

het merendeel zelfs al langer dan 5 jaar. In slechts 10 gevallen betrof het incidentele sportbeoefening.

Het onderzoek kwam tot stand met medewerking van de Nederlandse Hartstichting.

SUMMARY

Risk of death during athletic activities. – A study was made of deaths during or in direct connection with athletic activities. In the course of a three-year period, a total of 188 victims were reported, about whom personal and medical data and data concerning athletic activities were obtained from the family doctors and relatives. The risks of engaging in sports is very small. On the average one out of 20.000 middle-aged males engaging in sports dies while doing so, which amounts to one per 4 million hours of athletic activities. The risk is greatest for middle-aged men, very small for young people and practically nil for women. It is interesting to note that many victims (over 50%) were known to suffer from cardiovascular disorders or anomalies. Most of the victims had been engaging in their sports for at least one hour a week longer than five years. Death during incidental athletic activities was extremely rare.

LITERATUUR

¹ Morris JN, Everitt G, Pollard R, Chave SPW. Vigorous exercise in leisuretime: protection against coronary heart disease. *Lancet* 1980; ii: 1207-10.

- ² Paffenbarger Jr RS, Wing AL, Hyde RT. Physical activity as an index of heart attack risk in college alumni. *Am J Epidemiol* 1978; 108: 161-75.
- ³ Karvonen MJ. Sports and longevity. *Adv Cardiol* 1976; 18: 243-8.
- ⁴ Montoye HJ, Metzner HL, Keller JB, Johnson BC, Epstein FH. Habitual physical activity and bloodpressure. *Med Sci Sports Exerc* 1972; 4: 175-81.
- ⁵ Bassler TJ. Marathon running and immunity to atherosclerosis. *Ann NY Acad Sci* 1977; 301: 579-92.
- ⁶ Dufaux B von, Liesen H, Rost R, Heck H, Hollman W. Über den Einfluss eines Ausdauertrainings auf die Serum Lipo-proteinen unter besonderer Berücksichtigung der Alpha-Lipo-proteine (HDL) bei jungen und älteren Personen. *Dtsch Sportmedizin* 1979; 30: 123-6.
- ⁷ Pool J. Risico's van het trimmen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1979; 123: 1685-7.
- ⁸ AVO-onderzoek. Sociaal en cultureel rapport. Rijswijk: Sociaal Cultureel Planbureau, 1980.
- ⁹ Knulst WP. Een week tijd. Rapport van een onderzoek naar de tijdsbesteding van de Nederlandse bevolking in oktober 1975. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1977: cahier 10.
- ¹⁰ Knulst WP, Schoonderwoerd LPH. Een week tijd, 1975-1980. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1983.
- ¹¹ Centraal Bureau voor de Statistiek. *Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland*. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1980.
- ¹² Dolmans AJ. *Plotse dood bij sport*. Rotterdam, 1983. Proefschrift.
- ¹³ Vuori I. Physiological and medical aspects of strenuous mass sport events. *Ann Clin Res* 1982; 14 (suppl 34): 130-8.
- ¹⁴ Koskenvuo K, Karvonen MJ, Rissanen V. Death from ischemic heart disease in young Finns aged from 15-24 years. *Am J Cardiol* 1978; 42: 114-8.
- ¹⁵ Thompson PD, Stern MP, Williams P, et al. Death during jogging or running, a study of 18 cases. *JAMA* 1979; 242: 1265-7.
- ¹⁶ Mead WF, Pyfer HR, Thrombold JC, et al. Successful resuscitation of two near simultaneous cases of cardiac arrest with a review of fifteen cases occurring during supervised exercise. *Circulation* 1976; 53: 187-9.
- ¹⁷ Haskell W. Cardiovascular complications during exercise training of cardiac patients. *Circulation* 1978; 57: 920-4.

