen kwamen vele determinanten

Wat is bekend?

▶ Er zijn aanwijzingen dat de dagelijkse praktijk niet strookt met het voorgeschreven afwachtend beleid ten aanzien van bloedonderzoek bij patiënten die zich melden met onbegrepen klachten. Empirische gegevens ontbreken echter.

Wat is nieuw?

- ▶ In gemiddeld 1 op de 8 consulten ervaart de huisarts een klacht als onbegrepen. Er is daarbij grote interdoktervariatie.
- ▶ Bijna 15% van de patiënten heeft vóór het consult een positieve verwachting van laboratoriumonderzoek.
- ▶ De kans dat de huisarts daadwerkelijk tot laboratoriumonderzoek overgaat, is viermaal zo groot bij patiënten die laboratoriumonderzoek verwachten, ongeacht de aard van de klachten.

van aanvraaggedrag naar voren. Volgens de huisartsen spelen zowel medische als niet-medische motieven een rol. Het besluit om laboratoriumonderzoek aan te vragen bij een patiënt die met een onbegrepen klacht komt, is vaak de resultante van meerdere, meestal conflictueuze, overwegingen. In *tabel 2* worden de determinanten van het aanvraaggedrag van de huisarts opgesomd. Ze

Tabel 1 Invloed van aard van de klacht, verwachting van de patiënt van het consult, en aantal contactredenen op de kans dat laboratoriumonderzoek wordt aangevraagd

Onafhankelijke variabelen	Bèta	SE	Adjusted OR	95%-BI
Intercept	-2,65	0,47		
Onbegrepen	0,89	0,40	2,42	1,11-5,30
Patiënt verwacht test	1,42	0,31	4,13	2,24-7,64
Aantal redenen van komst	0,33	0,28	1,39	0,81-2,41

Afhankelijke variabele: 0= geen tests aangevraagd; 1 = test(s) aangevraagd.
Onafhankelijke variabelen: aard van de klacht (0= begrepen, 1= onbegrepen); patiëntverwachting ten aanzien van labtests (0= niet, 1= wel); aantal redenen van komst (1, >1).

kunnen worden onderscheiden in wel of niet aan de huisarts gerelateerde determinanten. Externe determinanten zoals de praktijkomgeving en maatschappelijke invloeden spelen een rol. De huisartsgerelateerde determinanten zijn cognities en opinies (attitudes), de interactie tussen de huisarts en anderen waarbij sociale normen binnen de beroepsgroep of sociale druk door patiënten invloed hebben (sociale invloed), en tot slot de mate waarin de huisarts zichzelf capabel acht om te handelen volgens de richtlijnen (*self-efficacy*). Hoewel geen hiërarchie in de determinanten kon worden vastgesteld, zijn belangrijke determinanten: persoonlijke routines, de wens van de patiënt, tolerantie ten aanzien van diagnostische onzekerheid, tijdsdruk en tactische motieven voor testaanvragen. Een voorbeeld van dit laatste is het inzetten van een simpele bloedtest als een soort wisselgeld om daarmee een verzoek om een volkomen onnodige en dure scan 'af te kopen'. Of om bij een chronisch klagende patiënt door middel van het aanvragen van een reeks tests een licht afwijkende, fout-positieve testuitslag te verkrijgen die wordt ingezet als een somatisch excuus, een organisch substraat, om de patiënt te helpen de klacht te accepteren.

Beschouwing

Er bestaat geen gevalideerd meetinstrument om onbegrepen klachten te meten en harde conclusies zijn er dus niet uit dit onderzoek te trekken. Met deze nuancering kan gezegd worden dat de patiënt met een onbegrepen klacht een relevante categorie is die gemiddeld in één op de acht consulten voorkomt. Hoewel de NHG-Standaard Bloedonderzoek een afwachtend beleid aanbeveelt voor laboratoriumonderzoek bij onbegrepen klachten, vragen huisartsen ruim twee keer vaker laboratoriumonderzoek aan bij deze groep patiënten dan bij patiënten zonder een onbegrepen klacht.

