

Niet te veel en niet te weinig

De balans tussen nodige en onnodige zorg in de huisartsenpraktijk

Marcia Vervloet, Manja Bomhoff, François Schellevis, Liset van Dijk

NIVEL

november 2015

ISBN 978-94-6122-353-1

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2015 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting	7
1 Inleiding	11
1.1 “The art of doing nothing”	11
1.2 Moet alles wat kan in de zorg?	13
1.3 In de huisartsenpraktijk	15
1.4 De medisch-ethische, wettelijke en financiële kaders	16
1.5 Deze overzichtsstudie	18
2 Wordt er onnodige zorg verleend in de huisartspraktijk?	21
2.1 Vormen van onnodige zorg in de huisartsenpraktijk	21
2.2 Huisartsen over de hoeveelheid verleende zorg in het algemeen	24
2.3 Huisartsen over de hoeveelheid verleende zorg in de huisartsenpraktijk	26
2.4 Huisartsen over het verlenen van onnodige zorg in de eigen praktijk	27
3 Kiezen voor niet behandelen in de huisartspraktijk	29
3.1 Het niet inzetten van een behandeling	29
3.1.1 De zorggebruiker zegt “nee”	29
3.1.2 De zorgverlener zegt “nee”	30
3.1.3 Verschillen tussen huisartsen in medisch handelen	31
3.2 Redenen voor het afzien van een behandeling	32
3.3 Redenen van patiënten om een ongewilde behandeling te ondergaan	33
4 Onnodige zorg in de huisartspraktijk: factoren op macro-niveau	35
4.1 Factoren uit de samenleving die een rol spelen bij onnodige zorg in de huisartsenpraktijk	36
4.2 Factoren uit het gezondheidsbeleid die een rol spelen bij onnodige zorg in de huisartsenpraktijk	38
5 In de spreekkamer	45
5.1 Factoren van invloed op onnodig handelen in de spreekkamer	45
5.2 Uitgelicht: communicatie tussen huisarts en patiënt	49

6	Initiatieven en mogelijkheden om onnodige zorg in de huisarts praktijk terug te dringen	57
6.1	Dappere Dokters	57
6.2	Terugdringen van overdiagnostiek	59
6.3	Stimuleren van gezamenlijke besluitvorming	59
6.4	Gebruik van spiegelinformatie en intercollegiale toetsing	63
6.5	Initiatieven in de tweede lijn om onnodige zorg terug te dringen	64
7	Beschouwing en conclusies	67
7.1	De balans tussen niet te veel en niet te weinig in de huisartspraktijk	67
7.2	Beleids- en praktijkimplicaties	69
7.3	Onderzoeksagenda	71
	Literatuur	73
	Bijlage 1: Gebruikte methoden	81

Voorwoord

Door de enorme groei van het aantal informatiebronnen neemt de behoefte aan syntheses van bestaande informatie toe. Het NIVEL brengt daarom met enige regelmaat overzichtsstudies uit (zie www.nivel.nl/dossier/nivel-overzicht-studies-en-kennisvragen).

De afgelopen jaren zijn verschillende studies gepubliceerd waarin de vraag centraal staat of altijd alle zorg geleverd moet worden die mogelijk is. Bij veel van deze initiatieven ligt de nadruk op de zorg in de laatste levensfase. Echter, het vraagstuk of alle zorg die geleverd kan worden, ook geleverd moet worden, is niet alleen in de laatste levensfase relevant. Deze speelt bij elke zorgvraag. In deze overzichtsstudie kiezen we daarom voor een andere focus. We kijken naar de plek binnen de gezondheidszorg, die in deze discussie minder aandacht heeft gekregen, maar waar veel zorgtrajecten starten: de huisartspraktijk. Is alle zorg die huisartsen leveren nodig? En wat bepaalt dat afgezien wordt van een behandeling? En communiceren huisartsen en patiënte hierover? Dit zijn het type vragen waar deze studie op ingaat.

Hiertoe is een literatuurstudie uitgevoerd en zijn relevante (beleids)documenten geanalyseerd. Daarnaast zijn explorerende gesprekken gehouden met vertegenwoordigers van een aantal organisaties voor wie het onderwerp actueel is, is een korte vragenlijst over de keuze voor niet behandelen voorgelegd aan de leden van NIVEL's Consumentenpanel Gezondheidszorg, en is een aantal huisartsen kort telefonisch geïnterviewd. Tot slot is een invitationale conference georganiseerd waar de belangrijkste resultaten werden bediscussieerd en input is verkregen voor een beleids- en onderzoeksagenda.

Wij bedanken de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg, de geïnterviewden en de deelnemers aan de invitationale conference voor hun bijdrage aan deze overzichtsstudie. Wij bedanken Judith de Jong, Natasja Raaijmakers en Janneke Noordman voor hun input tijdens het proces.

Utrecht, november 2015

Samenvatting

Huisartsen verlenen soms onnodige zorg aan hun patiënten, bijvoorbeeld om een ziekte met grotere zekerheid te willen uitsluiten, om tijdwinst te boeken of op verzoek van de patiënt. Meer tijd in de spreekkamer kan onnodige zorg terugdringen. Huisarts en patiënt hebben dan meer tijd voor een betere uitleg, voor overleg en gezamenlijke besluitvorming. Buiten de spreekkamer zal het gebruik van keuzehulp door patiënten en het maken van afspraken tussen huisartsen en medisch specialisten over optimale zorg onnodige zorg verder terugdringen.

Hoe kunnen we bij een toenemende vraag naar zorg een optimale kwaliteit van zorg garanderen en tegelijkertijd de kosten daarvan beheersen? Is alle zorg die zorgverleners bieden of kunnen bieden passend, oftewel: moet alles wat kan? In de afgelopen jaren zijn deze vragen vanuit verschillende invalshoeken benaderd (bijvoorbeeld wat betreft zorg rond het levenseinde, pakketbeheer en doelmatigheid van zorg). In deze overzichtsstudie staat het thema 'gepaste zorg in de huisartsenpraktijk' centraal.

De huisarts heeft vaak te maken met onduidelijke of onzekere situaties. Rationele diagnostiek en controlerend afwachten (watchful waiting) zijn belangrijke pijlers van de huisartsgeneeskunde in Nederland. Deze hebben hun basis in wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen voor de aanpak van veel gezondheidsproblemen. Richtlijnen bieden houvast voor het verlenen van nodige zorg: niet te veel niet te weinig.

In Nederland gaan mensen met gezondheidsproblemen of vragen over hun gezondheid vaak eerst naar hun huisarts. Huisartsen krijgen hierdoor vooral te maken met beginstadia van klachten of verschijnselen die mogelijk duiden op een ziekte, maar die ook vaak vanzelf overgaan. Huisartsen hebben dus vaak te maken met een onduidelijke of onzekere situatie. Adequaat omgaan met deze onzekerheid is een van de kernaspecten van de huisartsgeneeskunde. Kunnen we het nog even aankijken? Is nader onderzoek in dit stadium zinvol? Is nu een geneesmiddel nodig? Bij deze afwegingen spelen richtlijnen weliswaar een rol, maar ook de professionele inschatting van de klachten door de huisarts, de wensen van de patiënt en de (vaak langdurige) relatie tussen huisarts en patiënt. Onnodige zorg is in de context van de huisartsgeneeskunde niet eenduidig vast te stellen. Verschillende huisartsen maken verschillende afwegingen: de ene huisarts wil meer zekerheid krijgen dan de andere huisarts en vraagt vaker aanvullend onderzoek aan. De ene huisarts neemt meer tijd om uit te leggen dat het gebruik van een geneesmiddel de ziekteperiode niet zal bekorten, de ander schrijft eerder een recept uit. De ene huisarts honoreert het

verzoek om een verwijzing naar de medisch specialist en de ander gaat het gesprek aan of dit zinvol is. Ook in de huisartsenwereld gaan stemmen op om kritisch te kijken naar de vraag of alle geleverde zorg wel nodig is en of “nee zeggen” niet vaker een optie moet zijn.

Onnodige zorg: overdiagnostiek en overbehandeling

Zowel zorggebruikers als huisartsen proberen onnodige zorg te voorkomen. Twee op de tien zorggebruikers zeggen wel eens ‘nee’ tegen een behandeling die de huisarts voorstelt. En één op de tien zorggebruikers heeft wel eens meegemaakt dat de huisarts een behandeling waar zij om vroegen, niet wilde voorschrijven. Het gaat dan vaak om geneesmiddelen of om aanvullend onderzoek. Maar tegelijk vindt ruim de helft van de huisartsen dat er wel eens te veel zorg wordt verleend in de vorm van overdiagnostiek en overbehandeling. Overdiagnostiek komt tot uiting in het overmatig aanvragen van laboratoriumbepalingen of diagnostische beeldvormend onderzoek en in de vorm van dubbele diagnostiek (onderzoek aangevraagd door de huisarts wordt herhaald in het ziekenhuis). Voorbeelden van overbehandeling zijn het voorschrijven van geneesmiddelen wanneer deze niet zijn geïndiceerd, het onnodig of te snel verwijzen naar andere zorgverleners en onnodige zorg in de laatste levensfase.

Wat draagt bij aan onnodige zorg in de huisartsenpraktijk?

Toenemende medisch-technologische ontwikkelingen vormen een belangrijke factor in overdiagnostiek en overbehandeling in de huisartsenpraktijk. Steeds vaker hebben huisartsen de beschikking over diagnostische apparatuur in hun eigen praktijk. Daarnaast zijn diagnostische testen steeds gevoeliger en worden eerder niet relevante afwijkingen ontdekt die mogelijk nooit hadden geleid tot gezondheidsklachten en/of nader onderzoek.

De organisatie en financiering van de gezondheidszorg werkt mogelijk ook onnodige zorg in de hand. Het gaat hier bijvoorbeeld om het betalen per verrichting of behandeling, het opnemen van niet-effectieve therapievormen in (aanvullende) verzekeringspolissen en de gebrekkige samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn. Huisartsen signaleren ook dat zorgverzekeraars en andere partijen (zoals particuliere behandelcentra) als het ware de spreekkamer inkomen. Zij beïnvloeden de door de huisarts geleverde zorg en werken soms onnodige zorg in de hand bijvoorbeeld door het vergoeden van therapieën waarvan de werking niet bewezen is.

Hoe kan onnodige zorg in de huisartsenpraktijk worden teruggedrongen?

In de spreekkamer kan goede communicatie en verhelderen en inspelen op de verwachtingen van de patiënt bijdragen aan een beter begrip bij patiënten om geen nader onderzoek te doen of niet te behandelen. Ook het goed informeren van patiënten, zodat zij samen met de huisarts een weloverwogen keuze

kunnen maken draagt daaraan bij. Dit hoeft niet altijd tot meer en duurdere zorg te leiden. Een actief participerende patiënt lijkt namelijk vaak voor een conservatievere, en dus goedkopere behandeling te kiezen.

Buiten de spreekkamer zijn er inmiddels diverse initiatieven en activiteiten om onnodige zorg in de huisartsenpraktijk terug te dringen. De stichting “Dappere Dokters” van huisartsen en medisch specialisten streeft naar het leveren van optimale zorg in plaats van maximale zorg. Daarnaast zijn er veel initiatieven die gericht zijn op betere communicatie en gezamenlijke besluitvorming, bijvoorbeeld in de vorm van zogenaamde option grids en keuzehulpen. Weer andere initiatieven betreffen het gebruik van spiegelinformatie dat inzicht geeft in mogelijk onnodig handelen en de campagne ‘Verstandig Kiezen’.

Investeren in het terugdringen van onnodige zorg in de huisartsenpraktijk
Het geven van de juiste zorg op de juiste plek aan de juiste patiënt is de essentie van het huisartsenvak. De scheidslijn tussen nodige en onnodige zorg is echter niet zwart-wit.

Huisartsen kunnen goede redenen hebben om meer te doen dan zij in eerste instantie nodig vinden. De eigen onzekerheid, het geruststellen van de patiënt, en het in stand houden van de vertrouwensrelatie met de patiënt zijn voor hen redenen om meer zorg te verlenen dan wellicht nodig is. Huisartsen moeten daarom meer tijd kunnen besteden aan het informeren van en overleggen met patiënten. Dit zal leiden tot beter geïnformeerde beslissingen en minder onnodige zorg. Keuzehulpen ter ondersteuning van gezamenlijke besluitvorming van huisarts en patiënt kunnen bijdragen aan het terugdringen van onnodige zorg. Organisatorische innovaties, zoals versterking van de rol van de huisarts als gids van de patiënt in het gezondheidszorgsysteem en anderhalvelijnszorg, leiden naar verwachting tot betere afstemming en minder onnodige zorg. Daarnaast is er dringend behoefte aan meer wetenschappelijke onderbouwing van het huisartsgeneeskundig handelen, inclusief watchful waiting, op vele terreinen. Op veel terreinen ontbreekt namelijk de evidentie die nodig is bij de afweging of nader onderzoek of verdere zorg nodig is.

1 Inleiding

“Doing nothing, but having the courage sometimes to wait – to use time as both a diagnostic and a therapeutic tool – to see what nature does – to wait and see. These are essential skills of the art of doing nothing that are profoundly important if we are not to fall into the seductive traps of overdiagnosis and overtreatment”

Uit: Heath I, EJGP 2012 (p.243)

1.1 *“The art of doing nothing”*

Het bovenstaande citaat is van Iona Heath, gepensioneerd huisarts en voormalig voorzitter van de Royal College of General Practitioners in Engeland. Zij benoemt een belangrijke valkuil voor de hedendaagse (huisartsen)zorg: het feit dat de druk om alsmat te doen en alsmat te handelen geen tijd overlaat om te stoppen en rustig na te denken of waar te nemen (Heath, 2012). Deze ontwikkeling wordt mede ingegeven door het feit dat door medisch-technologische ontwikkelingen steeds meer mogelijk is. Dit leidt tot overdiagnostiek en overbehandeling. Heath benoemt vier ethische implicaties hiervan (Heath, 2013). De eerste implicatie is dat het labelen van iemand als ‘ziek’ of ‘hoog risico op ziekte’ tot onnodige angst kan leiden. Dit heeft een negatieve impact op iemands gezondheid en welzijn. De tweede implicatie is dat overbehandeling ook het ontstaan van onderbehandeling in de hand kan werken. Immers, de schaarse middelen moeten worden verdeeld en voor bepaalde behandelingen is dan mogelijk geen aandacht meer. De daaraan gerelateerde derde implicatie betreft de druk die overbehandeling geeft op ons op solidariteit gebaseerde zorgstelsel. Met overdiagnostiek en overbehandeling zijn hoge kosten gemoeid. De vierde implicatie is dat de focus op moderne biotechnologie de socio-economische oorzaken van een slechte gezondheid uitsluit of verbergt. Deze implicaties geven de urgentie aan van het tegengaan van overdiagnostiek en overbehandeling. Heath pleit dan ook voor een meer terughoudende, afwachende houding van huisartsen: the art of doing nothing. Het ‘niets doen’ waartoe zij oproept is echter niet letterlijk ‘niets’ doen. ‘Niets doen’ is juist een actief proces: *“the art of doing nothing is active, considered and deliberate”* (Heath, 2012; p.242). Het betekent actief en open luisteren naar de patiënt, (af)wachten en de tijd nemen om na te denken of een behandeling wel in het belang van de patiënt is, en het betekent ook ‘er zijn’ voor de patiënt.