September 1983

Defensief handelen door huisartsen

DR. H. LAMBERTS, HUISARTS, EN P.M.H. JANSSENS, DESTIJD'S HUISARTS-ASSISTENT

Hershey en Ritchey geven vanuit de Amerikaanse optiek een veelomvattende en duidelijke omschrijving van het begrip „defensieve geneeskunde”.^{1,2} In beginsel gaat het om slecht geneeskundig handelen, afwijkend van wat de arts zelf als goed beschouwt en wat over het algemeen ook zo beoordeeld wordt. Het komt tot stand door de dreiging aangeklaagd te worden en verantwoording te moeten afleggen. Daarbij kunnen er twee vormen van defensief handelen zijn:

a. *Positief defensief handelen*: het uitvoeren van extra geneeskundige handelingen die in beginsel niet noodzakelijk zijn.

b. *Negatief defensief handelen*: het achterwege laten van een bepaald onderzoek of een bepaalde behandeling, die een eventueel risico voor de patiënt of voor de arts inhoudt.

Het is duidelijk dat positief defensief handelen kostenverhogend werkt, dit geldt vooral overbodig röntgenonderzoek.^{3,4} Omdat er echter ook ingrepen en onderzoek achterwege kunnen blijven, is onduidelijk in hoeverre defensief handelen per saldo van

SAMENVATTING

Gedurende twee jaar vonden in 12 huisartsenpraktijken ten behoeve van 21.192 patiënten 122.739 contacten plaats waarbij 190.827 gezondheidsproblemen zijn geassocieerd. Van alle problemen is 2,06% defensief behandeld. Bij de behandeling door de huisartsen is vooral sprake van negatief defensief handelen – afzien van de verschillende behandelingsmogelijkheden. Positief defensief handelen komt tot uiting in het doen van veel onderzoek en in het verwijzen van de patiënt naar een specialist. Vooral bloed- en röntgenonderzoek vormt vaak een onderdeel van defensief handelen. De aard van het defensief handelen bij een aantal veel in de huisartsenpraktijk voorkomende ziekten wordt aangegeven. Defensief handelen gaat vaak samen met onzekerheid over de diagnose. Relatief vaak gaat het om het eerste contact voor een probleem. Patiënten die niet tot de vaste praktijk behoren en particulier verzekerden hebben een grotere kans defensief behandeld te worden.

Geconcludeerd wordt dat defensief handelen belangrijk is bij intercollegiale toetsing en bij de ontwikkeling van protocollen.

Gezondheidscentrum Ommoord, Briandplaats 15, 3068 JJ Rotterdam.

invloed is op de kosten van de gezondheidszorg. Evenmin is bekend of de doeltreffendheid van het geneeskundig handelen er werkelijk door beïnvloed wordt, zomin als wij weten of de desbetreffende patiënten ontevreden zijn over de behandeling.⁵ Tenslotte blijkt dat artsen minder goed in staat zijn om te voorspellen welke patiënten hen wellicht zullen aanspreken, dan zij op voorhand menen.^{2,6,7} Het is dus mogelijk dat defensief gehandeld wordt bij mensen die helemaal niet zo geneigd zijn om de arts ter verantwoording te roepen. Men is het er wel over eens dat de meeste risico's bestaan wanneer de arts met een hem onbekende patiënt heeft te maken.