Tabel 2 Determinanten van aanvraaggedrag bij patiënten die een onbegrepen klacht presenteren

Praktijkorganisatie

- + tijdsdruk, tijdgebrek
- + beschikbaarheid van desktop testfaciliteiten in de praktijk

Attitudes huisarts

Cognities:

- + oudere patiënt
- + alarmerende somatische symptomen
- beducht voor medicalisering of problemen met verzekeraar (hogere premie door kleine testafwijking)

Misconcepties:

- + overschatting van diagnostische waarde van tests
- + unieke ervaring van afwijkende test

Onzekerheid:

- + moeite met hanteren van onzekerheid
- + lage tolerantie voor fouten, recente medische blunder

Wens om de patiënt tevreden te stellen:

- + gevoel met lege handen te staan
- determinant die het aanvragen van tests positief bekrachtigt
- determinant die het aanvragen van tests afremt

Maatschappelijke invloeden

- + niet duur, dus waarom niet?
- + tendens naar claimcultuur, defensieve geneeskunde
- + lage drempel om huisarts te consulteren

Sociale invloeden op huisarts

Van de patiënt:

- + assertieve patiënt die om test vraagt
- + huisarts veronderstelt dat patiënt een test wil
- + bezorgde patiënt, de patiënt heeft geruststelling nodig
- + zorg om de langdurige relatie met de patiënt
- + realistische patiënt die niet snel klaagt
- + magische actie, patiënt ziet labtest als een kristallen bol

Van de professie:

- + invloed van de specialist, die bijvoorbeeld snel aanvraagt
- inzicht in het eigen aanvraaggedrag door feedback

Self-efficacy van huisarts

Perceptie van vaardigheden:

- goede vaardigheden in anamnese
- goede vaardigheden in lichamelijk-diagnostisch onderzoek
- goede vaardigheden in onderhandeling met de patiënt
- + angst voor valkuil bij flegmatische en somatiserende patiënten
- goed in staat om zichzelf gerust te stellen

Overige factoren:

- + routinematig labtests aanvragen
- + slechte conditie huisarts; bijvoorbeeld na nachtdienst
- + tactische motieven voor tests

Abstract

Van der Weijden T. Ordering laboratory tests for patients with unexplained complaints. At the crossroads of evidence-based and practice-based health care. *Huisarts Wet* 2004;47(9):404-7.

Background A guideline issued by the Dutch College of General Practitioners (DCGP) advocates a watchful waiting attitude with respect to ordering laboratory tests in cases of unexplained complaints. Better knowledge of the professional's motives for ordering laboratory tests in cases of diagnostic uncertainty may steer interventions directed at reducing unnecessary testing.

Aim To gain insight into the GPs' motives for ordering laboratory tests, and into the GPs' actual test ordering behaviour for patients presenting with unexplained complaints.

Methods Observational study on 567 doctor-patient consultations performed by 21 GPs. All consecutive consultations in one or two surgery sessions were personally observed by a GP-trainee. She asked the GP after each consultation to score the complaint on a 5-point scale (1= totally explained, 5= totally unexplained). The patients' expectations were investigated in a pre-consultation questionnaire. The GPs' perceptions of determinants of test-ordering behaviour in the situation of diagnostic uncertainty were investigated in semi-structured interviews

directly after the observation of the consultations.

Results An average of 13% of the consultations involved complaints interpreted as unexplained by the GPs (interquartile range 6% – 2% – 22%). Unexplained complaints were positively related to test ordering behaviour (adjusted OR 2.4; 95% CI 1.1-5.3), despite the guideline recommending a watchful waiting attitude. Patient expectations about testing had an even greater influence on tests actually being ordered (adjusted OR 4.1; 95% CI 2.2-7.6). Dutch GPs vary considerably in their motives for test ordering behaviour. Numerous motives emerged from the data. Some examples of important themes: personal routines, patient preferences, tolerance of diagnostic uncertainty, time pressure, and tactical motives for test ordering. Complying with perceived needs of the patient for reassurance through testing is seen as an easy, cost-effective and time-effective strategy.