Heath staat in haar oproep niet alleen. Er zijn in de afgelopen jaren internationaal gezien diverse initiatieven gestart om aandacht te vragen voor overdiagnostiek en overbehandeling. Een voorbeeld is de Amerikaanse

campagne ‘Choosing Wisely’¹ die in 2012 is gestart om patiënten en zorgverleners te stimuleren met elkaar in gesprek te gaan over het kiezen van de juiste, dan wel geen, behandeling. Sinds 2013 wordt jaarlijks de ‘Preventing Overdiagnosis Conference’² georganiseerd. En het medische tijdschrift British Medical Journal vraagt aandacht met de campagne ‘Too much medicine’³, waarbinnen onder andere twee speciale edities (april 2002 en maart 2015)⁴ zijn gewijd aan het probleem van overdiagnostiek en overbehandeling.

Ook in Nederland komt steeds meer aandacht voor dit onderwerp. Bijvoorbeeld met de in 2012 van start gegane campagne ‘Verstandig Kiezen’⁵ (gebaseerd op de eerder genoemde Amerikaanse ‘Choosing Wisely’ campagne) om arts en patiënt te ondersteunen bij het gezamenlijk kiezen voor de juiste behandeling. Ook wordt meer aandacht gevraagd voor het afwachten door artsen. Ben Crul, huisarts en voormalig hoofdredacteur van Medisch Contact, schreef in 2007 al een editorial over overbehandeling: *“Afwachten is soms het enige zinnige dat je kan doen voor een patiënt. Gewoon handen op de rug houden, geen recept uitschrijven, niet doorverwijzen en geen kruisjes zetten op een aanvraagformulier”*. En vooral ook het lef hebben om af te wachten: *“[in het artsenvak]... soms moet je hollen en soms moet je stilstaan. Daarvoor heb je behalve kennis en kunde ook vaak lef nodig”* (Crul, 2007).

Dat terughoudendheid lef vergt, is ook de gedachte achter de ‘Dappere Dokters’. ‘Dappere Dokters’ is een collectief, geïnitieerd door de Huisartsenkring Amsterdam (HKA), dat zich hard maakt voor het verlenen van optimale zorg in plaats van maximale zorg. Zij definiëren optimale zorg als “de gunstigste zorg voor de patiënt waarbij de persoon van de patiënt belangrijker is dan de ziekte” (LHV/HKA, 2012). Wat een dokter ‘dapper’ maakt, is dat deze om tot die optimale zorg te komen bereid is kritisch naar het eigen functioneren te kijken en de discussie aan te gaan met de patiënt of collega-arts over waarom het beter is een bepaalde behandeling niet in te zetten (Pronk, 2014). Dit komt ook terug in de vier kernwaarden van een ‘Dappere Dokter’:

1. in gesprek gaan met de patiënt om tot optimale zorg te komen;
2. zorgen voor een intensieve samenwerking tussen alle betrokken zorgverleners;

¹ Zie ook: <http://www.choosingwisely.org/>

² Zie ook: <http://www.preventingoverdiagnosis.net/>

³ Zie ook: www.bmj.com/too-much-medicine;

⁴ Editie 2002: <http://www.bmj.com/content/324/7342>; editie 2015: <http://www.bmj.com/specialties/digital-theme-issue-overdiagnosis>

⁵ <http://www.kwaliteitskoepel.nl/verstandig-kiezen/>

3. kritisch kijken naar het eigen functioneren maar ook dat van de beroepsgroep;
 4. (laten) aanspreken op professionaliteit.
- Afzien van een onderzoek of afzien van een verwijzing wordt expliciet benoemd als mogelijke uitkomst van het gesprek tussen de Dappere Dokter en de patiënt (Meijman e.a., 2012). Er is veel aandacht voor het initiatief van de Dappere Dokters, wat blijkt uit artikelen in verschillende vakbladen maar ook in de dagbladen De Volkskrant⁶ en Het Parool.⁷ Ook de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in een videoboodschap haar steun uitgesproken voor de Dappere Dokters.⁸

1.2 *Moet alles wat kan in de zorg?*

Met de groeiende aandacht voor het tegengaan van overdiagnostiek en overbehandeling komt ook steeds vaker de vraag op “*Moet alles wat kan?*”. Deze vraag is overigens inherent aan het karakter van de gezondheidszorg als een schaars goed: de behoefte eraan is groter dan de middelen die ervoor ter beschikking staan. Het toegankelijk en betaalbaar houden van de zorg is een verantwoordelijkheid van de overheid. Door de schaarste van zorg, ingegeven door de toenemende vraag en de stijgende kosten, moeten er keuzes gemaakt worden. Het thema ‘Moet alles wat kan’ is in 2013 dan ook nadrukkelijk door de Minister van VWS op de beleidsagenda gezet (Ministerie van VWS, 2013). Er worden diverse activiteiten ontplooid binnen dit thema. Een bijlage bij de Kamerbrief ‘Moet alles wat kan’ van 1 juli 2014 geeft een overzicht van alle lopende activiteiten (Ministerie van VWS, 2014). Dit zijn activiteiten in het publieke domein (onder andere de aanpak van verspilling), activiteiten rond het pakketbeheer (onder andere doorlichting van het basispakket in het kader van de Zorgverzekeringswet), afspraken met het veld (onder andere de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda) en activiteiten rond richtlijnontwikkeling en kennisverspreiding in het veld (onder andere met het Kwaliteitsinstituut). Ook zijn er in de afgelopen jaren al verschillende initiatieven gestart door overheid en het veld en verschenen er diverse publicaties rond het thema (zie Box 1.1 voor een aantal voorbeelden).

⁶ Dappere dokter durft een patiënt ook te laten sterven. De Volkskrant 23-06-2012.

⁷ Meer zorg is niet altijd beter. Levenseinde, deel 5: Dappere Dokters. Het Parool 30-12-2013.

⁸ <http://lhv.artsenet.nl/amsterdam/Optimale-zorg-Dappere-dokters.htm>

Box 1.1. Voorbeelden van initiatieven en publicaties binnen het thema ‘Moet alles wat kan’

- Convenant ‘Gepast gebruik’ waarin veldpartijen zich committeren aan een actieve, en vooral gezamenlijke inzet om gepast gebruik in de zorg te bevorderen. Waar het eerste convenant in 2011 getekend werd door acht partijen in de zorg (CVZ, 2011), is het tweede convenant in 2014 door twaalf partijen getekend (Zorginstituut Nederland, 2014).
- Debat ‘Levensverlengende zorg ...tegen(w)elke prijs?’ waarin de dilemma’s in de zorg in de laatste levensfase centraal stonden, georganiseerd door CVZ in maart 2012 (CVZ, 2012).
- ZonMw-signalement ‘Moet alles wat kan’ waarin verkend is hoe te voorkomen dat patiënten in hun laatste levensfase te lang en/of onnodig behandeld worden (ZonMw, 2013).
- Publieksdebatten ‘Moet alles wat kan’ waarin de stem van de patiënt/burger een belangrijke plaats had, georganiseerd door ZonMw in het najaar van 2013 (ZonMw, 2014).
- Rapport “De kunst van het nee zeggen” uitgebracht in oktober 2014. Hierin zijn factoren benoemd die de kans op onnodige zorg vergroten en zijn mogelijke oplossingsrichtingen gegeven om onnodige zorg terug te dringen (Gezondheidsraad, 2014).
- Rapport “Niet alles wat kan hoeft. Passende zorg in de laatste levensfase” uitgebracht in maart 2015 door de Stuurgroep Passende zorg in de laatste levensfase ingesteld door artsenfederatie KNMG. Hierin wordt beschreven wat passende zorg inhoudt, welke mechanismen aan niet-passende zorg ten grondslag liggen en hoe passende zorg bevorderd kan worden (KNMG-Stuurgroep, 2015).

Bij veel van deze initiatieven ligt de nadruk op de zorg in de laatste levensfase. Dit is ook het domein waar de vraag ‘moet alles wat kan’ het meest expliciet speelt. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het dilemma van het wel of niet starten van een levensverlengende chemokuur, of het wel of niet uitvoeren van een gecompliceerde hartoperatie bij een kwetsbare oudere. Echter, de vraag “moet alles wat kan?” is niet alleen in de laatste levensfase relevant. Het afwezen van behandelopties, waarvan niet behandelen er één kan zijn, speelt bij elke zorgvraag. In de eerder genoemde Kamerbrief schetst de Minister van VWS haar visie op de rol van de arts en de patiënt dan ook als volgt: “Artsen en patiënten zouden zich bij het inzetten van alle zorg kunnen afvragen in hoeverre de behandeling bijdraagt aan de kwaliteit van leven, de gezondheid en zelfredzaamheid van de patiënt” (Ministerie van VWS, 2014). Oftewel: artsen en patiënten zouden zich moeten afvragen of een behandeling zin heeft en nodig

is, aldus de minister. Echter, de vraag is wanneer ingrijpen onnodig is? Dit kan vanuit verschillende perspectieven bekeken worden en voor dilemma's zorgen. De arts kan een handeling (een bloedonderzoek, geneesmiddelvoorschrift of doorverwijzing) als nodig beschouwen in de situatie van de individuele patiënt die tegenover hem zit, terwijl de (evidence-based) beroepsrichtlijn deze handeling in beginsel als onnodig bestempelt. De juiste zorg leveren aan de juiste patiënt is een combinatie van handelen op basis van evidence en persoonsgerichte zorg. Persoonsgerichte zorg is individuele zorg die voor elke patiënt verschillend kan zijn, terwijl evidence-based zorg vaak gebaseerd is op populatieonderzoek.

Hoe dan ook, de keuze om een behandeling al dan niet in te zetten, speelt zich in eerste instantie af in de spreekkamer, in het gesprek tussen arts en patiënt. In Nederland vervult de huisarts een poortwachtersrol, waardoor de huisarts veelal de zorgverlener is waar patiënten als eerste komen met hun gezondheidsklachten. De huisarts is dus vaak de eerste in een lijn van behandeling en kan ook degene zijn die samen met een patiënt besluit om een behandeling niet in te zetten. De huisarts is daarmee een belangrijke spil in de zorg, ook als het gaat om niet behandelen. Daarom richten wij ons in deze overzichtsstudie specifiek op de setting van de huisartsenpraktijk.

1.3 *In de huisartsenpraktijk*

De essentie van de huisartsenzorg is het verlenen van generalistische, continue en persoonsgerichte zorg; zorg toegespitst op de wensen en behoeften van de individuele patiënt, daarbij rekening houdend met diens context (Van der Werf & Zaat, 2001; over de Woudschoten Conferentie 1956). Door deze persoonsgerichte aanpak, gebaseerd op de langdurige vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt, kan de afweging om al dan niet te behandelen in een ogenschijnlijk gelijke situatie voor de ene patiënt een andere uitkomst hebben dan voor de andere patiënt. Vanwege deze vertrouwensrelatie en kennis van de context van de patiënt lijkt de huisarts bij uitstek degene die controlerend kan afwachten. Dit beschrijven de huisartsenorganisaties LHV en NHG – in samenwerking met het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH) – ook in hun toekomstvisie voor de huisartsenzorg voor 2022: *“De huisarts levert doelmatige, zinnige en zuinige zorg door vanuit de opgebouwde vertrouwensrelatie met een patiënt in gesprek te gaan en niet bij voorbaat elk verzoek te honoreren. Vanuit het zorgvuldig opgebouwde vertrouwen kunnen huisartsen controlerend afwachten ('watchful waiting'), ... en onnodig zorggebruik voorkomen. Deze manier van werken draagt bij aan het voorkomen van onnodig medisch ingrijpen en daarmee gepaard gaande schade.”* (NHG/LHV, 2012; p.13). Deze afwachtende houding past overigens van oudsher bij de Nederlandse huisarts, bijvoorbeeld wat betreft het voorschrijven van geneesmiddelen. Zo

neemt het NHG nieuwe geneesmiddelen alleen op in de NHG-richtlijnen op basis van bestaande evidence en bij voorkeur ook langdurige gebruikservaringen. Een recent voorbeeld hiervan zijn de nieuwe orale anticogulantia (NOACs) voor de behandeling van atriumfibrilleren. Omdat er nog onvoldoende bewijs is voor de veiligheid en effectiviteit van deze middelen op lange termijn, adviseert de NHG-richtlijn Atriumfibrilleren (nog) niet om NOACs voor te schrijven, alleen bij uitzondering en als de patiënt aan bepaalde voorwaarden voldoet. Een ander voorbeeld van terughoudend beleid is het voorschrijven van antibiotica. Nederland heeft, vergeleken met andere Europese landen, al jaren het laagste antibioticagebruik in de eerste lijn (ECDC, 2014). Echter, getuige de toenemende aandacht voor overdiagnostiek en overbehandeling – onder andere vanuit de Dappere Dokters – lijkt er ook in de huisartsenpraktijk nog ruimte te zijn voor optimalisering van de zorg.

1.4 *De medisch-ethische, wettelijke en financiële kaders*

De vraag is hoe optimale zorg in de huisartsenpraktijk, ofwel het kiezen voor de juiste (of geen) behandeling voor de individuele patiënt, is ingebed in de medisch-ethische, wettelijke en financiële kaders.

Het medisch-ethisch kader

Het medisch handelen is gestoeld op vier medisch-ethische principes. Dat zijn:

- 1 respect voor autonomie van de patiënt;
- 2 niet schaden;
- 3 goed doen;
- 4 rechtvaardigheid (Beauchamp & Childress, 2001).

Het eerste principe van autonomie geeft het recht van de patiënt om te kiezen weer. Het tweede principe komt voort uit de eed van Hippocrates: ‘voor alles, niet schaden’. Het principe van goed doen verwijst naar het handelen in het beste belang van de patiënt. Rechtvaardigheid sluit aan bij hoe ons zorgstelsel is ingericht: zorg moet beschikbaar, betaalbaar en toegankelijk zijn voor iedereen. Overdiagnostiek en overbehandeling in de huisartsenpraktijk tornen met name aan de twee principes ‘goed doen’ en ‘niet schaden’. Onvoldoende onderbouwd medisch ingrijpen levert geen voordeel voor de patiënt op en is dus niet in het beste belang van de patiënt. Sterker nog, dergelijk ingrijpen kan de patiënt eerder schade dan goed doen. Het niet inzetten van een behandeling kan echter ook tornen aan het principe van ‘niet schaden’. Het gaat er in de zorg immers om niet te veel te doen, maar ook niet te weinig.

Het wettelijk kader

Op de keuze voor een behandeling binnen de huisartspraktijk is de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) van toepassing. Deze wet omvat de belangrijkste rechten van de patiënt ten opzichte van de zorgverlener,

waaronder het toestemmingsvereiste, ook wel ‘informed consent’. Uitgangspunt is dat de patiënt een behandelingsovereenkomst aangaat met de huisarts en toestemming moet geven voor onderzoek en behandeling (Drewes e.a., 2013). De huisarts moet de patiënt informeren over verschillende aspecten van de behandeling en de behandelopties (alternatieven). Voor elk van de voorgestelde behandelingen dient de huisarts de patiënt te informeren over de aard, het doel en de te verwachten gevolgen en risico’s voor de gezondheid.⁹ De keuze om niet te behandelen, om af te wachten, kan ook een van de opties zijn. Huisartsen dienen patiënten dus ook over deze mogelijkheid te informeren, en over de te verwachten gevolgen en risico’s daarvan.

