

Defensief handelen door huisartsen

Een les voor tandartsen?

H. Lamberts, arts

Samenvatting. Een hulpverlener handelt defensief als hij anders handelt dan hij gewoon is en professioneel de voorkeur verdient, uit vrees voor verwijten of klachten van de kant van de patiënt of diens familie.

Huisartsen handelen regelmatig defensief. Ongeveer 15% van de verwijzingen naar een specialist en ongeveer 25% van al het aanvullend onderzoek kent defensieve overwegingen. Zowel bij verwijzen als bij aanvragen van aanvullend onderzoek spelen voor de huisarts uiteenlopende – vooral niet strikt klinische – overwegingen een rol; inzicht daarin werpt meer licht op defensief handelen.

Geconcludeerd wordt dat er geen reden is om aan te nemen dat Nederlandse tandartsen niet ook defensief handelen respectievelijk uiteenlopende – niet strikt klinische – overwegingen hebben om bepaalde handelingen – inclusief verwijzingen – te verrichten.

LAMBERTS H. Defensief handelen door huisartsen. Een les voor tandartsen? Ned Tijdschr Tandheelkd 1996; 103: 494-7.

Uit de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam.

Trefwoorden:
Praktijkvoering – Verwijzing

Datum van acceptatie: 9 augustus 1996.

Adres: H. Lamberts, AMC, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.

1 Inleiding

Huisartsen en tandartsen hebben nogal wat met elkaar gemeen. Beiden hebben een praktijk met mensen die zich in beginsel op ieder moment met alle problemen op hun terrein tot hen kunnen wenden, waarbij zij geacht worden de meeste problemen zelf op te lossen.¹ In tabel I wordt aangegeven wat een Nederlandse huisarts gemiddeld in een jaar voor een bij hem ingeschreven patiënt doet. Dat is uiteraard heel anders dan wat de Nederlandse tandarts voor zijn patiënt doet. Beiden hebben echter een generalistische benadering en dat kleurt hun relatie met hun patiënten en met de specialisten waar zij zonedig naar verwijzen. Daarbij staan twee uitgangspunten voorop:

1. Hun handelen is gebaseerd op rationele huisartsgeneeskundige, respectievelijk tandheelkundige overwegingen en de kwaliteit ervan wordt ook aan de hand daarvan normatief getoetst.
2. Verwijzing naar een specialist en het verrichten van aanvullend onderzoek vinden alleen plaats omdat de noodzakelijke diagnostiek of therapie hun mogelijkheden te boven gaat.^{2,3}

Beide worden in een op kwaliteit gericht beleid, zoals dat zich ook in ons land toenemend ontwikkelt, ondersteund door protocollen, richtlijnen en standaarden voor optimaal handelen.⁴ Afwijken daarvan wordt niet op voorhand geaccepteerd omdat het nut van de richtlijn nu juist moet blijken uit een zoveel mogelijk opvolgen ervan door de beroepsgenoten. In de praktijk werkt het echter niet zo en dat is ook maar goed ook. Huisartsen – en ook tandartsen – hebben allerlei legitime overwegingen om van een norm af te wijken. Het meest uitgesproken en ook omstreden daaronder is defensief handelen.^{5,6,7} Een hulpverlener handelt defensief als hij anders handelt dan hij gewoon is en professioneel de voorkeur verdient, uit vrees voor verwijten of klachten van de kant van de patiënt of diens familie. Positief defensief handelen impliceert daarbij het uitvoeren van niet noodzakelijke handelingen, terwijl bij negatief defensief handelen een wenselijke behandeling achterwege blijft.

Eind jaren zeventig is ook in ons land vastgesteld dat huisartsen defensief handelen, vooral met betrekking tot het aanvragen van röntgen- en bloedonderzoek en het verwijzen naar specialisten.⁵ In een grote morbiditeitsregistratie gaven huisartsen aan dat zij in rond 2% van de consulten en visites defensief handelden, maar het effect daarvan op de bovengenoemde verrichtingen was vele malen groter: rond 10% van

het aanvullend onderzoek en de verwijzingen was defensief.⁸ Als vervolg hierop volgden drie dissertaties uit de huisartspraktijk waarbij, naast defensief handelen, ook de manier waarop huisartsen rekening houden met de wens van de patiënt en met uiteenlopende overwegingen om bepaalde diagnostische en therapeutische interventies te doen of juist achterwege te laten, werd onderzocht.^{2,3,9}