Eigen onderzoek

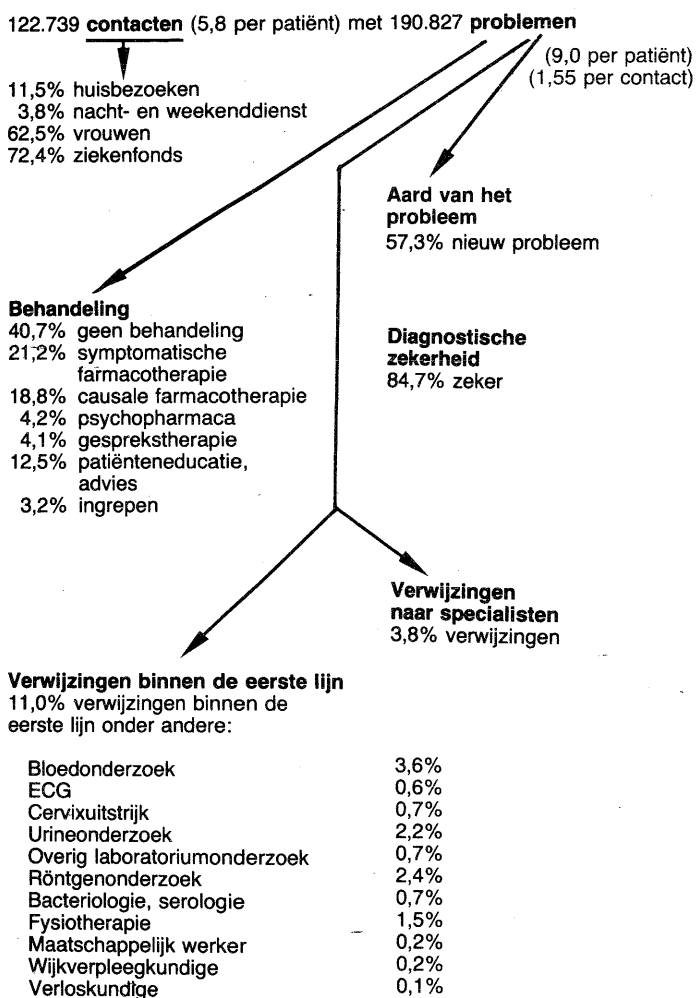
De bewerkte gegevens zijn afkomstig uit het monitoringproject, een geautomatiseerd informatiesysteem met gegevens over alle huisarts-patiëntcontacten, die gedurende twee jaar – 1 mei 1979 tot 1 mei 1981 – plaatsvonden in de praktijken van 12 huisartsen* met gemiddeld 21.192 patiënten. Tijdens 122.739 contacten zijn 190.827 gezondheidsproblemen- of -diagnosen (1,6 probleem per contact) gecodeerd met behulp van de International classification of health problems in primary care (ICHPPC-2).^{8,9}

Een gezondheidsprobleem is een door de huisarts vastgesteld en benoemd probleem in relatie tot de gezondheid van de patiënt. Alle deelnemers van het project erkenden het feit dat defensief handelen in de huisartsenpraktijk bestaat. Besloten werd daarom stelselmatig vast te leggen hoe vaak door de deelnemers defensief is gehandeld. De volgende definitie van defensief handelen is in het onderzoek gehanteerd:

De huisarts codeert dat hij defensief handelt als hij vindt dat hij duidelijk anders handelt dan hij gewoon is te doen en dan naar zijn mening huisartsgeneeskundig de voorkeur zou verdienen, dit uit vrees voor verwijten of klachten van de kant van de patiënt of diens familie. Het gaat dus alleen om die gevallen waarin de huisarts duidelijk en expliciet meent afwijkend – defensief – te handelen. Niet aan de orde is dus het grijze gebied tussen expliciet defensief handelen en het juiste huisartsgeneeskundig handelen waarbij geen enkele vrees voor verwijten of klachten bestaat. Gedurende de registratieperiode blijkt 2,06% van alle aangeboden problemen door de huisarts defensief behandeld te zijn, in absolute getallen bij 3913 van de 190.287. Dit percentage is gedurende de gehele registratieperiode opmerkelijk constant. Per kwartaal gaat het in het eerste jaar steeds om 2,1% van alle

problemen. In het tweede jaar achtereenvolgens om 2,1%, 2,1% en 2,0% en 2,0%. Kennelijk is er vrijwel geen verslappening van de aandacht voor dit fenomeen. Er is wel een duidelijk verschil in de mate waarin de individuele huisartsen defensief handelen. Twee huisartsen coderen defensief handelen relatief vaak, bij 6,3% en 7,4% van alle problemen. Twee huisartsen coderen deze gedragsvorm slechts in 0,5% van de gevallen. De overige huisartsen bevinden zich in het gebied rondom de 2%. Op jaarbasis is het gemiddelde percentage problemen waarbij defensief gehandeld wordt per huisarts 2,29 (SD 2,9%).