De patiënt mag volgens de WGBO dus kiezen tussen verschillende opties. De patiënt is uiteraard niet verplicht om te kiezen. Het keuzerecht is een recht waar hij naar eigen inzicht gebruik van mag maken maar wat wel verplichtingen oplegt aan de zorgverlener. Er zijn echter ook grenzen aan de keuzevrijheid van de patiënt. Dit komt omdat de zorgverlener zich te houden heeft aan het principe van goed zorgverlenerschap. De WGBO stelt duidelijk dat de zorgverlener ‘bij al zijn werkzaamheden’ is gehouden aan de verantwoordelijkheden voortvloeiend uit de professionele standaard. De normen die binnen zijn beroepsgroep gelden, zijn daarbij bindend.¹⁰ *“De hulpverlener moet de zorg betrachten, die de redelijk bekwame vakgenoot in dezelfde omstandigheden zou hebben betracht”*.¹¹ Dit geeft huisartsen niet alleen het recht om bepaalde behandelingen te weigeren, maar ook de plicht daartoe. Dit geldt evengoed als de patiënt aandringt op een behandeling waarvan de huisarts geen voordelige effecten ziet. Voor het medisch beleid van huisartsen zijn de NHG-standaarden een maat en houvast voor het huisartsgeneeskundig handelen. Echter, daarnaast is ook het persoonlijk inzicht van de huisarts een cruciale factor. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie van een individuele patiënt kan beredeneerd afwijken van de richtlijnen rechtvaardigen. Er is in het wettelijk kader en binnen de professionele richtlijnen dus ruimte voor de keuze voor niet behandelen in geval huisarts en/of patiënt het nut van een behandeling niet inzien.

Het financiële kader

In de WGBO wordt niet ingegaan op financiële gevolgen van de zorgverlening voor de individuele patiënt of voor de samenleving als geheel. Wettelijk gezien zijn zowel huisarts als patiënt niet verplicht om financiële aspecten te betrekken in de individuele beslissing om al dan niet te behandelen. Dit omdat men ervan uitgaat dat de professionele standaard hier voldoet. Echter, de stijgende

⁹ art. 7:448 lid 1-2 BW

¹⁰ art. 7:453 BW

¹¹ Kamerstukken II 1989/90, 21 561, nr. 3, p. 33.

kosten in de zorg voeden de discussie over onnodige zorg. Daarnaast wordt niet alle zorg vergoed. Er is een verzekerd basispakket voor zorg waarmee de Nederlandse overheid wil voldoen aan de “inspanningsverplichting om te zorgen voor een kwalitatief goed stelsel van gezondheidszorg, waarbij medische voorzieningen, medicijnen, behandelingen en medisch personeel voor iedereen die dat nodig heeft toegankelijk, beschikbaar, aanvaardbaar en van goede kwaliteit moeten zijn”.¹² Ook heeft de overheid de verantwoordelijkheid de gezondheid van alle burgers in het land te beschermen en te bevorderen. Voor het bepalen of zorg binnen het verzekerde basispakket valt, wordt de zorg door het Zorginstituut op vier criteria - de ‘pakketprincipes’ – getoetst (CVZ, 2013):

1. Noodzakelijkheid: in hoeverre mag voor de benodigde zorg, bekeken vanuit medische noodzaak en ziektelast, een claim op de solidariteit worden gedaan?
2. Effectiviteit: is de zorg effectief?
3. Kosteneffectiviteit: staan de effecten die bereikt worden met de zorg in verhouding met de daarvoor gemaakte kosten?
4. Uitvoerbaarheid: welke factoren kunnen een succesvolle uitvoering van een pakketmaatregel belemmeren of bevorderen (randvoorwaarden)?

Het verzekerde basispakket bevat aldus die zorg waarvan de overheid vindt dat iedere Nederlander daar recht op heeft, en die beschikbaar en toegankelijk moet zijn in geval de verzekerde deze zorg nodig heeft. Daar komt dan ook de vraag op wanneer zorg nodig en wanneer deze onnodig is. De huisarts als poortwachter is in dezen belangrijk, en is met deze poortwachtersfunctie de “bewaker” van de hoge kosten in de tweedelijnszorg. Huisartsenzorg valt niet onder het eigen risico, waardoor er in beginsel financiële drempels bestaan om de huisarts te bezoeken. Echter, vervolgacties die de huisarts inzet, zoals een doorverwijzing, een onderzoek of het voorschrijven van een geneesmiddel vallen wel onder het eigen risico. Hierdoor kunnen er indirect wel financiële drempels zijn.

1.5 *Deze overzichtsstudie*

Het doel van deze overzichtsstudie is een overzicht te geven van relevante informatie over onnodige zorg in de huisartsenpraktijk. Het tegengaan van onnodige zorg kan zich uiten in de keuze om een behandeling niet in te zetten.

Deze overzichtsstudie beoogt inzicht te geven in:

- de mate van onnodige zorg verleend in de huisartsenpraktijk (hoofdstuk 2);
- de keuze om een behandeling niet in te zetten in de huisartsenpraktijk (hoofdstuk 3);

¹² <https://mensenrechten.nl/mensenrechten-voor-u/de-zorg>, laatst geraadpleegd: 27-05-2014

- factoren op het niveau van de samenleving en het beleid die onnodige zorg in de huisartsenpraktijk in de hand werken en de keuze een behandeling niet in te zetten onder druk zetten (hoofdstuk 4);
- factoren “in de spreekkamer” die onnodige zorg in de huisartsenpraktijk in de hand werken en de keuze een behandeling niet in te zetten onder druk zetten (hoofdstuk 5);
- initiatieven en mogelijkheden die er op dit moment zijn om onnodige zorg in de huisartspraktijk terug te dringen (hoofdstuk 6).

Totstandkoming van de overzichtsstudie

Om tot deze overzichtsstudie te komen, zijn de volgende methoden gebruikt:

- Literatuurstudie: zowel wetenschappelijke artikelen en relevante (beleids)documenten zijn bestudeerd. Deze literatuur vormt een belangrijke basis voor dit onderzoek
- Explorerende gesprekken met vertegenwoordigers van een aantal organisaties in de zorg zoals NHG, KNMG, de Dappere Dokters, de NPCF, Federatie Medisch Specialisten en het ministerie van VWS. Deze gesprekken zijn gebruikt om de beleidscontext in kaart te brengen.
- Korte vragenlijst over de keuze voor niet-behandelen, afgenomen binnen de zorggebruikers van het NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg. In deze vragenlijst kwam aan de orde of zorggebruikers wel eens een behandeling geweigerd hadden en of hen weleens een behandeling geweigerd was (bijlage 1).
- Telefonische interviews met tien huisartsen om hun visie op het onderwerp te horen. De huisartsen zijn op één na geworven tijdens het NHG-congres “Dokteren doe je niet alleen”. De interviews diende om de resultaten uit de literatuur en de peiling binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg meer duiding en diepgang te geven (bijlage 1).
- Een *invitational conference* waar de resultaten en eerste conclusies werden bediscussieerd met de diverse betrokken partijen en input is verkregen voor een beleids- en onderzoeksagenda (bijlage 1).

2 Wordt er onnodige zorg verleend in de huisartspraktijk?

Kernboodschappen

- Vormen van onnodige zorg zijn overdiagnostiek (inclusief dubbele diagnostiek) en onnodige behandelingen (zoals onnodig voorschrijven van geneesmiddelen, onnodige verwijzingen en onnodig doorbehandelen in de laatste levensfase).
- Meer dan de helft van de huisartsen is van mening dat er *in het algemeen* te veel medische zorg wordt verleend in zowel de eerste als tweede lijn.
- Meer dan de helft van de huisartsen is ook van mening dat er *door huisartsen* te veel zorg wordt verleend.
- Gekeken naar *het eigen handelen*, schetsen huisartsen een ander beeld. Zij geven aan soms meer te doen dan medisch noodzakelijk (volgens de richtlijnen), maar zien dit niet altijd als onnodige zorg.

Dit hoofdstuk behandelt als eerste de verschillende vormen van onnodige zorg in de huisartsenpraktijk. Vervolgens gaan we, vanuit het perspectief van huisartsen zelf, in op de vraag of huisartsen onnodige zorg verlenen aan de hand van hun mening over de volgende onderwerpen:

- de hoeveelheid verleende onnodige zorg in het algemeen (door alle zorgverleners);
- de hoeveelheid verleende onnodige zorg binnen de huisartsenzorg;
- het eigen handelen aangaande het verlenen van onnodige zorg.

2.1 *Vormen van onnodige zorg in de huisartsenpraktijk*

Er zijn verschillende vormen van onnodige zorg in de huisartsenpraktijk. Deze zijn zowel gerelateerd aan diagnostiek als aan behandeling.

Overdiagnostiek

Diagnostiek in de huisartspraktijk begint vaak met fysische diagnostiek in de vorm van lichamelijk onderzoek. Dit kan worden aangevuld met laboratoriumonderzoek (zoals bloedonderzoek of onderzoek van de urine of ontlasting), functieonderzoek (zoals ECG's en longfunctieonderzoek) en beeldvormende diagnostiek (zoals echo's en scans). Met name bij laboratoriumonderzoek lijkt er sprake te zijn van overconsumptie door huisartsen in vergelijking met evidence-based richtlijnen (RVZ, 2004). Al in het proefschrift van Zaat uit 1991 werden vraagtekens gezet bij de snelheid waarmee huisartsen een laboratoriumbepaling aanvroegen. Zo zag Zaat duidelijke verschillen tussen huisartsen in de mate waarin zij laboratoriumtesten aanvroegen. Bovendien

bleek dat het aantal laboratoriumtesten naar beneden gebracht werd door een aanpassing van het formulier dat gebruikt wordt voor het aanvragen van diagnostiek (Zaat 1991). Verstappen e.a. vonden over de periode van een jaar een mediane waarde¹³ van 998 aanvragen voor laboratoriumtesten per huisarts, met grote verschillen tussen regio's (Verstappen e.a., 2004). Ook in het aanvragen van beeldvormende diagnostiek zijn er grote verschillen tussen huisartsen (Verstappen e.a., 2005). In dit onderzoek werd het gemiddeld aantal aanvragen voor beeldvormende diagnostiek per huisarts gerapporteerd. Dit aantal bedroeg 148 aanvragen in één jaar met een interkwartielafstand¹⁴ van 71 tot 300. De grote variatie tussen huisartsen en tussen regio's is een indicatie dat er mogelijk sprake is van onnodige zorg. Een andere indicatie van een mogelijk teveel aan diagnostiek geven de meldingen gedaan bij het Meldpunt Verspilling in de Zorg, geopend door het Ministerie van VWS in 2013. Daar behelst 8% van de ruim 4.500 meldingen over de curatieve zorg onnodige en dubbel uitgevoerde diagnostiek (Ministerie van VWS, 2014). Dit betreft meldingen van zowel patiënten als zorgverleners. Een voorbeeld van dubbele diagnostiek is dat de huisarts eerst een test aanvraagt die vervolgens door de medisch specialist in de tweede lijn nogmaals uitgevoerd wordt.¹⁵ Dit gebeurt bijvoorbeeld vanwege bestaande routines, of omdat huisarts en specialist ieder een eigen voorkeur hebben voor een bepaalde meetmethode. Ook kan dit veroorzaakt worden door een gebrekkige informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist, bijvoorbeeld omdat de huisarts de medisch specialist niet (tijdig) informeert, het patiëntdossier niet gedeeld wordt of omdat de informatiesystemen van huisarts en specialist niet op elkaar zijn afgestemd. Daarnaast komt het ook voor dat verschillende testen een verschillende uitkomst geven, of verschillend geïnterpreteerd worden.

Onnodige behandelingen

In deze paragraaf geven we een aantal voorbeelden van onnodige behandeling in de huisartsenpraktijk. Dat zijn het onnodig voorschrijven van geneesmidde-

¹³ De mediaan is de middelste waarde in een reeks getallen gerangschikt naar grootte. Dat wil zeggen dat 50% van de getallen onder de mediaan ligt en 50% van de getallen onder de mediaan. De mediaan is minder gevoelig voor uitbijters dan het gemiddelde.

¹⁴ De interkwartielafstand is het verschil tussen het eerste en derde kwartiel, waarbij het eerste kwartiel de getalswaarde is die de laagste 25% van de getalswaarden onderscheidt van de hogere waarden het derde kwartiel de getalswaarde die de hoogste 25% van de getalswaarden onderscheidt van de lagere waarden. De interkwartielafstand is een maat voor de spreiding van een verdeling.

¹⁵ Bron: interviews met huisartsen

len, het onnodig doorverwijzen naar andere zorgverleners en het te lang doorbehandelen in de laatste levensfase.¹⁶

Onnodig voorschrijven van geneesmiddelen

Huisartsen schrijven soms geneesmiddelen voor in situaties waarin deze niet geïndiceerd zijn. Twee voorbeelden daarvan zijn antibiotica en benzodiazepines. Ondanks dat Nederlandse huisartsen in vergelijking met hun Europese collega's al zeer terughoudend zijn in het voorschrijven van antibiotica (ECDC, 2014), geldt ook hier dat niet alle antibiotica terecht worden voorgeschreven. Dit geldt bijvoorbeeld bij luchtweginfecties. Verreweg de meeste luchtweginfecties zijn van virale oorsprong waartegen antibiotica niet werkzaam zijn en de klachten gaan veelal vanzelf over. Ondanks dat de betreffende NHG-standaarden adviseren geen antibiotica voor te schrijven, schrijven huisartsen voor deze klachten toch nog antibiotica voor (Van Dijk e.a., 2004; Ong e.a., 2008; Van Dijk e.a., 2011). Huisartsen zijn zich bewust van het feit dat zij soms onnodig antibiotica voorschrijven, maar niet-klinische factoren als tijdgebrek, verwachtingen van de patiënt, en het goed willen houden van de relatie met de patiënt zorgen ervoor dat de huisarts in een aantal gevallen toch een antibioticum voorschrijft terwijl dit eigenlijk niet nodig is (Little e.a., 2004; Ackerman e.a., 2013). Sinds enkele jaren bestaat de CRP-sneltest die in de huisartspraktijk gedaan kan worden. Hiermee is er snel en effectief bewijs te verkrijgen voor een indicatie voor het al dan niet voorschrijven van antibiotica. Dit werkt goed en is kosteneffectief (Cals e.a., 2011).