2 Het verwijsonderzoek

In het Transitieproject, elders in deze aflevering beschreven door Hofmans-Okkes en Eijkman, verwezen huisartsen in 8% van alle zorgepisoden de patiënt naar een specialist (tab. I): jaarlijks bijna 20% van alle ingeschreven patiënten.¹ Het meest werd verwezen naar de internist, de chirurg, de oogarts, de dermatoloog, de gynaecoloog en de KNO-arts. Bij het verwijzen naar de internist speelden uiteenlopende vragen een rol (tab. II).² Verschillende grote probleemcategorieën bleken van belang: was de patiënt bezorgd of was vooral de huisarts bezorgd; ging het om een vage klacht of ging het om een complex probleem of een chronische ziekte. Uit tabel II blijkt dat de verschillende categorieën tot een verschillende verdeling van vragen aan de internist leidden. Gemiddeld 15% van de verwijzingen naar de internist was defensief maar dat gold vooral voor de bezorgde patiënt en vage klachten. Defensief handelen trad niet of nauwelijks op bij chronische of complexe problematiek, of wanneer de huisarts vanwege zijn eigen bezorgdheid op verwijzing aandrong.

Vervolgens werd de vraag beantwoord of huisartsen en internisten aan de hand van een volledig uitgeschreven verwij-

Tabel I. Gemiddelden per in de huisartspraktijk ingeschreven patiënt per jaar.¹

| 2,7 episodien (2,9 contacten) →→ per patiënt per jaar waarvan: | met 7,0 interventies per patiënt per jaar waarvan: |
|---|--|
| 78% Nieuw | 2,7 Lichamelijk onderzoek |
| 15% Diagnose onzeker | 0,5 Laboratorium/röntgenfoto |
| 8% Verwezen naar specialist | 1,3 Advies, voorlichting, gesprek |
| 4% Verwezen naar eerstelijns (fysiotherapie, maatsch. werk, wijkverpleging) | 1,7 Recept |
| 1% Overige verwijzingen (Riagg, CAD, abortuskliniek) | 0,24 Technische ingreep |

Tabel II. De vraag aan de internist (percentages per verwijzingsgroep) en de mate van defensief handelen door de huisarts.²

| | Chronische aandoeningen (n=99) | Patiënt bezorgd (n=73) | Vage klachten (n=39) | Huisarts bezorgd (n=72) | Complexe aandoeningen (n=48) | Afwijkende bevindingen (n=23) |
|----------------------|--------------------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Diagnostiek | 83 | 78 | 90 | 100 | 92 | 100 |
| Advies therapie | 88 | 22 | 26 | 47 | 63 | 35 |
| Instellen therapie | 66 | 3 | 3 | 30 | 35 | 17 |
| Overname therapie | 28 | 1 | 0 | 7 | 24 | 9 |
| Overname begeleiding | 16 | 1 | 0 | 1 | 15 | 4 |
| Tussentijds contact | 26 | 25 | 23 | 29 | 43 | 44 |
| Snel terugverwijzen | 28 | 71 | 44 | 16 | 21 | 26 |
| Defensief | 6 | 26 | 21 | 7 | 0 | 0 |

zing, 'onjuiste' en 'ontbrekende' diagnostiek en therapie van de huisarts respectievelijk van de internist konden aangeven (tab. III). Huisartsen waren kritischer over hun collegae dan internisten. Vaak ontbrak volgens de beoordelaars diagnostiek of therapie. De getallen tussen haakjes geven de mate van overeenstemming over het kritisch oordeel weer en dan blijkt er slechts in één geval (ontbrekende diagnostiek door de huisarts volgens de huisartsen) rond 50% overeenstemming tussen de beoordelaars te bestaan. In alle andere gevallen was er geen of weinig overeenstemming tussen de beoordelaars over wat welke arts nu precies verkeerd deed. Kortheidshalve wordt hier voor nadere precisering naar de oorspronkelijke publicatie verwezen. Wel is overduidelijk dat kwaliteitsbeoordeling niet eenvoudig is. Dat gold ook voor het nut van de verwijzing. Patiënt, huisarts en internist vonden rond een derde van de verwijzingen achteraf niet nuttig. Verwijzingen die achteraf wel nuttig werden gevonden, mochten zowel bij de huisartsen (49%) als bij de internisten (71%) op een redelijke tot goede overeenstemming rekenen (tab. IV).