In de figuur wordt een beeld gegeven van het huisartsgeneeskundig handelen in het monitoringproject. De aard van het defensief handelen wordt hiertegen afgezet. Hoe onderscheidt defensief handelen zich? Huisbezoek (10,7%), een verrichting tijdens de nacht- en weekenddienst (4,6%) en het geslacht van de patiënt (61,7% vrouwen) zijn vrijwel niet van belang. De verzekeringsvorm is wel van belang: in 65% van de gevallen gaat het om ziekenfondspatiënten. Dit betekent dat er een oververtegenwoordiging van particulier verzekerden is wanneer er door de huisarts defensief wordt gehandeld (35% in plaats van 27,4%). Het gaat betrekkelijk vaak om een probleem



Samenvatting van een aantal uitkomsten van twee registratiejaren (actieve populatie 21.192 personen).

*Het monitoringproject is een door het Praeventiefonds gesubsidieerd geautomatiseerd informatiesysteem in de huisartsenpraktijk. De monitoringgroep bestaat uit de huisartsen S. Best, J.M.H. Breteler, H.J. Dokter, C.M.A. Grimbergen, J. Heeringa, W.L.J. Kitslaar, H. Lamberts, G.Th. van de Poel, A.T. van der Schoot-van Venrooy, A.M.R. Seelen, E. Sloot, F.H.J.A. Vissers en C. van Weel. Het project functioneert met de administratieve hulp van mw. M. Trouw en met de organisatorische en technische hulp van H.F. Bezemer.

waarmee men voor het eerst bij de arts komt (62,9%) en opvallend is dat het zeer vaak gaat om een probleemclassificatie waarbij de huisarts niet zeker is van de juistheid. Van alle problemen die defensief behandeld zijn, wordt 53,7% door de huisartsen als „onzeker” gecodeerd, terwijl dit gewoonlijk slechts voor 15,3% van alle problemen het geval is. Onzekerheid over de diagnose bestaat wanneer de huisarts eraan twijfelt of de probleemclassificatie, met de ICHPPC-2 gegeven, wel terecht wordt gebruikt. Hij kan dus ook onzeker zijn over een symptoomdiagnose of een vage diagnose. Het is duidelijk dat bij onzekere diagnoses relatief veel onderzoek zal plaatsvinden. Zoals hieronder zal blijken, gaat defensief handelen ook vaak met onderzoek samen. Dit verband geldt echter in één richting. Men moet zich immers realiseren dat van alle problemen die als „onzeker” zijn gecodeerd, slechts 7,2% samengaat met defensief handelen.

In de actieve populatie is onderscheid gemaakt tussen de basispopulatie (n=16.871), die alle personen omvat die de volle twee registratiejaren als patiënt bij de deelnemende huisartsen zijn ingeschreven en de „vlottende” populatie die gemiddeld 4318 mensen bevat. Het blijkt dat bij de „vlottende” populatie relatief vaak defensief gehandeld is: 2,42% van alle problemen. Bij de basispopulatie gaat het slechts om 1,90%. De groep mensen die door de huisartsen in het monitoringproject defensief behandeld zijn, is in een aantal opzichten dus goed te karakteriseren.

Positief en negatief defensief handelen

Op grond van de behandeling, de mate waarin van eerste-lijnvoorzieningen gebruik is gemaakt en naar aanleiding van het aantal verwijzingen, is beoordeeld in welke mate de huisartsen positief en negatief defensief gehandeld hebben (tabel 1). Voor ieder probleem kan de coderende huisarts maximaal twee behandelingen aangeven – bijvoorbeeld psychopharmaca en gesprekstherapie – zodat de som van de percentages van de verschillende therapieën groter kan zijn dan 100 minus het percentage waarin geen enkele behandeling is gegeven. Om deze reden wordt in tabel 1, behalve de verschillende therapievormen, ook aangegeven hoe vaak er geen enkele behandeling gegeven wordt. Bij defensief handelen wordt, vergeleken met de gegevens in de figuur, vaak van therapie afgezien. Indien er een behandeling gegeven wordt, valt op dat betrekkelijk weinig psychopharmaca toe-

gediend worden en er bijzonder weinig met de patiënt gepraat wordt. Ook het percentage problemen waar een causale werking aan de farmacotherapie wordt toegeschreven, is relatief laag. Slechts zelden gaat de huisarts tot een ingreep over. Samenvattend is duidelijk dat defensief handelen in ons geval in therapeutisch opzicht inhoudt dat betrekkelijk vaak van behandeling wordt afgezien.