Een ander voorbeeld waar huisartsen vaker voorschrijven dan volgens de richtlijnen gewenst is, zijn benzodiazepines bij slaapproblemen. De NHG-standaard 'Slaapproblemen en slaapmiddelen' adviseert om geen benzodiazepines voor te schrijven bij slapeloosheid, onder andere vanwege de kortdurende effecten en het risico op afhankelijkheid bij chronisch gebruik (NHG, 2014). Slechts in twee situaties wordt geadviseerd kortstondig een slaapmiddel voor te schrijven om de symptomen te verlichten. Toch komt chronisch gebruik van deze middelen voor. Om het chronisch gebruik aan te pakken worden benzodiazepines – op een enkele uitzondering na – sinds 1 januari 2009 niet meer vergoed in het basispakket. Dit heeft geleid tot een daling in het aantal voorschriften, maar in 2009 gebruikte nog steeds een substantieel deel van de patiënten met slaapproblemen een benzodiazepine (Hoebert e.a., 2012). Zo kreeg 59% van de mensen die met slapeloosheid bij de huisarts kwam in 2009 een slaapmiddel voorgeschreven. Bovendien gebruikte zo'n 60% van de patiënten het middel na een jaar nog steeds, ondanks de advisering van kortstondig gebruik (Hoebert e.a., 2012).

¹⁶ De keuze van de voorbeelden is gebaseerd op literatuur en discussies binnen het onderzoeksteam.

Onnodig verwijzen

Onnodige verwijzingen naar andere zorgverleners (veelal in de tweede lijn) zijn een andere bron van onnodige zorg. Uit NIVEL-onderzoek uit 2012 blijkt dat er grote variatie is tussen huisartsen in de mate waarin zij patiënten doorverwijzen naar medisch specialisten. Het aantal verwijzingen in een jaar varieerde van 94 tot 254 per 1.000 patiënten. Dit betekent bijna een factor 3 verschil tussen de minst en meest verwijzende huisarts (Van Dijk e.a., 2013). Wammes et al formuleren de houding van de Nederlandse huisarts ten aanzien van verwijzen als volgt: “The combination of a demand-satisfying attitude of the Dutch responding GPs, with consumerism among patients (patients perceive health care as their right), drives this perception” (Wammes e.a., 2014).

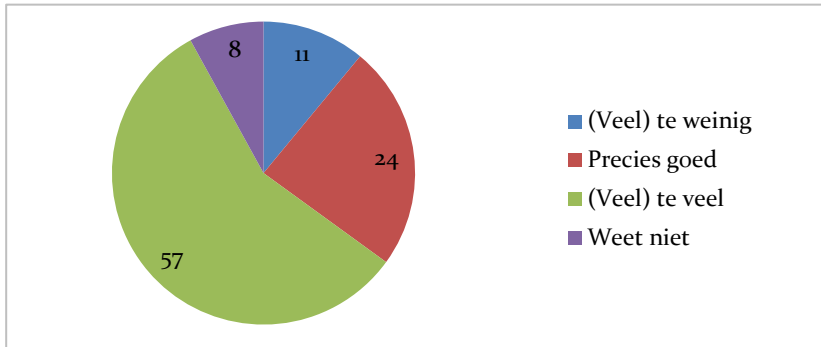
Zorg in de laatste levensfase

Wellicht de meest duidelijke situatie waarin onnodige zorg voorkomt is in de laatste levensfase: het te lang doorbehandelen terwijl er geen zicht meer is op verbetering. Omdat er recentelijk al veel publicaties op dit terrein zijn verschenen, is zorg in de laatste levensfase in deze overzichtsstudie verder buiten beschouwing gelaten (bijvoorbeeld KNMG, 2015; Gezondheidsraad, 2014).

2.2 *Huisartsen over de hoeveelheid verleende zorg in het algemeen*

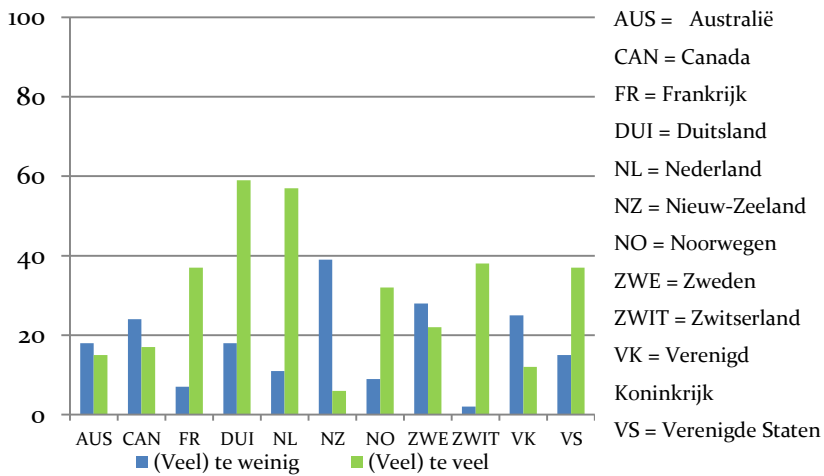
Wat vinden huisartsen zelf over de zorg die verleend wordt? In een internationaal onderzoek onder huisartsen in elf landen is gevraagd wat zij vonden van de hoeveelheid zorg die wordt verleend door **alle zorgverleners** (dus zowel in de eerste als tweede lijn). Onder de respondenten bevonden zich 522 Nederlandse huisartsen. Meer dan de helft van deze Nederlandse huisartsen (57%) was van mening dat zorgverleners (veel) te veel medische zorg verlenen (Figuur 2.1) (Faber e.a., 2012). In vergelijking met de andere landen (figuur 2.2) vinden vooral Nederlandse en Duitse huisartsen dat patiënten te veel medische zorg ontvangen. In Nieuw-Zeeland, Engeland en Zweden daarentegen zijn huisartsen van mening dat patiënten eerder te weinig dan te veel zorg ontvangen (Faber e.a., 2012).

Figuur 2.1: Oordeel van 522 Nederlandse huisartsen over de hoeveelheid zorg (in %) die Nederlandse patiënten ontvangen van **alle zorgverleners** (zowel in de eerste als tweede lijn).



Bron: Faber e.a., 2012

Figuur 2.2: Internationale vergelijking (11 landen): oordeel van huisartsen (%) over de hoeveelheid zorg die patiënten in hun land ontvangen van **alle zorgverleners** (zowel in de eerste als tweede lijn)

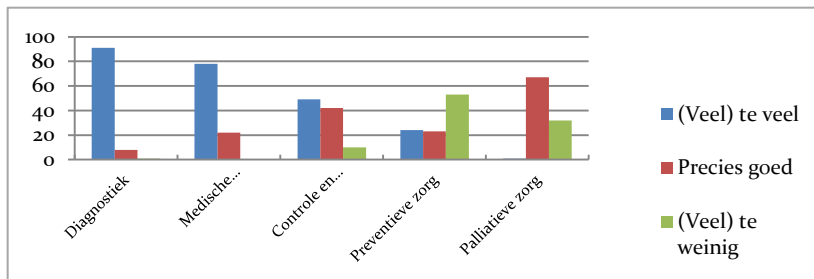


Bron: Faber e.a., 2012

In een ander onderzoek onder 157 Nederlandse huisartsen vond een nog groter deel (81%) dat er in het algemeen (veel) te veel zorg wordt verleend (Wammes et al. 2014). De meeste huisartsen vinden dit gelden voor de huisartsenpost (85%), het ziekenhuis (84%) en privéklinieken (85%). De huisartsen vinden dat

er in het algemeen vooral te veel diagnostiek (91%) en medische behandelingen (79%) plaatsvinden (Figuur 2.3). Huisartsen zien controle en follow-up minder vaak als bron van te veel zorg. Wat betreft preventieve zorg zijn huisartsen eerder van mening dat er te weinig zorg wordt verleend (Wammes e.a., 2014).

Figuur 2.3: Oordeel van 157 Nederlandse huisartsen (in %) over de hoeveelheid zorg van alle zorgverleners (zowel in de eerste als tweede lijn) die Nederlandse patiënten ontvangen per type zorg.

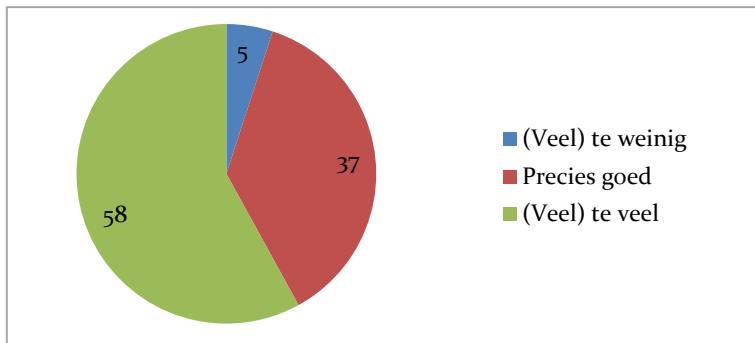


Bron: Wammes e.a., 2014

2.3 Huisartsen over de hoeveelheid verleende zorg in de huisartsenpraktijk

Uit een Amerikaans onderzoek onder 627 eerstelijns artsen komt naar voren dat 42% van de artsen vindt dat de patiënten in hun praktijk te veel medische zorg ontvangen (Sirovich et al. 2011). Ruim een kwart van de artsen gaf aan dat ze zelf meer zorg leverden (onder andere meer testen en verwijzingen) dan ze zouden willen, terwijl 29% aangaf dat *andere* artsen te veel zorg leverden. Ook Nederlandse huisartsen vinden dat er in de huisartsenpraktijk te veel zorg verleend wordt. In het eerder genoemde onderzoek van Wammes et al (2014) vindt 58% van de 157 deelnemende huisartsen dat hun collega's in het algemeen te veel huisartsenzorg verlenen, 37% vindt de hoeveelheid zorg precies goed (Figuur 2.4) (Wammes et al, 2014).

Figuur 2.4: Oordeel van 157 huisartsen over de hoeveelheid zorg die patiënten ontvangen in de eerstelijns huisartsenzorg (%)



Bron: Wammes e.a., 2014

2.4 *Huisartsen over het verlenen van onnodige zorg in de eigen praktijk*

De hiervoor beschreven onderzoeken geven een cijfermatig inzicht in hoe huisartsen aankijken tegen te veel zorg. Voor deze overzichtsstudie hebben we tien huisartsen geïnterviewd om meer zicht te krijgen op het verlenen van onnodige zorg (zie ook hoofdstuk 1 en bijlage 2). Zij schetsten een ander beeld dan hierboven uit de cijfers naar voren komt. Zij benadrukten dat het geven van “de juiste zorg op de juiste plek aan de juiste patiënt”, van “niet te veel en niet te weinig zorg” de essentie van het huisartsvak is. Zij gaven aan ook geregeld af te zien van een behandeling of diagnose. “Heel vaak doen wij niets” zei een huisarts. “Wat we meestal doen is: geruststellen, niets voorschrijven en ernst uitsluiten.” Een andere huisarts zei: “We zien veeleisende patiënten. Maar niet alles wat ze denken dat nodig is, is daadwerkelijk nodig”. Sterker, volgens het medisch oordeel van de huisarts kan een teveel aan zorg juist slecht zijn. “Mensen worden niet beter van een teveel aan zorg. Meer onderzoek en meer verwijzen, daar wordt de gezondheid alleen maar slechter van”. Dit betekent dat er ook wel eens behandeling geweigerd moet worden. Het volgende hoofdstuk gaat in op het niet inzetten van een behandeling in de huisartspraktijk.

3 Kiezen voor niet behandelen in de huisartspraktijk

Kernboodschappen

- Zowel patiënten als huisartsen zeggen wel eens “nee” tegen een behandeling die respectievelijk de patiënt vraagt of de huisarts voorstelt. Als een patiënt “nee” zegt dan is dit veelal tegen medicatie (vooral antibiotica) die de huisarts wil voorschrijven. Huisartsen zeggen ongeveer even vaak nee tegen door de patiënt gevraagde medicatie (vooral antibiotica) of onderzoek (vooral beeldvormende diagnostiek).
- Als een patiënt “nee” zegt tegen de huisarts, dan is dat veelal vanwege vervelende bijwerkingen of het onnodig vinden van de behandeling.
- Als een huisarts tegen de patiënt “nee” zegt, dan is dat (volgens patiënten) meestal omdat de huisarts de klacht of aandoening niet ernstig genoeg vond en daarmee behandeling onnodig.

In hoofdstuk 2 keken we naar onnodige zorg in de huisartspraktijk. Maar hoe zit het met het achterwege laten van een behandeling en daarmee het potentieel vermijden van onnodige zorg? Komt het wel eens voor dat de patiënt een behandeling niet wil die de huisarts voorstelt en geeft de patiënt dit dan ook aan? Of komt het wel eens voor dat de huisarts een behandeling weigert waar de patiënt om vraagt? En om welk type behandeling gaat het dan? Hierover zijn in de literatuur weinig gegevens bekend. We vroegen het daarom aan 2.039 leden uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg aan wie ooit een behandeling is voorgesteld, hierna genoemd ‘zorggebruikers’ (zie bijlage 2 voor de methode). We vroegen hoe vaak het voorkomt dat patiënt en huisarts ervoor kiezen om een behandeling niet in te zetten. Ook vroegen we naar de achterliggende redenen hiervan

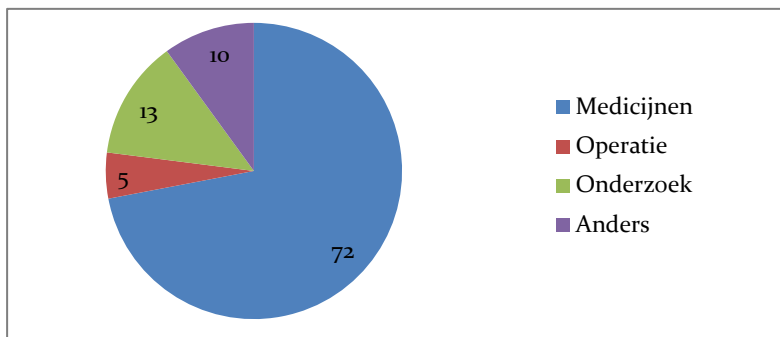
3.1 *Het niet inzetten van een behandeling*

3.1.1 *De zorggebruiker zegt “nee”*

Eén op de vijf zorggebruikers (19%; n=395) heeft wel eens “nee” gezegd tegen een behandeling die een zorgverlener voorstelde; hiervan deed 48% (n=188) dit bij de huisarts. Vrouwen en hoger opgeleiden doen dat vaker dan mannen en lager opgeleiden. Zorggebruikers zeggen even vaak “nee” tegen een behandeling voorgesteld door de huisarts als tegen een behandeling voorgesteld door een medisch specialist. In de huisartsenpraktijk zeggen zorggebruikers vooral nee tegen een behandeling met medicijnen (figuur 3.1). Zij noemen antibiotica het vaakst, gevolgd door pijnstillers/NSAIDs en antidepressiva. Ongeveer 11% van de mensen geeft aan een behandeling van een andere zorgverlener dan de

huisarts of specialist geweigerd te hebben. Dat was voornamelijk de tandarts, gevolgd door de fysiotherapeut.

Figuur 3.1: Type behandeling waar de zorggebruiker “nee” tegen zegt in de huisartspraktijk (n=145).