Samenvattend bleken tal van klinische overwegingen van belang bij het verwijzen naar de internist en gespeelde defensief handelen daarbij een belangrijke rol. Het was kennelijk gemakkelijk kritiek te hebben op het handelen van collegae, maar het gebrek aan consistentie beloofde op voorhand weinig goeds voor het opstellen en volgen van standaarden voor goed handelen. Voor tandartsen is dit van belang: ook bij hen zullen uiteenlopende overwegingen bij verwijzen een rol spelen en het is goed mogelijk dat ook bij hen daarop veel kritiek bestaat. Het is de vraag of de onderlinge overeenstemming daarover groter zal zijn dan bij de huisartsen.

3 Aanvullend onderzoek

In een onderzoek naar de diagnostiek en het beloop van sinusitis maxillaris in de huisartspraktijk bleken defensieve overwegingen bij een kwart van alle beeldvormend onderzoek bij deze aandoening een rol te spelen.⁹ In een ander onderzoek

bleek dat aan ruim een kwart van alle aanvullend onderzoek mede een defensieve overweging ten grondslag lag (tab. V).³ Dat gold vooral voor bloedonderzoek en beeldvormend onderzoek en minder voor het maken van een PAP smear. Uit tabel VI blijkt dat de verschillende redenen voor een onderzoek in wisselende mate met defensief handelen samenhangen. Het aantonen van een ziekte en het controleren van het beloop waren zelden defensief. Het uitsluiten van een ziekte, onderzoek op verzoek van de patiënt of om de patiënt gerust te stellen, was in ruim de helft van de gevallen defensief. Onderzoek om de huisarts gerust te stellen had daar ook regelmatig mee van doen.

Aanvullend onderzoek leidde gemiddeld vaker tot een normale (binnen de referentiewaarde) dan tot een afwijkende uitslag (tab. VII). Vooral wanneer het motief was een ziekte uit te sluiten of de patiënt gerust te stellen, kwamen afwijkende uitslagen relatief zelden voor. Er was een duidelijke samenhang tussen defensief handelen en het vinden van sterk afwijkende uitslagen: deze waren zeer zelden aan defensief handelen gekoppeld, wat minder gold voor licht afwijkende uitslagen, die lang niet altijd gevolgen voor de behandeling hadden.

Samenvattend bleek zowel beeldvormend onderzoek als bloedonderzoek in de huisartspraktijk regelmatig defensief te zijn. Het belangrijke onderscheid tussen de wens een ziekte

Tabel III. Oordeel van huisartsen en internisten over het handelen van huisartsen en internisten. (Procenten van het aantal beoordelingen per categorie, tussen haakjes het percentage beoordelingen die betrekking hebben op verwijzingen met overeenstemming ten aanzien van het betreffende oordeel.)²

| | Huisarts HA | | Internist Int HA | | Int | |
|------------------------|----------------|---------|---------------------|---------|-----|--|
| Diagnostiek onjuist | 7 (0) | 9 (0) | 17 (12) | 26 (17) | | |
| Diagnostiek ontbrekend | 62 (51) | 35 (23) | 13 (3) | 24 (10) | | |
| Therapie onjuist | 14 (8) | 14 (9) | 7 (29) | 4 (0) | | |
| Therapie ontbrekend | 27 (30) | 17 (18) | 5 (0) | 9 (7) | | |

Tabel IV. Vindt u achteraf de verwijzing van de huisarts nuttig? In procenten van het aantal beoordelingen per categorie (n=1074). Tussen haakjes het percentage van de beoordelingen, die betrekking hebben op verwijzingen met overeenstemming t.a.v. het betreffende antwoord.²

| 'Ja' | Patiëntencategorie | | | Bezorgde huisarts | Complex probleem | Totaal | |
|-----------|--------------------|---------------------|------------------|----------------------|---------------------|---------|---------|
| | Chronisch | Bezorgde patiënt | Vaag probleem | | | 'Ja' | 'Nee' |
| Huisarts | 70 | 34 | 36 | 49 | 50 | 54 (49) | 46 (30) |
| Internist | 87 | 52 | 71 | 83 | 67 | 77 (71) | 23 (27) |

Tabel V. Mate van defensief handelen bij verschillende vormen van aanvullend onderzoek.¹

| | Enigszins | Uitgesproken |
|------------------------|-----------|--------------|
| Alle aanvragen | 18 | 9 |
| Bloedonderzoek | 20 | 10 |
| Beeldvormend onderzoek | 25 | 10 |
| Cervixcytologie | 11 | 4 |

aan te tonen dan wel te verwerpen en het verlangen om de patiënt gerust te stellen, was een verfijning van de klinische overwegingen die men in standaarden niet aantrof. Het ligt niet voor de hand dat dit voor tandartsen anders zal zijn.