De mate waarin van eerste-lijnvoorzieningen gebruik wordt gemaakt, staat in tabel 2 vermeld. Defensief handelen blijkt hier samen te gaan met een ruim vier maal zo groot beroep op de voorzieningen in de eerste lijn. Vooral klinisch-chemisch onderzoek en röntgenonderzoek springen eruit. Alleen de cervixuitstrijk is ondervertegenwoordigd als er defensief gehandeld wordt. In de tweede kolom van tabel 2 is aangegeven welk percentage van alle verwijzingen ten behoeve van een bepaald onderzoek op rekening komt van defensief handelen. Het blijkt dat bijna 15% van alle röntgenfoto's op defensieve gronden gevraagd wordt, terwijl bijna 9% van alle bloedonderzoek en 8,5% van alle ECG's als defensief gekenmerkt kunnen worden. Het percentage van alle problemen waarvoor naar een specialist wordt verwezen, is veel hoger bij defensief handelen: 14,5% in plaats van 3,8%. Opnieuw gaat het om positief defensief handelen. Samenvattend blijkt dat bij het gebruik van eerste- en tweede-lijnvoorzieningen vooral positief defensief wordt gehandeld.

Defensief handelen bij verschillende ziekten

Het blijkt dat bij 16 verschillende ziekten ten minste 50 maal defensief is gehandeld. Daarmee is op het totaal van 3913 problemen met defensief handelen 42,9% (n=1677) aan de orde.

In tabel 3 zijn deze 16 ICHPPC-2-diagnosen opsomd.¹⁰ Voor iedere diagnose is globaal aangegeven in welke mate er positief dan wel negatief defensief is gehandeld, waarbij het gaat om het afzien van behandeling, het praten met de patiënt, om causale en psychofarmacotherapie, om diagnostische verwijzingen in de eerste lijn en tenslotte om verwijzingen naar de tweede lijn. Het valt op dat er bij alle diagnosen betrekkelijk vaak defensief wordt gehandeld, maar dit geldt het meest voor het spastische colon, buikpijn, gewrichtsklachten, vermoeidheid en slecht gedefinieerde symptomen. Dit sluit overigens goed aan bij de bevinding dat juist onzekere diagnosen zeer vaak aan defensief handelen gekoppeld zijn. In de verschillende kolommen van tabel 3 is met symbolen aangegeven in welke mate er bij defensief handelen wordt afgeweken van de gang van zaken waar dat niet het geval is. De percentages geven dan verhoudingsgewijs de afwijking van het normale handelen weer. Bij voorbeeld: „++” betekent dat er tussen 50 en 100% vaker een bepaalde handeling bestaat dan het geval is wanneer niet defensief gehandeld wordt.

Tabel 3 geeft een goede indruk van wat defensief handelen bij bepaalde gezondheidsproblemen in de huisartsenpraktijk betekent. Zo blijkt dat een hoge-

TABEL 1. DEFENSIEF HANDELEN BIJ 3913 PROBLEMEN

<i>Behandeling</i>	<i>Percentage</i>
Geen	62,5
Symptomatische farmacotherapie	20,2
Psychofarmacotherapie	1,9
Causale farmacotherapie	10,6
Gesprekstherapie	0,6
Adviezen, patiënteneducatie	8,0
Handelingen en technische ingrepen	0,4