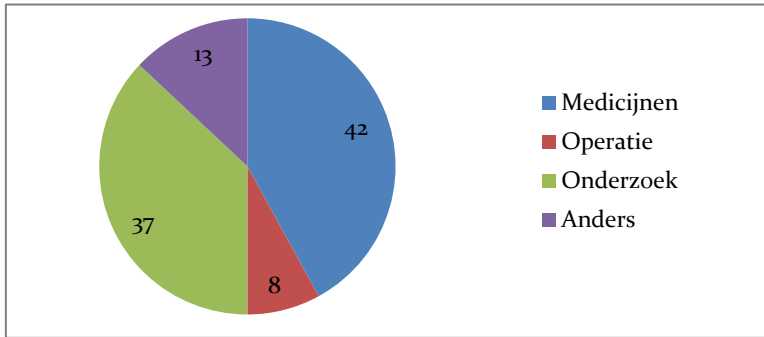
Bron: vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg, NIVEL, 2014

3.1.2 De zorgverlener zegt “nee”

Ongeveer 8% van de zorggebruikers (n=160 respondenten) heeft meegemaakt dat de zorgverlener niet die behandeling wilde starten waar zij als patiënt om vroegen. Bijna twee derde hoorde dit “nee” van de huisarts (63%), en een kwart (26%) van een medisch specialist. Vrouwen, jongeren en hoger opgeleiden kregen vaker ‘nee’ te horen van een arts dan mannen, ouderen en lager opgeleiden. Hierbij is niet bekend of deze groepen ook vaker zelf om een bepaalde behandeling vragen.

Bij de zorggebruikers die hebben meegemaakt dat de huisarts een behandeling niet wilde starten, bleek het ongeveer even vaak om een behandeling met medicijnen als om een onderzoek te gaan (zie figuur 3.2). Opnieuw betrof dit vooral antibiotica, maar ook slaap- en kalmeringsmiddelen. Wat onderzoek betreft, weigert de huisarts volgens de respondenten het vaakst verzoeken voor beeldvormende diagnostiek (röntgenfoto’s, echo’s of CT/MRI scans).

Figuur 3.2: Type behandeling waar de huisarts, volgens de respondenten, “nee” tegen zegt (n=91).



Bron: vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg, NIVEL, 2014

3.1.3 *Verschillen tussen huisartsen in medisch handelen*

Er bestaat aanzienlijke variatie in het medisch handelen tussen artsen, ook wel praktijkvariatie genoemd. Praktijkvariatie hoeft niet altijd ongewenst te zijn. Praktijkvariatie wordt als gewenst gezien als deze het gevolg is van verschillen tussen patiënten, verschillen door de taakverdeling van zorgverleners, of verschillen door concentratie van zorg. Ongewenste praktijkvariatie ontstaat als de kwaliteit van zorg als gevolg van het handelen van de zorgprofessionals in de ene praktijk beter is dan in de andere praktijk. Zie bijlage 1 voor de nadere definitie van gewenste en ongewenste praktijkvariatie.

Kijken we naar het handelen van huisartsen dan wordt duidelijk dat er aanzienlijke verschillen zijn tussen huisartsen in de mate waarin zij geneesmiddelen voorschrijven (Davis e.a., 2002; Van Dijk e.a., 2011; Ohlsson e.a., 2011; Lamboij e.a., 2014), diagnostische testen aanvragen (Davis e.a., 2002; Verstappen e.a., 2005) en patiënten verwijzen naar andere zorgverleners (O'Donnell, 2000; Ringberg e.a., 2014). Deze verschillen zijn niet altijd te verklaren door verschillen in de samenstelling van de praktijkpopulatie. Dit betekent dat er verschillen zijn tussen huisartsen in de mate waarin zij een behandeling inzetten. De vraag is of er ook verschillen zijn tussen praktijken in het aantal mensen dat “nee” zegt tegen een behandeling of in het aantal mensen tegen wie huisartsen “nee” zeggen? Hierover zijn weinig gegevens bekend. Uit de eerder genoemde peiling blijkt dat het percentage zorggebruikers dat “nee” zei op de door de huisarts voorgestelde behandeling varieerde van 1-16% tussen de 16 deelnemende huisartspraktijken. Tussen 0-12% van de zorggebruikers per huisartsenpraktijk heeft meegemaakt dat de huisarts een door de patiënt gevraagd onderzoek of gevraagde behandeling niet wilde inzetten. Het

is nog niet duidelijk hoe deze verschillen op grote schaal zijn en welke factoren deze verschillen verklaren.

3.2 Redenen voor het afzien van een behandeling

Uit het voorgaande blijkt dat zowel zorggebruikers als huisartsen soms willen afzien van een behandeling. Wat zijn nu de redenen hiervoor?

Waarom zien zorggebruikers af van een behandeling?

Het optreden van mogelijke bijwerkingen van geneesmiddelen is door zorggebruikers het meest genoemd als reden om af te zien van een behandeling (tabel 3.1). Daarnaast vonden bijna vier op de 10 respondenten de behandeling niet nodig.

Tabel 3.1: Redenen genoemd door zorggebruikers om “nee” te zeggen tegen een behandeling voorgesteld door de huisarts¹

Reden	N=154
Ik vond de bijwerkingen van de behandeling te vervelend	44%
Ik vond de behandeling onnodig	37%
Ik vond de kans op succes van de behandeling te klein	18%
Het was mij niet duidelijk wat de behandeling mij zou opleveren	11%
Ik vond de risico's van de behandeling te groot	10%
Ik vond de behandeling te zwaar	8%
Ik vond de kans dat de klachten terugkomen na de behandeling te groot	6%
Ik vond de behandeling te duur	5%
Ik vond de herstelperiode na de behandeling te lang	3%
Ik vond de behandeling te lang duren	2%
Het was mij niet duidelijk wat de behandeling inhield	3%
Ik vond de kans dat de behandeling herhaald moet worden te groot	1%
Weet ik niet meer	1%
Anders	5%

¹ Telt op tot meer dan 100% omdat meerdere antwoorden mogelijk waren

Bron: vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg, NIVEL, 2014

Waarom ziet de huisarts volgens zorggebruikers af van een behandeling?

Ook hebben we zorggebruikers gevraagd waarom zij denken dat de huisarts niet inging op hun verzoek tot een bepaalde behandeling. Veruit de meest genoemde reden is dat de huisarts de klacht of aandoening niet ernstig genoeg vond, en dus de behandeling onnodig (tabel 3.2), wat erop wijst dat huisartsen potentieel onnodige zorg willen vermijden. Daarnaast zien we dat huisartsen

ook regelmatig aangeven dat de klacht vanzelf over moet gaan of dat de huisarts, volgens de zorggebruiker, de kans op succes van de behandeling te klein vindt. Ook zien we dat het voorkomt dat de huisarts een andere behandeling voorstelt dan de door de patiënt gewenste behandeling

Tabel 3.2: Redenen, volgens zorggebruikers, van de huisarts om geen behandeling te willen starten¹

Reden	N=94
Zorgverlener vond klacht/aandoening niet ernstig genoeg; behandeling onnodig	44%
Zorgverlener vond dat klacht/aandoening vanzelf over moest gaan	18%
Zorgverlener vond de kans op succes van de behandeling te klein	16%
Zorgverlener vond het niet de juiste behandeling / wilde andere behandeling starten	11%
Zorgverlener vond de risico's van de behandeling te groot	7%
Zorgverlener vond de behandeling te duur	6%
Zorgverlener vond de behandeling te zwaar	6%
Zorgverlener vond de bijwerkingen van de behandeling te vervelend	5%
Zorgverlener vond de kans dat de klachten terugkomen na de behandeling te groot	2%
Zorgverlener vond de kans dat de behandeling herhaald moet worden te groot	1%
Weet ik niet meer	5%
Anders	11%

¹ Telt op tot meer dan 100% omdat meerdere antwoorden mogelijk waren

Bron: vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg, NIVEL, 2014

3.3 Redenen van patiënten om een ongewilde behandeling te ondergaan

Acht procent van de ondervraagde leden van het Consumentenpanel heeft wel eens een behandeling ondergaan die zij achteraf liever niet hadden willen ondergaan (n=154 respondenten). Hier is geen onderscheid gemaakt naar type zorgverlener, dus of het een behandeling ingezet door de huisarts betrof of door de medisch specialist. Het zijn vaker vrouwen dan mannen die zeggen achteraf een behandeling liever niet te hebben gehad en vaker hoger dan lager opgeleiden. Dit is opvallend omdat vrouwen en hoger opgeleiden ook vaker zelf "nee" zeggen tegen een behandeling die de arts wil inzetten. Het overkomt ook vaker de jongere dan oudere zorggebruikers. De redenen om een ongewilde behandeling toch te ondergaan, zijn opgenomen in tabel 3.3. Bijna de helft van de zorggebruikers vond op het moment dat de behandeling werd ingezet dat "iets doen" beter was dan "niets doen". Niet bekend is of deze patiënten bij de start van de behandeling al aarzelden of dat zij dit gedurende de behandeling

zijn gaan doen. Bijna een kwart ondergaat een behandeling omdat zij vinden dat “de zorgverlener het beter zal weten”. Vijfenvoertig zorggebruikers vulden een andere reden in voor het ongewild ondergaan van de behandeling, waaronder het aandringen van de arts op een behandeling en behandelen “omdat het moest” de meest genoemde redenen zijn.

Tabel 3.3: Redenen van zorggebruikers om wel een behandeling te ondergaan die ze eigenlijk liever niet hadden gewild, **los van het type zorgverlener**¹

	n=154
Iets doen leek me beter dan niets doen	44%
De zorgverlener zal het wel beter weten	23%
Ik had al ingestemd ondanks dat ik niet zeker wist of ik de behandeling wilde	7%
De zorgverlener is uiteindelijk degene die beslist	4%
Ik durfde niet tegen de zorgverlener te zeggen dat ik de behandeling niet wilde	3%
Ik had al ingestemd met de behandeling, dat kan niet meer teruggedraaid worden	6%
Anders	29%

¹ Telt op tot meer dan 100% omdat meerdere antwoorden mogelijk waren

Bron: vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg, NIVEL, 2014

Dit hoofdstuk geeft een eerste inzicht in de redenen waarom patiënten en huisartsen een behandeling niet willen inzetten. Hoewel gemeten vanuit het perspectief van de zorggebruiker lijkt het erop dat huisartsen dit vooral doen om te voorkomen dat onnodige zorg geleverd wordt, maar dat ook zorggebruikers zelf proberen onnodige zorg te vermijden. In de volgende twee hoofdstukken gaan we verder in op factoren die van invloed zijn op het verlenen van onnodige zorg in de huisartspraktijk.

4 Onnodige zorg in de huisartspraktijk: factoren op macro-niveau

Kernboodschappen

- Maatschappelijke factoren die een rol spelen bij onnodige zorg in de huisartsenpraktijk:
 - hoge verwachtingen van patiënten; door medische technologische ontwikkelingen lijkt het alsof alles mogelijk is,
 - onzekerheid bij patiënten; patiënten willen graag een verklaring voor hun klachten,
 - steeds ruimere definities van ziekte; steeds vroegere opsporing van 'ziekte',
 - defensief handelen door de huisarts; geen diagnose *mogen* missen.
- Factoren uit het gezondheidszorgbeleid die een rol spelen bij onnodige zorg in de huisartsenpraktijk:
 - verantwoordelijkheden bij verschillende actoren in de zorg; de huisarts neemt beslissingen over behandelen voor een individuele patiënt, terwijl op macroniveau de wens of behoeften van de individuele patiënt minder tot geen plaats hebben,
 - marktwerking in de huisartsenzorg; bijna 8000 huisartsen tekenden het manifest "Het roer moet om" waarvan één van de belangrijke thema's was dat huisartsen niet met elkaar willen concurreren en dat zij niet als "marktkoopman" willen optreden. Door concurrentie kunnen zij niet de persoonsgerichte zorg leveren die zij willen.
 - de kosten van een behandeling; bij huisartsen speelt het financiële plaatje in eerste instantie niet mee in de behandeloverwegingen. Bij patiënten ziet 3% op jaarbasis af van een bezoek aan de huisarts om financiële redenen. Dit percentage is stabiel over de afgelopen jaren.

De Gezondheidsraad benoemt in haar rapport 'De kunst van het nee zeggen' factoren op drie niveaus die onnodige zorg in de hand kunnen werken, namelijk (1) factoren afkomstig uit de samenleving, (2) factoren uit het gezondheidszorgbeleid en (3) factoren uit de spreekkamer (Gezondheidsraad, 2014). Dit hoofdstuk beschrijft de factoren op het niveau van de samenleving en het gezondheidszorgbeleid die ten grondslag liggen aan het verlenen van onnodige zorg in de huisartsenpraktijk. De factoren die in de spreekkamer een rol spelen, komen in het volgende hoofdstuk aan de orde.

4.1 *Factoren uit de samenleving die een rol spelen bij onnodige zorg in de huisartsenpraktijk*

Er is een aantal maatschappelijke trends dat invloed kan hebben op het verlenen van onnodige zorg. Te denken valt hierbij aan het hebben van (te) hoge verwachtingen van de zorg, risicomijding (zowel aan de kant van de patiënt als de behandelaar) en een ruimere definitie van ziekte. Hieronder gaan we op deze factoren nader in.

Hoge verwachtingen van de zorg

Een belangrijke maatschappelijke ontwikkeling is de steeds grotere rol die medische technologie speelt binnen de zorg en waardoor veel mogelijk is – of lijkt te zijn – wat betreft diagnostiek en behandeling. Gedreven door deze steeds verdergaande ontwikkeling van medische technologie hebben patiënten hooggespannen verwachtingen van de zorg. Ook artsen hebben hierdoor steeds meer instrumenten tot hun beschikking en kunnen steeds meer en nauwkeurigere testen en beeldvormende diagnostiek aanvragen (Heath, 2013). Dit kan het verlenen van onnodige zorg in de hand werken. Zo bleek uit onderzoek onder huisartsen dat het kunnen beschikken over diagnostische tools (zoals ECG, spirometrie en sneltesten) kan leiden tot onnodige zorg (Wammes e.a., 2014; zie ook hoofdstuk 2).

Ook huisartsen geven aan dat hoge verwachtingen bij patiënten onnodige zorg in de hand kan werken. Te denken valt hierbij aan dat patiënten de gezondheidszorg als een recht ervaren en dat zij sterk geloven in (met name de medisch-specialistische) geneeskunde (Wammes e.a., 2014). Ook de media kunnen patiënten het gevoel geven dat er heel veel mogelijk is en dat gezondheid maakbaar is (Gezondheidsraad, 2014). In dit beeld past ook het idee van de ‘veeleisende patiënt’. Een in het kader van deze overzichtsstudie geïnterviewde huisarts gaf aan: “Je krijgt als huisarts ook wel eens te maken met veeleisende patiënten die vinden dat zij recht hebben op een bepaalde behandeling: “ik betaal er toch voor”. Deze mensen zijn lastig te overtuigen van het feit dat een behandeling onnodig is”. Dit terwijl de minister van VWS in haar brief “Moet alles wat kan” aangeeft dat ook de patiënt een rol heeft als het gaat om het voorkomen van onnodige zorg (VWS 2014; kamerbrief). Zij geeft aan dat juist de laagdrempeligheid van de zorg ertoe kan leiden dat patiënten een onnodig beroep doen op de zorg.