4 Discussie

Defensief handelen in de huisartspraktijk is belangrijk, maar het is zeker niet de enige 'niet strikt klinische' overweging bij het verwijzen naar specialisten en bij het aanvragen van aanvullend onderzoek. Geruststellen speelt daarbij een belangrijke rol. De patiënt zal zich meestal niet realiseren dat de huisarts defensief handelt en ook de specialist weet dat als regel niet. Elementen die aan defensief handelen kunnen bijdragen zijn te onderscheiden in twee groepen factoren: relationele en niet-relationele.⁶ Relationele factoren hebben betrekking op bestaande conflictueuze situaties, op het door de huisarts ervaren van gebrek aan vertrouwen of zijn wens gewaardeerd te worden. Niet-relationele factoren bestaan wanneer de diagnose onzeker is, wanneer de huisarts de patiënt niet goed kent, wanneer er tijdsdruk is of er taalproblemen zijn.

Huisartsen en tandartsen hebben met elkaar gemeen dat zij voor een grote groep mensen de primaire ingang tot zorg vormen. Zij lossen de meeste problemen zelf op, vaak op basis van rationele professionele overwegingen. Daarnaast moet er van worden uitgegaan dat de relatie tussen arts en patiënt een belangrijke rol speelt in de besluitvorming: huisartsen houden in ieder geval veel rekening met de wensen van de patiënt en zij anticiperen in de vorm van defensief handelen op verlangens van de patiënt waarvan zij niet zeker weten of de patiënt deze ook werkelijk ervaart.¹⁰

Literatuur

1 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 2e druk 1994.

Summary

DEFENSIVE BEHAVIOUR IN MEDICAL CARE. A LESSON FOR THE DENTIST?

Key words: Defensive behaviour – Dentistry

Defensive behaviour in medical care is defined as a clear deviation from the physicians (dentists) usual behaviour and from what he/she considers to be good practice in order to prevent problems in the contact with patients and their families.

General practitioners behave defensively in substantial proportion of their referrals to a specialist (15%) and of their ordering diagnostic tests (25%). In both instances varying (clinical and non-clinical) reasons can prompt the physician to refer or to test. Defensive considerations can play an equally varying role within all these reasons, which shed more light on the nature of the daily work in primary care. It is concluded that no reason exists to presume that Dutch dentists are more free either from non-clinical considerations and from defensive behaviour when they treat their patients than general practitioners.

Tabel VI. Mate van defensief handelen bij verschillende overwegingen voor aanvullend onderzoek.¹

| | Enigszins | Uitgesproken |
|-----------------------|-----------|--------------|
| Aantonen ziekte | 9 | 2 |
| Uitsluiten ziekte | 30 | 10 |
| Controleren beloop | 7 | 1 |
| Verzoek patiënt/derde | 32 | 28 |
| Geruststellen patiënt | 35 | 33 |
| Geruststellen arts | 27 | 7 |

Tabel VII. Percentage onderzoeken met een normale uitslag voor verschillende redenen om het onderzoek te doen.¹

| Totaal | 70 |
|----------------|----|
| Aantonen | 63 |
| Uitsluiten | 81 |
| Controle | 48 |
| Geruststelling | 84 |

Tabel VIII. Samenhang tussen de uitslag en de mate van defensief handelen.¹

| Uitslag | Mate van defensief handelen | | |
|------------------|-----------------------------|-----------|--------------|
| | Geen | Enigszins | Uitgesproken |
| Referentiewaarde | 62 | 81 | 85 |
| Licht afwijkend | 24 | 15 | 13 |
| Sterk afwijkend | 14 | 4 | 2 |

- Grundmeijer H, Weert van H. Patiënt, huisarts en internist. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992. Academisch proefschrift.
- Boven C van, Dijksterhuis PH. De schatbare waarde van aanvullend onderzoek in de huisartspraktijk. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993. Academisch proefschrift.
- Rutten GEHM, Thomas S, eds. NHG-Standaarden voor de huisarts. Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1993.
- Lamberts H, Janssens PMH. Defensief handelen door huisartsen. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 598-602.
- Veldhuis M. Defensive behavior of Dutch family physicians. Widening the concept. Fam Med 1994; 26: 27-9.
- Hershey N. The defensive practice of medicine: myth or reality. Milbank Memorial Fund Q 1972; 50: 69-98.
- Lamberts H. Morbidity in general practice. Diagnosis related information from the monitoring project. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- Duijn NP van. Sinusitis maxillaris. Symptomen, beloop en diagnostiek. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1991. Academisch proefschrift.
- Hofmans-Okkes I. Op het spreekuur. Oordelen van patiënten over huisartsconsulten. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1991. Academisch proefschrift.