TABEL 2. GEBRUIK VAN EERSTE-LIJNVOORZIENINGEN

	Met defensief handelen in percenten (n=3913)	Zonder defensief handelen in percenten (n=186914)	Percentage van het totaal op rekening van defensief handelen
- Gebruik eerste-lijnvoorziening	43,5	10,3	10,6
- Bloedonderzoek	15,6	3,3	8,8
- ECG	2,4	0,6	8,5
- Fysiotherapie	2,8	1,5	3,7
- Cervixuitstrijk	0,5	0,7	1,3
- Röntgenonderzoek	17,6	2,1	14,8
- Bacteriologisch onderzoek	2,7	0,7	7,5
- Urineonderzoek	7,0	2,1	6,4

luchtweginfectie (133; acute infecties van de bovenste luchtwegen) vrij vaak aanleiding geeft tot causale farmacotherapie – in dit geval antibiotica – en tot verwijzingen. Bij een sinusitis wordt er vaak van behandeling afgezien – er worden betrekkelijk weinig antibiotica gegeven – terwijl veel röntgenfoto's worden gemaakt. Hier wordt naar verhouding weinig verwezen naar de specialist. Bij het spastische colon (156; spastisch colon) blijkt dat er opvallend weinig met de patiënt gesproken wordt, terwijl er veel onderzoek – vooral röntgenonderzoek – wordt gedaan en vaak naar de specialist wordt verwezen. Indien bij een cystitis (170) defensief wordt gehandeld, worden er juist geen antibiotica gegeven en wordt er veel onderzoek verricht. Er wordt wat vaker naar een specialist verwezen.

Beschouwingen

Defensieve geneeskunde is niet goed. In beginsel wordt de patiënt tekort gedaan en wordt in geneeskundig opzicht slecht gehandeld. Defensief handelen strookt niet met de normen en waarden die artsen aan hun professioneel functioneren hechten. Zij geven dan ook niet gemakkelijk toe dat zij soms afwijken

van de professionele maatstaven. Er rust als het ware een taboe op. Ons is geen Nederlands onderzoek bekend naar de aard en de omvang van defensief handelen door artsen. In de Angelsaksische literatuur is meer informatie beschikbaar, vooral afkomstig uit de Verenigde Staten.^{1 5 6 11} De Amerikaanse literatuur betreft vooral de juridische context. De laatste decennia worden steeds meer artsen door hun patiënten vervolgd en er worden steeds hogere schadevergoedingen aan patiënten toegekend.^{7 12} In de Nederlandse verhoudingen is waarschijnlijk het tuchtrecht van bijzonder belang. Uit de discussies over uitspraken van tuchtcolleges blijkt dat artsen zich emotioneel ten zeerste betrokken voelen bij een negatief oordeel over hun geneeskundig handelen. Dat geldt evenzeer voor een negatief oordeel van patiënten en gezinsleden dat de vorm aanneemt van een boze brief, een heftige woordenwisseling of een stuk in de krant. Defensief handelen komt op grond van ons onderzoek in de huisartsenpraktijk regelmatig voor. Vaak betekent het dat de diagnose onzeker is, er van behandeling wordt afgezien, veel onderzoek wordt verricht en vaak naar een specialist wordt verwezen. Vooral voor het gebruik van bloedonderzoek, het maken van röntgenfoto's en het aantal verwijzingen is defensief handelen een factor van belang. Dit heeft ook betekenis wanneer men doelgericht invloed wil uitoefenen op de mate waarin er in Nederland verschuivingen tussen de eerste en de tweede lijn tot stand worden gebracht. Hierop hebben talrijke mechanismen invloed, waaronder defensief handelen.

Het blijkt dat bij bepaalde diagnoses nogal vaak defensief gehandeld wordt. Hier kan hoogstens vastgesteld worden dat er een samenhang bestaat. Als een huisarts bijvoorbeeld uit defensieve overwegingen antibiotica voorschrijft, kan hij zijn diagnose daaraan eventueel aanpassen. Zulks kan ook bij het voor-