Onzekerheid: maatschappelijk trend tot het willen hebben van uitsluitel

De onzekerheid bij patiënten kan een factor zijn voor het verlenen van onnodige zorg. Patiënten willen graag uitsluitel, zij willen graag een verklaring voor hun klachten (Wammes e.a, 2014).

Bij dit alles gaan mensen er vaak vanuit dat diagnostiek geen nadelige effecten heeft. Ook gaan zij er vanuit dat diagnostiek altijd duidelijk maakt wat er aan de hand is. Dit hoeft echter niet altijd zo te zijn (Gezondheidsraad, 2014). Ook uit de interviews met huisartsen kwam het geruststellen, het wegnemen van angst en onzekerheid bij de patiënt, naar voren als belangrijk argument voor het verlenen van meer zorg dan medisch noodzakelijk. Hiermee is het in de ogen van huisartsen geen onnodige zorg. Zij maken continu inschattingen of aanvullend onderzoek of een behandeling nodig is. Zij doen dit op basis van risico's en niet op basis van zekerheid. "Vanwege die diagnostische onzekerheid kan het soms ook prettig zijn om de mening van een specialist te vragen". Het kan zinvol zijn om met meer zekerheid te weten dat de eerste inschatting juist was. Dit heeft ook een leereffect voor de toekomst. Daarnaast is er altijd een kans dat aanvullend onderzoek laat zien dat de eerste inschatting van de huisarts toch onjuist blijkt te zijn. "Soms verrast het jezelf als er toch nog iets uitkomt." Meerdere huisartsen gaven bloedonderzoek als voorbeeld. "Vooral bloedonderzoek wordt vaak door huisartsen ingezet om de patiënt gerust te stellen, zonder dat de huisarts het onderzoek medisch gezien nodig vindt". Dit gebeurt bijvoorbeeld bij mensen die erg onzeker zijn over hun gezondheid en bij wie de stress pas afneemt als ook uit bloedonderzoek blijkt dat er niets aan de hand is. Een huisarts legde uit hoe dit in zijn werk gaat: "Ik vraag de patiënt: 'Maak je je zorgen om je fysieke gesteldheid? Zou het je helpen als ik wat aanvullend onderzoek doe?' Je kunt ze vervolgens geruststellen. Eigenlijk heb je dan een relatief klein ding nodig om iemand op het goede spoor te zetten".

Onzekerheid: defensief handelen

Onzekerheid bij de huisarts kan leiden tot defensief handelen. Ingegeven door een hoge maatschappelijke druk, zal dit defensief handelen steeds verder toenemen, zo geeft een huisarts aan tijdens het interview. "Als een huisarts een diagnose mist of afwacht waar *achteraf* blijkt dat hij had moeten handelen, dan wordt hij tegenwoordig hard aangepakt." 'Angst' voor een schadeclaim speelt met name in Amerika ook een rol bij het handelen van artsen. Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat 76% van de 627 ondervraagde eerstelijns artsen zorgen hadden om het eventueel aangeklaagd worden door de patiënt (en dan in het bijzonder vanwege het nalaten van een diagnostische test) (Sirovich e.a., 2011). In hoeverre de 'angst' voor een schadeclaim het handelen van Nederlandse huisartsen beïnvloedt, is niet bekend.

Steeds ruimere definities van ziekte

Een andere factor die onnodige zorg in de hand kan werken, is het feit dat steeds meer mensen worden gelabeld als 'ziek'. Dit omdat de definities van ziekte steeds ruimer worden, omdat ziektes in een steeds vroeger stadium opgespoord kunnen worden, en omdat de drempel voor preventieve interventies steeds verder verlaagd wordt (Heath, 2013; Moynihan e.a., 2012). Hierin

schuilt het gevaar van medicalisering van de samenleving. Medicalisering is het proces waarbij steeds meer zaken die in relatie staan tot het menselijke welzijn als ziekte worden voorgesteld en zo in de medische invloedssfeer worden gebracht (Illich 1982). Een voorbeeld van een aandoening die vaak genoemd wordt als het gaat om medicalisering is ADHD. Dit mede vanwege de sterke groei van het gebruik van ADHD-medicatie in de afgelopen decennia (Gezondheidsraad 2014b). Een ander voorbeeld is iemand in een pre-stadium van diabetes een patiënt te noemen (Yudkin & Montori, 2014). Achter medicalisering schuilt ook het culturele idee dat méér beter is; het geloof dat vroege detectie ongeacht de risico's tot verbetering van uitkomsten leidt (Moynihan e.a., 2012). Echter, er zijn niet altijd positieve uitkomsten voor de individuele patiënt. Mensen worden geïdentificeerd als 'ziek' terwijl zij mogelijk niet eens klachten of symptomen ontwikkelen in hun leven. Als screening niet leidt tot betere uitkomsten, is er sprake van overdiagnostiek (Gezondheidsraad 2014).

4.2 *Factoren uit het gezondheidsbeleid die een rol spelen bij onnodige zorg in de huisartsenpraktijk*

Besluitvorming vindt binnen de (huisartsen)zorg op verschillende niveaus plaats. Op macroniveau heeft de overheid een grondwettelijke verplichting om de zorg toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief goed te houden. De regierol in de zorg ligt bij de zorgverzekeraars. Op mesoniveau zijn het artsenorganisaties die bijvoorbeeld met richtlijnen standaarden voor zorg willen zetten. De beslissingen die op deze niveaus genomen worden, hebben weer invloed op de beslissingen die huisartsen (het microniveau) idealiter samen met de patiënt nemen in de spreekkamer. Hieronder bespreken we hoe beslissingen op de hogere niveaus doorwerken in de huisartsenpraktijk (Gezondheidsraad, 2014).

Marktwerking in de zorg / de financieringsstructuur

De Gezondheidsraad identificeert gereguleerde marktwerking, verschillen in vergoeding van mogelijke behandelopties, en invloed van commerciële actoren als factoren die onnodige zorg in de hand kunnen werken (Gezondheidsraad, 2014). De marktwerking in de zorg werkt ook volgens huisartsen onnodige zorg in de hand. In maart 2015 is het Manifest van de Bezorgde Huisarts met de titel 'Het roer moet om' aangeboden aan de Minister van VWS, de voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland, en de vier grootste zorgverzekeraars in het land (Box 4.1).¹⁷ Het Manifest pleit voor de afschaffing van de marktwerking in de huisartsenzorg. Het manifest is intussen door ruim twee derde van de huisartsen in Nederland ondertekend. Inmiddels heeft het geleid tot een akkoord

¹⁷ De tekst van het Manifest is te vinden op <http://www.hetroermoetom.nu>. (geraadpleegd 23 juli 2015)

tussen huisartsen, zorgverzekeraars en patiënten. Het akkoord moet leiden tot minder bureaucratie, gelijkwaardigere contractonderhandelingen tussen huisartsen en zorgverzekeraars en beter zicht op de geleverde kwaliteit.¹⁸

Box 4.1 Inleiding van het Manifest “Het roer moet om”
(www.hetroermoetom.nl)

” Onze huisartsenzorg staat bekend om haar laagdrempeligheid en uitstekende kwaliteit tegen relatief lage kosten. Als huisarts bied ik duurzame zorg, op basis van vertrouwen, professionaliteit en het principe “samenhang door samenwerking”. Met als doel optimale zorg, in samenspraak met de patiënt. Waarbij de patiënt als persoon meer is dan zijn ziekte.

Vanuit deze visie neem ik als huisarts mijn maatschappelijke én medische verantwoordelijkheid. Ik werk mee aan belangrijke verbeteringen in de zorg, werk mee aan het verder terugbrengen van medische kosten en pas mijn praktijkvoering aan op het overnemen van taken van de tweedelijns zorg. Maar nu zie ik dat al die positieve ontwikkelingen teniet gedaan worden. Het zorgstelsel in de eerste lijn is ernstig aan het ontsporen. “Product-denken” sloopt het zo succesvolle huisartsenmodel”.

Een onderzoek uit 2014 laat zien dat Nederlandse huisartsen van mening zijn dat de huidige financieringsstructuur van de tweede lijn onnodige zorg uitlokt (Wammes et al., 2014). Omdat het zorgstelsel is ingericht op het betalen per vergoeding, lijkt er een stimulans te zijn voor meer tests en meer behandelingen in de tweede lijn (KNMG-Stuurgroep, 2015; Moynihan e.a., 2012). Voor de eerste lijn lijkt dit niet te spelen. Ondanks dat in 2006 een consultvergoeding is ingevoerd voor de huisarts, heeft dit niet geleid tot een toename van het aantal consulten (Van Dijk, 2012).

Toch zien de voor deze studie geïnterviewde huisartsen bezwaren aan de huidige financieringsstructuur. Meerdere huisartsen geven aan dat de vergoedingen van zorgverzekeraars van invloed zijn op de zorgvraag van patiënten waarbij de huisarts twijfelt of de gevraagde zorg wel nodig is. Een van de geïnterviewde huisartsen zei: “De zorgverzekeraar met aanvullende polissen werkt zinnige en zuinige zorg tegen. In zo’n aanvullende polis worden ook onzinnige en onbewezen therapieën uitgebreid vergoed. Maar... daar is dan wel

¹⁸ <http://medischcontact.artsennet.nl/Actueel/Nieuws/Nieuwsbericht/151272/Het-roer-moet-om-bereikt-akkoord.htm> (geraadpleegd 23 juli 2015).

een briefje van de huisarts voor nodig. Wij worden dan belast met onzinnige dingen, waar we niet achter staan. De patiënt zegt: ik heb er recht op en de zorgverzekeraar zei dat met een briefje van de huisarts alles goed komt. Ik heb bijna elke dag wel zo'n consult." Verschillende huisartsen gaven aan dat dit verwijsbeleid voor hen een probleem vormde, enerzijds omdat zij het niet eens waren met de rol die zij werden geacht te vervullen, anderzijds omdat zij het soms niet eens waren met de vragen van de patiënten. Ook kunnen door zorgverzekeraars opgelegde voorwaarden invloed hebben op de zorginhoud die niet altijd gewenst is voor de individuele patiënt. Een huisarts legde dit als volgt uit: "Bij de diabetes ketenzorg krijg je geld voor een bepaald product. Dat moet dan aan bepaalde voorwaarden voldoen. Er worden dan bepaalde HbA_{1c} streefwaarden gesteld. Dan krijg je minder of meer vergoed als je waardes hoger of lager zijn dan die bepaalde waarde. Maar die, door de verzekeraar vastgestelde, streefwaarde is niet altijd goed voor een individu. Ik heb er mijn bedenkingen bij of dat zinnige zorg is". Zorgverzekeraars willen ook meer transparantie en meer meten in de zorg. Protocollair handelen maakt de zorg meetbaar, maar of dit nu ook altijd de beste zorg oplevert, daarover zijn de meningen van huisartsen verdeeld. Een voorbeeld genoemd door een huisarts: "Zorgverzekeraars werken met indicatoren, bijvoorbeeld dat 80% van de diabetespatiënten in je praktijk een statine (cholesterolverlagend middel) moet gebruiken. Dat is echter geen individuele zorg meer: is het nodig een diabetespatiënt van 80 jaar oud een statine te geven?" Standaardisatie kan zo leiden tot onnodige zorg.

Een voorbeeld van de invloed van marktwerking is de opkomst van specialistische behandelcentra. Twee geïnterviewde huisartsen gaven deze als voorbeeld van een ontwikkeling die onnodige zorg in de hand kunnen werken: "Op een manier worden we tegengewerkt door specialisten en zelfstandige behandelcentra. Zeker die laatste. Die maken soms rechtstreeks reclame naar de patiënt. Dan benaderen ze de patiënt, maar die moet vervolgens wel komen met een verwijzing van de huisarts. Het kost sowieso meer tijd dan tien minuten om een patiënt in zo'n geval op andere gedachten te brengen. Tot nu toe breng ik dat nog steeds op. Maar, dan doe ik wel concessies naar andere patiënten die langer moeten wachten door mijn uitloop." Ook de andere huisarts zag problemen in de tijd die dit kost: "Het is bijzonder lastig de patiënt er vervolgens van te overtuigen dat een verwijzing niet nodig is, en het kost veel energie ook". Deze vorm van onnodig verwijzen, door druk van buitenaf, gaat voorbij aan de poortwachtersfunctie van de huisarts.

Kosten van een behandeling

Een andere factor in het gezondheidszorgbeleid zijn de kosten. Het is op macroniveau immers van belang om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Maar hoe kijken huisartsen aan tegen de rol van kosten binnen de behandelrelatie? Huisartsen denken verschillend over de vraag of de kosten van een behandeling, naast de zorgvraag en de behoeften van de patiënt en het medisch oordeel, een factor moet zijn in de overwegingen om al dan niet te behandelen. Dit bleek uit de interviews met de huisartsen voor deze overzichtsstudie. Waar de ene huisarts aangaf dat het belangrijk was om aan efficiency te denken en geen onnodige kosten te maken, gaf de andere huisarts aan dat wanneer beslissingen op basis van evidentie en de behoeften van de patiënt worden gemaakt, het kostenaspect - in eerste instantie - niet mee hoeft te wegen. Een huisarts legde uit hoe dat werkt: “Er zit bij mij geen financieel plaatje in het achterhoofd. Behalve als het uit de hand loopt. Als iemand een MRI aanvraagt voor de verstuurde knie van een week eerder bijvoorbeeld... Als je beroepsvoetballer bent dan is dat misschien te overwegen, anders is dat echt ‘over the top’”. Een andere huisarts gaf aan dat kosten in eerste instantie niet meespelen in de behandeloverwegingen: “Voordat je aanvullende diagnostiek doet kijk je eerst naar wat het toevoegt aan je beleid. Verandert mijn beleid als ik een foto laat maken?”

Ook werd verschillend gedacht over of ‘gepaste zorg’ ook zuinigere zorg was. “Gepast is gepast bij de vraag van de patiënt. Is dat ook per definitie het goedkoopst? Soms niet, soms ook wel. Dat hangt ook af van de achterliggende gedachten”. Een andere huisarts was juist van mening dat het bieden van werkelijk ‘gepaste zorg’ duurder is: “Zorg op maat heeft een bepaalde prijs, maar die wil niet iedereen betalen. Dus verzekeraars en politici zeggen dat het gaat om zorg op maat, maar ondertussen willen ze die niet altijd betalen. Het verkeerde is wel dat je dan een verwachting creëert naar de patiënt. Die verwacht dat het allemaal kan, terwijl dat niet zo is. Door die valse verwachtingen ontstaat er een spanningsveld tussen de zorgverlener en diegene die verwacht zorg op maat te krijgen. Over het algemeen is zorg op maat duurder.”