Conclusion Unexplained complaints are a daily phenomenon in general practice. The decision to request laboratory testing is the result of a complex interaction of considerations that are often conflicting. Those formulating interventions designed to improve test ordering should be aware of the numerous determinants and should also take contextual variables into account. Both Bayesian rules and non-medical GP-related and patient-related determinants of test ordering should be respected.

Is hier nu sprake van overbodig en onnodig medisch handelen? Nee, niet zonder meer. Huisartsen gebruiken laboratoriumonderzoek voor vele, verschillende doelen in het consult, waarbij de niet-medische motieven net zo rationeel en legitiem kunnen zijn in de context van een individuele casus als de Bayesiaanse beslis-kundige motieven. De verwachting van de patiënt van laboratoriu-monderzoek blijkt een krachtige factor in dit samenspel. De complexiteit wordt nog verhoogd door de dagelijkse context van het spreekuur en externe factoren zoals de praktijkorganisatie of maatschappelijke ontwikkelingen. Hoe de determinanten zich onderling verhouden, is waarschijnlijk voor iedere huisarts of ieder uniek consult weer anders.

Dankbetuiging

Met dank aan de deelnemende huisartsen voor hun gastvrijheid, tijd en meningen en aan de Universiteit Maastricht voor de financiering van dit onderzoek.

Literatuur

- 1 Dinant GJ, Van Wijk MAM, Janssens HJEM, Somford RG, De Jager CJ, Beusmans GHMI, et al. NHG-Standaard Bloedonderzoek. Algemene principes en uitvoering in eigen beheer. *Huisarts Wet* 1994;37:202-11.
- 2 Van der Weijden T, Bokhoven ML, Dinant GJ, Van Hasselt CM, Grol RPTM. Understanding laboratory testing in diagnostic uncertainty. A qualitative study in general practice. *Br J Gen Pract* 2002;52:974-80.
- 3 Van der Weijden T, Van Velsen M, Dinant GJ, Van Hasselt C, Grol R. Unexplained complaints in general practice. Prevalence, patients' expectations, and professionals' test ordering behavior. *Med Decis Making* 2003;23:226-31.

Intermezzo

Onbegrepen klachten en onzekerheid kun je te lijf met tests of pathologisch onderzoek (zie pagina 408) maar ook met kijken en nauwkeurig registreren. William Pickles beschrijft in *Epidemiology in a country practice* de eerste epidemie van *epidemic myalgia*, waarvan we nu weten dat het een coxsackievirusinfectie is.

Hij wordt in juli 1933 geroepen bij een jongetje dat opeens zeer benauwd is en heftige pijn in de borst heeft. Zijn collega denkt dat het een 'painful spasm of the diaphragm' is. Hij stelt de diagnose acute pneumonie en Pickles gaat de volgende dag weer kijken. 'The little rascal, standing on the window-sill and thumping on the pane, greeted me smilingly....' Pickles vertelt moeder dat hij geen idee heeft wat er aan de hand is, maar dat het zeker geen pneumonie is. De volgende dag is het weer mis. Het jongetje hoest ook een

beetje. Een paar dagen later – de jongen is al beter – krijgen zijn broertjes en de buurmeisjes dezelfde klachten. Dat kan niet anders zijn dan een infectie. Nog twee vragen te beantwoorden: waar komt het vandaan en wat is het? In het kleine geïsoleerde dorp wordt, zo lijkt het al het in- en uitgaande verkeer vastgelegd. De bron lijkt een bezoekend kind uit York dat een paar dagen eerder op bezoek was en niet lekker was. Pickles correspondeert al met de Deense huisarts Sylvest, die hem een beschrijving van dezelfde symptomen bij patiënten op Bornholm doet toekomen. Sindsdien heet de aandoening de ziekte van Bornholm. Een Deense naam voor een aandoening die op een ander eiland, Malta, eerder voorkwam en was vastgelegd, zoals Pickles zelf grootmoedig schrijft.

Joost Zaat