TABEL 3. DEFENSIEF HANDELEN BIJ 16 DIAGNOSEN

ICHPPC-2-Diagnosen	Defensief (%)	Geen behandeling	Praten	Causale en psychofarmacotherapie	Eerste-lijn diagnostische verwijzing	Tweede-lijn verwijzing
020 Virusinfecties NAO* (n=72)	3,4	+	--	+++	++++	++
071 Hypochondrische reactie (n=123)	3,8	++	--	-	++++	+++
133 Acute infecties van de bovenste luchtwegen (n=283)	3,8	-	--	++	++++	++++
134 Sinusitis, acute en chronische (n=86)	3,9	++	0	--	++++	0
153 Andere klachten en ziekten van maag en duodenum (n=51)	4,4	+++	-	--	++++	+ +++
159 Spastisch colon, darmstoornissen NEG** (n=154)	7,7	+	-	--	++++	+++
179 Cystitis, urineweginfectie NAO (n=96)	4,1	+++	--	--	++	++++
234 Spierpijn NEG (n=113)	3,1	+	--	+++	++++	++++
235 Cervicale wervelkolom syndromen (n=56)	3,1	+	--	-	+++	++++
238 Rugpijn zonder uitstralings symptomen (n=122)	3,8	++	--	-	+++	++++
239 Rugpijn met uitstralings symptomen (n=59)	4,6	+	0	-	++	++++
279 Buikpijn (n=70)	5,3	+	--	--	++	++++
288 Pijnlijk of stijf gewricht (n=63)	7,3	+	-	--	+++	+++
295 Malaise, vermoedheid (n=166)	10,8	0	--	--	++	+++
300 Alle andere afwijkingen, symptomen en slecht gedefinieerde toestanden (n=111)	9,2	0	--	-	+++	++++
327 Buil, kneuzing, contusie met intacte huid (n=52)	3,5	+	--	--	++++	+++

0 : 0- 25% : 0
 - : 25- 50% : +
 -- : 50-100% : ++
 --- : 100-200% : +++
 ---- : >200% : ++++

schrijven van tranquillizers gebeuren. Wanneer de huisarts zich bedreigd voelt en om die reden een röntgenfoto aanvraagt, kan zijn diagnose vooruitlopen op het „ergste” geval. Het gaat immers ook zeer vaak om onzekere diagnoses.

Hier kan niet vastgesteld worden of patiënten uiteindelijk door defensief handelen geschaad zijn dan wel dat er in hun ogen door de huisarts slecht gehandeld is. Het is uit onderzoek in de huisartsenpraktijk bekend dat huisartsen soms vinden dat er geen goede relatie met een patiënt bestaat.^{13 14} Het blijft daarbij bijna steeds in het midden of de patiënt het met een dergelijk oordeel eens is. Ritchey¹¹ wijst erop dat een zichzelf waarmakende voorspelling kan ontstaan als artsen ten onrechte een patiënt defensief behandelen, waardoor de laatste zich uiteindelijk over de gang van zaken beklagt, terwijl hij dat op voorhand niet van plan was. Het is duidelijk dat wanneer arts en patiënt zich beiden veilig voelen, zodat er gelegenheid is om het verdere verloop van het gezondheidsprobleem even aan te zien, de noodzaak voor positief defensief handelen kan afnemen.

In dit onderzoek komt defensief handelen slechts aan de orde wanneer de huisarts dit expliciet aangeeft. Dit sluit natuurlijk allerm minst uit dat er ook defensief gehandeld wordt zonder dat de desbetreffende arts daarvan gewag doet. Tenslotte gaat het om een sociaal weinig geaccepteerd fenomeen waarmee niemand graag te koop loopt. Daarom komt defensief handelen door huisartsen – wanneer het bestaan ervan eenmaal erkend wordt – in aanmerking voor intercollegiale toetsing.⁹ Dit is ook van belang voor de reacties op de huidige druk om protocollen voor geneeskundig handelen te ontwikkelen en ook te volgen. Defensief handelen – zowel door huisartsen als specialisten – vormt een goede ingang om het gesprek over de betrekkingen tussen de eerste- en de tweede-lijn geneeskunde handen en voeten te geven.