Invloed van kosten op de zorg op beslissingen van patiënten

Het eigen risico bij de zorgverzekering leidt tot debat over de vraag of patiënten hierdoor niet vaker bepaalde zorg weigeren en dus te weinig zorg krijgen. Uit de interviews met de huisartsen kwam het beeld naar voren dat het eigen risico eerder in de hand werkt dat patiënten zorg mijden, d.w.z. “nee” zeggen tegen juist noodzakelijk geachte zorg. In 2013 bracht de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) resultaten van een onderzoek onder 1.028 huisartsen naar

buiten.¹⁹ Bijna alle huisartsen (94%) geven aan dat patiënten wel eens om financiële redenen een behandeling weigeren, waarvan de helft aangeeft dat dit toegenomen was na introductie van het eigen risico. Bijna zeven op de tien huisartsen (68%) geeft in datzelfde onderzoek aan dat het eigen risico invloed heeft op het leveren van goede zorg. Ook geeft een meerderheid (84%) van hen aan dat hun patiënten klagen over de hoogte van het eigen risico. Het Gezondheidsraad rapport uit 2014 geeft aan dat er ook suboptimale zorg geleverd wordt omdat mensen niet voor zorg willen betalen. Een voorbeeld dat gegeven wordt, is het aanbieden van medicatie in plaats van psychologische hulp bij psychische klachten. Een ander voorbeeld is dat patiënten een duurdere variant van een pijnstiller voorgeschreven krijgen dan de vrij verkrijgbare pijnstillers die zij zelf moeten betalen.

In een interview met Medisch Contact naar aanleiding van het hierboven beschreven LHV-onderzoek zegt de toenmalige LHV voorzitter dat niet de bekostiging van de zorg het startpunt moet zijn maar de zorgvraag. Hij zegt ook: “De kwestie van de budgettering en de financiering ligt bij de politiek. Oplossingen voor de groei van de zorgkosten moeten uit de maatschappij zelf komen. Ik bedoel: artsen en patiënten samen kunnen heel goed de vraag beantwoorden wat doelmatige zorg is.”²⁰

Naar aanleiding van Kamervragen over het LHV-onderzoek antwoordt minister Schippers de resultaten van het onderzoek moeilijk te kunnen duiden.²¹ Zij vroeg het NIVEL afgelopen jaar onderzoek te doen naar zorg mijden. Uit dat NIVEL-onderzoek komt naar voren dat desgevraagd 15% van de mensen in de 12 voorafgaande maanden wel eens afgezien heeft van een bezoek aan de huisarts (Van Esch e.a. 2015). Hiervan vindt bijna de helft (48%) achteraf dat dit geen goede beslissing was. Jaarlijks ziet 3 procent van alle mensen af van een huisartsbezoek om financiële redenen. Dit zijn vaker jongvolwassenen en mensen met een lager inkomen. Dit aantal is niet toegenomen de afgelopen jaren. Wat wel toegenomen is sinds 2010 is het percentage mensen dat een verwijzing niet opvolgt. In 2008 en 2009 lag het aantal mensen dat een verwijzing niet opvolgde op 18-20%. In 2011 steeg dit percentage naar 23%, en in 2012 en 2013 naar respectievelijk 26% en 27%. Deze resultaten zijn gebaseerd op een koppeling van huisartsgegevens uit de NIVEL Zorgregistraties en Vektis.

¹⁹ <http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/tijdschriftartikel/132968/eigen-risico-leidt-tot-mijden-van-zorg.htm>, geraadpleegd 24 juli 2015

²⁰ <http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/tijdschriftartikel/132968/eigen-risico-leidt-tot-mijden-van-zorg.htm>, geraadpleegd 24 juli 2015

²¹ <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/07/28/beantwoording-kamervragen-over-onderzoek-huisartsen.html>, geraadpleegd 24 juli 2015

Het aantal mensen dat minimaal één keer de aan hem of haar voorgeschreven geneesmiddelen niet binnen zeven dagen ophaalt, is tussen 2008 en 2010 gedaald. In 2008 haalde 34% van alle mensen die een geneesmiddel voorgeschreven kregen minimaal 20% van de recepten niet op bij de apotheek. In 2011 was dit percentage 24% om weer door te stijgen naar 28% in 2012 en 29% in 2014. Mensen uit achterstandswijken halen vaker minimaal 20% van hun recepten niet op bij de apotheek dan mensen in andere wijken. Uit het onderzoek van Van Esch blijkt dat mensen hun geneesmiddelen minder vaak ophalen aan het begin van het jaar. Flinterman e.a. (2014) vinden - in lijn hiermee - dat mensen vaker geneesmiddelen ophalen aan het eind van het jaar. Dit kan ermee te maken hebben dat mensen hun geneesmiddelen nog in het oude jaar ophalen omdat hun eigen risico voor dat jaar “al op” is. Overigens blijkt uit een onderzoek onder consumenten dat zij weinig inzicht hebben in hun zorgkosten en dat zij nauwelijks informatie hierover opzoeken. Als zij dit wel doen dan is het niet zozeer om te bepalen of hun zorggebruik opweegt tegen de kosten die ermee gemoeid zijn, maar meer om te achterhalen of een eigen bijdrage van toepassing is (Reitsma-Van Rooijen e.a., 2015). Dit terwijl het ministerie van VWS hoopt dat met transparantie over de zorgkosten mensen een betere afweging maken tussen hun zorggebruik en de kosten die ermee gemoeid zijn, om zo overbehandeling tegen te gaan (Ministerie van VWS, 2013).

Samenwerking tussen zorgverleners

Wanneer meerdere zorgverleners betrokken zijn bij de zorg voor een patiënt is er een risico op onnodige zorg. Gebrek aan afstemming kan bijvoorbeeld tot gevolg hebben dat een patiënt langer in de tweede lijn blijft dan medisch noodzakelijk is. Het kan ook tot gevolg hebben dat een patiënt onbedoeld onder controle is in zowel de eerste als de tweede lijn. Dubbele diagnostiek, zowel in de eerste als tweede lijn, als gevolg van een gebrekkige communicatie tussen huisarts en medisch specialist komt regelmatig voor.

Uit de interviews met huisartsen kwamen nog andere voorbeelden van onnodige zorg door een gebrek aan afstemming en samenwerking. Zo gaf een huisarts aan dat zij een patiënt na verwijzing naar de psycholoog enigszins uit het oog verliest. Het kan dan zijn dat een patiënt vijf of zes gesprekken krijgt, terwijl het misschien ook wel met drie gesprekken had gekund. Ook bij het inzetten van uitgebreide thuiszorg was dat volgens deze huisarts een mogelijk probleem. “Het is dan aan de thuiszorg zelf om kritisch te kijken naar wat echt nodig is. Zelf heb ik er dan geen zicht meer op.” Aan de andere kant kan er door samenwerking ook minder onnodige zorg worden verleend. Zo noemden twee huisartsen de ondersteuning door hun POH-er en de assistente. Zij gaven aan dat de zorg door deze samenwerking gepaster werd.

Tot slot

Verskillende factoren op maatschappelijk niveau en binnen het gezondheidszorgbeleid spelen een rol bij onnodige zorg in de huisartspraktijk. Voorbeelden hiervan zijn de hoge verwachtingen die patiënten hebben van de zorg en het ontstaan van ruimere definities van ziekte. Ook signaleren huisartsen dat de zorgverzekeraar of andere partijen – zoals particuliere behandelcentra – als het ware een rol in de spreekkamer krijgen en de door de huisarts geleverde zorg beïnvloeden. In het volgende hoofdstuk gaan we verder die spreekkamer als het ware in. We kijken dan naar welke factoren in de spreekkamer invloed hebben op het leveren van onnodige zorg.

5 In de spreekkamer

Kernboodschappen

- Rationele diagnostiek is een belangrijk kenmerk van de huisartsgeneeskunde. Hierbij horen ‘watchful waiting’ en adequaat omgaan met onzekerheid.
- Rationeel behandelen is eveneens een belangrijk kenmerk van de huisartsgeneeskunde. Richtlijnen zijn hierbij belangrijk maar onzekerheid over effecten van een behandeling is niet uit te sluiten.
- Belangrijke factoren in de spreekkamer die het leveren van onnodige zorg beïnvloeden zijn: gebrek aan tijd, het willen behouden van een goede arts-patiënt relatie en onwetendheid bij de patiënt.
- Goede communicatie en gezamenlijke besluitvorming kunnen leiden tot minder onnodige zorg maar op dit gebied is nog ruimte voor verbetering.
- Patiënten die niet de gewenste behandeling krijgen, zijn het daar in meerderheid niet mee eens. Goede communicatie en inspelen op verwachtingen van de patiënt kunnen bijdragen aan een beter begrip bij patiënten voor niet-behandelen.

Het voorgaande hoofdstuk beschreef factoren op macroniveau die hun weerslag hebben op de zorg verleend in de huisartsenpraktijk. In dit hoofdstuk gaan we de spreekkamer in, daar waar de zorg daadwerkelijk geleverd wordt.

5.1 *Factoren van invloed op onnodig handelen in de spreekkamer*

Rationele diagnostiek en de rol van onzekerheid

In het vorige hoofdstuk kwam al aan de orde dat de behoefte aan zekerheid over “wat er aan de hand is” kan leiden tot teveel diagnostiek. Kijken we naar het proces van diagnostiek in de spreekkamer dan is de visie van huisartsen te benoemen als ‘rationele diagnostiek’ (De Vries en Bindels 2014). Een kernelement hiervan is de ondersteuning van de diagnostiek door wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen. Een ander kernelement van rationele diagnostiek is een terughoudend diagnostisch beleid. Redenen hiervoor zijn de relatief lage a priori kans op ernstige aandoeningen in de huisartsenpraktijk met een daaraan gerelateerde relatief hoge kans op fout-positieve uitslagen. Ook kan het bezorgdheid bij de patiënt oproepen. Verder kan er iatrogene schade ontstaan en zijn er kosten aan diagnostiek verbonden. De poortwachterfunctie, aldus De

Vries en Bindels, houdt onder meer in dat “onnodige diagnostiek – ook in de tweede lijn – probeert te voorkomen zonder aan doelmatigheid in te boeten bij het opsporen van ernstige aandoeningen”(p 32).

De Vries en Bindels wijzen ook op de onzekerheid die inherent is aan het diagnostisch proces in de huisartsenpraktijk. Evidence-based handelen is namelijk niet altijd mogelijk. In zo'n geval is er een grotere mate van onzekerheid hetgeen kan leiden tot het doen van extra tests om meer inzicht in de klachten te krijgen. Hierin zijn wel verschillen tussen huisartsen: de ene huisarts is meer risicomijdend dan de andere, soms als gevolg van een recente foutieve of te late diagnose (van der Weijden e.a., 2002). Waar sommige huisartsen in geval van onzekerheid eerder een test zullen aanvragen, zullen anderen eerder het principe van watchful waiting hanteren, oftewel controlerend afwachten, het even op zijn beloop laten. Bij onverklaarde klachten, die meestal vanzelf overgaan, wordt bijvoorbeeld een periode van wachten van vier weken aangeraden. Onderzoek heeft laten zien dat dit een nuttige strategie is die niet leidt tot uitgestelde aanvragen voor testen (Van Bokhoven e.a., 2012). Anders wordt dit wanneer de huisarts een “niet-pluis” gevoel heeft. In zo'n geval is er niet een direct aanwijsbare reden waarom er iets mis zou zijn met de patiënt, maar heeft de huisarts toch het gevoel dat er iets mis is (Donker 2011; Stolper e.a., 2013). In een onderzoek bij kinderen met serieuze infecties bleek dit niet-pluis gevoel de beste voorspeller te zijn dat er daadwerkelijk iets aan de hand was (Van den Bruel e.a., 2010). En uit onderzoek in de Nederlandse huisartspraktijk bleek dat bij twee derde van 133 patiënten waarbij de huisarts een niet-pluis gevoel had een diagnose werd gesteld; bij ruim een derde van deze 133 patiënten werd de diagnose kanker gesteld (Donker 2011). Gesteld kan dus worden dat het adequaat omgaan met onzekerheid een kernelement is van het vak van de huisarts. Dit is, zoals een vertegenwoordiger van het NHG aangaf tijdens de invitational conference, inherent aan de keuze die in Nederland is gemaakt voor een systeem met de huisarts als poortwachter. De huisartsen die voor deze studie geïnterviewd zijn, zijn zich hiervan bewust maar willen toch zoveel mogelijk zekerheid hebben. Zoals een huisarts dit verwoordde: “Als huisarts wil je mogelijke oorzaken uitsluiten. Als je twijfelt, dan onderzoek je verder”.

Behandeling: evidence-based, maar soms ook onzekerheid

De visie van huisartsen betreffende diagnostiek trekken zij door als het gaat om behandeling. Ook hier geldt dat onzekerheid verminderd kan worden door het behandelen te baseren op wetenschappelijk bewijs. Dit is zoveel mogelijk vastgelegd in richtlijnen. Er zijn intussen meer dan honderd zogenoemde NHG-standaarden ontwikkeld waarin evidence-based aanbevelingen gedaan worden voor het handelen van huisartsen. Echter, niet alle aanbevelingen uit de richtlijn zijn zo toe te passen op elke patiënt (Smulders e.a., 2010). Hierdoor blijft er onzekerheid over de werkzaamheid van een behandeling op individueel niveau

(Gezondheidsraad, 2014). Uit een grootschalige systematische literatuurreview van Bloemendal e. a. blijkt dat er grote variatie is in de naleving van Nederlandse richtlijnen die geautoriseerd zijn door een nationale beroepsvereniging van BIG-registerplichtige zorgverleners waaronder huisartsen (Bloemendal e.a., 2011). De voor onze studie geïnterviewde huisartsen gaven aan het niet lastig te vinden om af te wijken van het algemene advies in de NHG-standaarden om zo de zorg beter aan te laten sluiten bij de individuele patiënt. Een huisarts legde uit dat hij de richtlijnen vooral ter ondersteuning gebruikt. "Ik zie de standaarden echt als een richtlijn, niet als protocol. De keuzes worden genoemd. Bovendien, je kunt niet alle standaarden volgen. Het is te veel informatie." Een andere huisarts gaf aan dat de standaarden juist helpen bij het gepast en op maat maken van de zorg: "Richtlijnen helpen ook om uit te leggen wanneer iets niet nodig is. Daar staat dan in: 'In de meerderheid van de gevallen is het niet nodig om een bepaald onderzoek te doen'. De patiënt zegt dan wel eens: ik ben geen statistiek, ik ben een individu. Als huisarts zeg ik dan: dat is ook zo, maar ik kijk ook naar jouw belang en als ik je verhaal hoor en je nagekeken heb dan heb ik geen reden om aan te nemen dat verder onderzoek nodig is."

Ondanks het feit dat evidence-based handelen wordt aangeraden, bestaat nog lang niet voor alle behandelingen bewijs. Voor bijna de helft van veelvoorkomende behandelingen is de werkzaamheid onbekend (Smulders e.a., 2010). Hoe gaan huisartsen hiermee om? In een Nederlands onderzoek is aan 142 huisartsen gevraagd om de zorg te beoordelen die zij verlenen, wat betreft onzekerheid in het handelen. Voor 42% van de medische zorg is het eenduidig wat er gedaan moet worden (evidence aanwezig). Voor 37% zijn er meerdere mogelijkheden met gelijke uitkomsten (de mening van de patiënt en zijn sociale context zijn dan doorslaggevend). Voor 21% van de medische zorg is het volgens huisartsen onzeker of de behandeling het gewenste effect heeft voor de patiënt (Wammes e.a., 2014).