SUMMARY

Defensive behaviour by general practitioners; data from the monitoring project. – Over a period of two years, in 12

Bladvulling

Metingen der bloedsdrukking

De antiseptische operatie-methode gaf Prof. ALBERT den moed, om de verantwoording op zich te nemen voor bepalingen der bloedsdrukking bij den mensch met den kwikmanometer van het LUDWIG'SCHE kymographion. Een streng gedesinfecteerde canule in een arterie van een operatie-wond ingebonden kan geen nadeel veroorzaken. Toch kwam het hem voorzichtiger en meer gerechtvaardigd voor, om niet een arterie in de operatiewond zelve te gebruiken, maar eene, die meer peripheer lag aan een extremiteit, die geamputeerd moest worden. Hij gebruikte gevallen, waar amputatie aan de dij of hoog aan het onderbeen geschieden moest; praepareerde de art. tibialis antica even boven het spronggewricht en verbond deze aan

general practices, on behalf of 21.192 patients, 122.739 encounters were made; 190.827 diagnoses were coded. Of all diagnoses 2.06% concerned defensive behaviour. Defensive behaviour in the treatment by general practitioners is mostly negative: refraining from the various possibilities of treatment. Positive defensive behaviour manifests itself in requesting or performing extensive examination, and in referral of patients to specialists. It is especially blood tests and X-ray examination that are often part of defensive behaviour. The nature of this in a number of diseases frequently seen in general practice is described. Defensive behaviour is often associated with uncertainty regarding the diagnosis. In a relatively large number of cases, the first encounter concerning a problem was involved. Patients who do not belong to a doctor's regular practice, and privately insured patients run a greater risk of being treated defensively.

It is concluded that defensive behaviour is important in regard to peer review and in the elaboration of protocols.

LITERATUUR

- ¹ Hershey N. The defensive practice of medicine, myth or reality. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1972; 50: 69-97.
- ² Ritchey J. Case management of patients perceived as suit-prone. *Ethics in science and medicine* 1980; 7: 37-48.
- ³ Abrams HL. The „overutilization” of X-rays. *N Engl J Med* 1979; 300: 1213-6.
- ⁴ Sanders HWA. Klinische betekenis van degeneratieve afwijkingen van de lumbale wervelkolom en consequenties van het aantonen ervan. *Radiologische aspecten. Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 1374-7.
- ⁵ The medical malpractice threat: a study of defensive medicine. *Duke Law Journal* 1971; 5: 939-93.
- ⁶ Rosenthal RS. Malpractice – cause and its prevention. *Laryngoscope* 1978; 88: 1-11.
- ⁷ Ritchey J. Physician's perceptions of the suit-prone patient. *Hum Organization* 1979; 38: 160-8.
- ⁸ Lamberts H. Primary health care monitoring project. A year of practical experience with a computerized information system. *Huisarts en Wetenschap* 1980; 23: 293-304.
- ⁹ Lamberts H. Hoe beïnvloedbaar is de huisarts? I + II. *Huisarts en Wetenschap* 1981; 24: 371-8 en 424-30.
- ¹⁰ ICHPPC-2-Defined. (International classification of health problems in primary care). Third edition. Oxford: Oxford University Press, 1983.
- ¹¹ Ritchey J. Medical rationalization, cultural lag, and the malpractice crisis. *Hum Organization* 1981; 40: 97-112.
- ¹² Schwartz WB, Komesar NK. Doctors, damages and deterrence. *N Engl J Med* 1978; 298: 1282-9.
- ¹³ Brouwer H. Huisartsen over problemen in het contact met patiënten. *Huisarts en Wetenschap* 1983; 26: 181-4.
- ¹⁴ Crutcher JE, Bass MJ. The difficult patient and the troubled physician. *J Fam Pract* 1978; 11: 933-8.

Augustus 1983

den manometer. De geheele proef duurde slechts weinige minuten en dadelijk ná de meting werd tot de amputatie overgegaan. In geen der gevallen heeft de patiënt dan ook enig nadeel ondervonden.

Hij vond nu, in tegenoverstelling van vroegere onderzoekingen, waar langs anderen weg gevonden was, dat de bloedsdrukking in liggende houding hooger was dan in staande, dan bij passieve verheffing van het bovenlijf (de patiënten verkeerden in chloroformnarcose) de drukking steeg (19-20 m.M. Hg.) en deze hoogte bleef behouden, zoo lang de patiënt in die zittende houding bleef.

(Wetenschappelijke mededeelingen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1884; 20: 7.)