Gebrek aan tijd

Gebrek aan tijd is een veel genoemde reden voor het verlenen van onnodige zorg (Stuurgroep KNMG, 2015; Gezondheidsraad, 2014; Van der Weijden e.a., 2002; Sirovich e.a., 2011). "Niets doen kost tijd" is een veelgehoorde uitspraak. Een huisarts gaf tijdens de interviews aan: "Om 'tijd in te lopen' in het spreekuur, is het makkelijk om toch medicatie voor te schrijven of diagnostiek aan te vragen. Een voorbeeld is de PSA test. Het kost veel meer tijd om de patiënt te overtuigen dat de test niet nodig is, dan om deze aan te vragen". Het gebrek aan tijd was voor de geïnterviewde huisartsen een belemmering bij het verlenen van gepaste zorg: "Het kost alleen wel vaak meer tijd om iets niet te doen dan om iets wel te doen. Je stopt er dan wel meer tijd in." Dit werd in een ander interview verder toegelicht: "Hulpvragen worden ingewikkelder.[...] Als iemand bij je

komt die zegt: ik heb al acht weken buikpijn. Dokter, heb ik kanker? Dan red je dat niet in een consult.[...] In een gesprek moet zich al een heel plan ontvouwen. Je moet heel gepast iemand in meerdere fases nakijken. Tijdens het eerste gesprek bespreek je dan het ingewikkelde verhaal. De tweede keer doe je het lichamelijk onderzoek en de derde keer ga je bloedprikken. Terwijl je het misschien wel eerder helder zou willen krijgen, maar dat is soms niet haalbaar. Je neemt dus noodgedwongen een aantal stappen omdat het in één consult niet allemaal kan.” Een andere huisarts gaf aan dat hij vooral zelf nadeel ondervond van de toegenomen tijdsdruk: “Het komt er meestal op neer dat ik langere dagen maak. Ik probeer geen onheuse keuzes te maken.” Tenslotte gaf een huisarts een voorbeeld waaruit blijkt de tijdsdruk leidde tot het verlenen van onnodige zorg: “Het komt wel eens voor dat je uit tijdgebrek een verwijzing geeft, maar niet vaak”. Echter, niet alle geïnterviewde huisartsen zijn van mening dat een gebrek aan tijd een belangrijke factor is in het verlenen van onnodige zorg. “Je hebt het als huisarts altijd druk, dat is niet de reden dat onnodige zorg verleend wordt. Als je een goede verstandhouding hebt met je patiënt, dan kost het minder tijd en energie om uitleg te geven over waarom je iets niet doet.”

Behoud van een goede relatie met de patiënt

Het willen behouden van een goede relatie met de patiënt is een belangrijke factor om aanvullend onderzoek te doen (Van der Weijden e.a., 2002; Gezondheidsraad, 2014). Patiënten hebben vaak hoge verwachtingen, bijvoorbeeld van bloedtesten (Van Bokhoven e.a., 2006). Voor huisartsen staat het vertrouwen van de patiënt centraal en daar moet af en toe in worden geïnvesteerd. Een door ons geïnterviewde huisarts: “Als ze dan vasthouden dan gebruik ik de judo-methode. Ik geef nu mee, ook omdat die vertrouwensband opgebouwd moet worden. Die heb je niet a priori. Daarvoor moet je soms meegeven om op een later moment wel de goede richting op te kunnen buigen.” Een andere huisarts noemde dit ‘handjeklap met de patiënt’ en gaf het voorbeeld van een patiënt die terugkomt van een fysiotherapeut die heeft aangedrongen op verder onderzoek. De patiënt is dan opgefokt en vindt dat er nu echt iets moet gebeuren. “Een foto kan dan helderheid geven. Kijk, het staat netjes op elkaar en het zit echt in de spieren”. Dit helpt om de patiënt weer in het goede traject te sturen zodat deze zelf oefeningen gaat doen en gaat leren te ontspannen. “Volgens evidence voegt de foto misschien niet veel toe aan de prognose, maar je komt er toch niet altijd onder uit”. Het behoud van die goede relatie speelt ook een rol als het gaat om de behandeling zelf: “Er zijn meerdere redenen voor een huisarts om een bepaald beleid te voeren. Je wil bijvoorbeeld ook vertrouwen geven aan de patiënt. Of de patiënt helpen met het accepteren van klachten, als er wel een diagnose te stellen is, maar er geen behandeling is- bijvoorbeeld bij chronische pijn, chronische vermoeidheid of psychische klachten die somatische klachten geven- dan is bloedonderzoek een ‘goedkope

manier' om de patiënt gerust te stellen. Ook kan je de uitslag gebruiken in de verdere relatie, je kan er op terugkomen: uit het bloedonderzoek kwam niets naar voren, een verwijzing is dus niet nodig. Zo kan het ook juist kosten besparen.”

Onwetendheid bij de patiënt

Uit de voor deze studie afgenomen interviews met huisartsen kwam naar voren dat onwetendheid van patiënten ook een reden kan zijn om meer zorg dan nodig te vragen. De geïnterviewde huisartsen gaven aan dat onwetendheid vooral in de laatste levensfase regelmatig leidt tot onnodige zorg. Onwetendheid over de nadelen van te lang doorbehandelen kan dan bijvoorbeeld leiden tot patiënten die “willen vechten tot ze er bij neervallen”. Onwetendheid over de (on)mogelijkheden van pijnbestrijding kan leiden tot verzoeken om palliatieve sedatie waar dat eigenlijk niet aan de orde is. En onwetendheid over het stervensproces leidt in sommige gevallen tot de vraag om een bespoediging van een natuurlijk proces. Ook onwetende of angstige familieleden kunnen daarbij een rol spelen. “Je kunt als huisarts onder druk van familieleden komen te staan” zo verwoordde een huisarts een algemenere mening. Een andere huisarts legde uit dat: “Familieleden kunnen daarbij heel dwingend zijn en zijn natuurlijk sowieso erg emotioneel. Daarbij hebben zij soms ook angst voor het normale stervensproces. Terwijl dat natuurlijk niet te plannen valt. Ze willen dan bijvoorbeeld dat het snel voorbij is.”

5.2 *Uitgelicht: communicatie tussen huisarts en patiënt*

Communicatie en gezamenlijke besluitvorming

Communicatie tussen huisarts en patiënt staat aan de wieg van elk medisch handelen. De dingen die de patiënt vertelt en de manier waarop de arts vervolgens doorvraagt, zijn mede bepalend voor het te volgen beleid. Dit beleid bepalen huisartsen en patiënten bij voorkeur gezamenlijk. Daarnaast is communicatie ook de basis voor de vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt (Reinders & Van Nuland, 2014). We zagen hiervoor al dat huisartsen sterk hechten aan deze vertrouwensrelatie. Communicatie is echter niet altijd adequaat of effectief. Binnen de communicatie spelen twee behoeften van de patiënt: “the need to know and the need to be known” (Bensing 2000). Deze behoeften moeten allebei aan bod komen: een patiënt moet – om een gezamenlijk besluit te kunnen nemen – weten wat de behandelopties zijn met de daarbij behorende voor- en nadelen in zijn of haar specifieke situatie. Daarnaast is het belangrijk dat de patiënt zich gehoord en begrepen voelt, wat belangrijk is voor de vertrouwensrelatie zodat de patiënt durft te zeggen wat hij vindt en wil. Goede communicatie is daarmee een basisvoorwaarde voor gezamenlijke besluitvorming (of shared decision making). Gezamenlijke besluitvorming

wordt door Elwyn e.a. (2010) gedefinieerd als een proces waarbij arts en patiënt samen beslissingen nemen op basis van de best beschikbare (wetenschappelijke) kennis, en waarbij patiënten aangemoedigd worden om de verschillende behandelmogelijkheden - elk met eigen voor- en nadelen en risico's - te overwegen, zodat zij hun voorkeuren kunnen ontwikkelen en kenbaar kunnen maken. Gezamenlijke besluitvorming is dus gebaseerd op een partnerschap tussen patiënt en zorgverlener, beiden hebben een verantwoordelijkheid in het proces. De patiënt heeft de verantwoordelijkheid om aan de zorgverlener kenbaar te maken wat zijn of haar wensen en behoeften zijn ten aanzien van zorg en de zorgverlener heeft de verantwoordelijkheid om de patiënt informatie te geven over de aandoening en de verschillende behandelmogelijkheden.

Gezamenlijke besluitvorming in de praktijk

Dát patiënten samen willen beslissen met hun arts over de behandeling, kwam naar voren in de meldactie die de NPCF in december 2013 hield en waaraan 8.208 personen deelnamen (Van Haastert & Lekkerkerk, 2014). Vrijwel alle (98%) melders gaven aan samen te willen beslissen, 70% wilde dit altijd, 28% wilde dit wel maar niet altijd (bijv. niet in geval van spoed en/of levensbedreigende aandoeningen of problemen). De drie meest genoemde voorwaarden die de deelnemers meldden voor gezamenlijke besluitvorming zijn: 1) voldoende informatie over voor- en nadelen en risico's van verschillende behandelmogelijkheden, 2) voldoende informatie over verschillende behandelmogelijkheden en 3) een arts die er voor open staat. De cijfers liggen iets anders bij een algemene steekproef van zorggebruikers uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Op de vraag in hoeverre zij betrokken willen zijn in de keuze voor een behandeling antwoordt 23% het liever aan de arts over te laten om te bepalen wat het beste is, tegenover 49% die het daar niet mee eens is (tabel 5.1). Ruim een kwart van de mensen heeft hier geen uitgesproken mening over. Ongeveer een derde van de mensen vindt dat de belangrijkste medische beslissingen door de arts genomen moeten worden, tegenover 40% die dat niet vindt. Ook hier heeft ruim een kwart geen duidelijke mening.

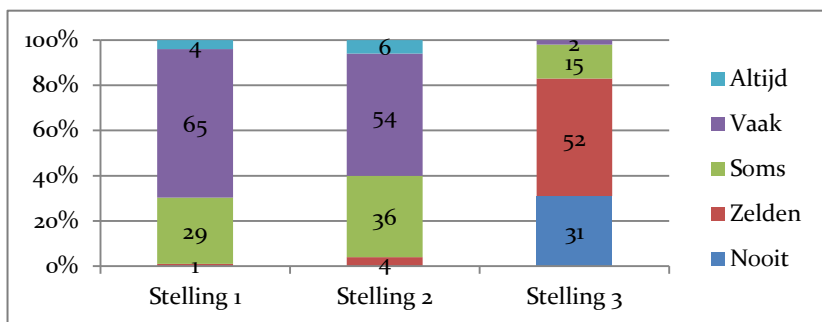
Tabel 5.1: Mening van consumenten (n=1.291) over in hoeverre zij betrokken willen zijn in de keuze voor een behandeling

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Niet eens, niet oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
Laat de dokter maar beslissen wat het beste is voor mijn gezondheid. Dat heb ik liever dan dat ik een keuze moet maken.	13%	36%	28%	18%	5%
De belangrijkste medische beslissingen moeten genomen worden door mijn dokter, niet door mij.	11%	29%	28%	24%	8%

Bron: vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg, NIVEL, juni 2013.

In een ander recent NIVEL-onderzoek is ook aan huisartsen gevraagd naar de wijze van gezamenlijke besluitvorming tijdens hun consulten (Van Hassel e.a., 2015). Hieruit blijkt dat ongeveer twee derde van de huisartsen aangeeft dat zij vaak de verschillende mogelijkheden voorleggen aan de patiënt, waarna de patiënt de beste behandeling kiest (figuur 5.1). Echter, ruim de helft van de artsen geeft ook aan vaak alleen de beste behandeling uit te leggen en de patiënt te vragen of die het ermee eens is.

Figuur 5.1: Mate van gezamenlijke besluitvorming gerapporteerd door huisartsen (n=220)



Stelling 1: Ik leg verschillende mogelijkheden voor aan de patiënt en de patiënt kiest welke behandeling het beste bij hem/haar past.

Stelling 2: Ik leg de naar mijn mening beste behandeling voor aan de patiënt en vraag of hij/zij het daarmee eens is.

Stelling 3: Ik leg de naar mijn mening beste behandeling uit aan de patiënt en start deze zonder verder overleg.

Bron: Van Hassel e.a., 2015.

Wanneer echt in de spreekkamer gekeken wordt, dan zien we dat gezamenlijke besluitvorming tussen huisarts en patiënt in de dagelijkse praktijk nog geen vanzelfsprekendheid is. Butalid (2014) keek in haar proefschrift naar de veranderingen in de communicatie (periode 1975 – 2008) tussen huisarts en patiënt op basis van op video opgenomen consulten. Haar conclusie was dat de huisarts tegenwoordig vooral de nadruk legt op het verstrekken van informatie en advies en minder emphatisch is dan voorheen. De patiënt was aan de andere kant ook niet snel geneigd zijn zorgen te uiten tijdens het consult (Butalid, 2014).

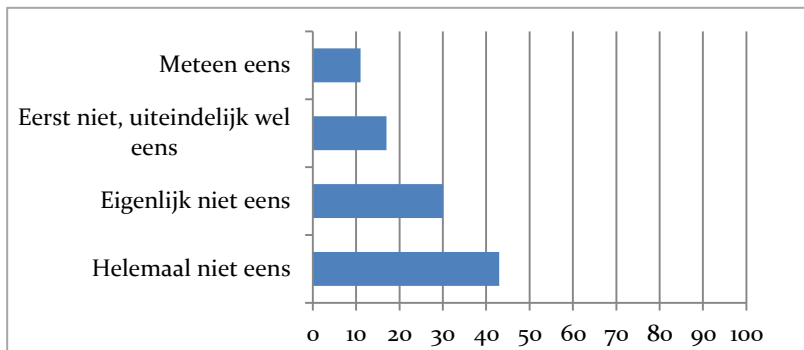
Dat de patiënt nog niet zo mondig is als soms wordt gedacht, blijkt ook uit andere publicaties. Zo geven de praktijkverhalen opgenomen in de brochure ‘samen beslissen met de dokter’ van de NPCF het beeld weer dat het gezamenlijk beslissen over de best passende behandeling nog niet altijd gebeurt (NPCF, 2014). Dit beeld komt ook naar voren in de door het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) uitgebrachte bundel met interviews met artsen en (vertegenwoordigers van) patiënten over gezamenlijke besluitvorming in de praktijk (CEG, 2014). Zij beschrijven barrières die men ondervindt in de praktijk en voorwaarden waaraan voldaan moet worden om samen te kunnen beslissen, namelijk vertrouwen, empathie, eerlijkheid en tijd. Ook de RVZ concludeerde in haar rapport dat de participatie van patiënten in hun behandeling nog verbeterd kan worden (RVZ, 2013).

Gezamenlijke besluitvorming over niet-behandelen niet vanzelfsprekend

Niet-effectieve communicatie kan ertoe leiden dat een behandeling wordt ingezet waar de patiënt niet volledig achter staat. Of dat de patiënt met vragen blijft zitten wanneer hij of zij geen behandeling krijgt aangeboden. Het is daarom belangrijk om de verwachtingen van de patiënt over een behandeling expliciet te maken en zaken te bespreken. Dat er niet altijd overeenstemming wordt bereikt, blijkt ook uit de peiling onder leden van het Consumentenpanel van het NIVEL. We vroegen zorggebruikers die niet de gewenste behandeling kregen in hoeverre men het eens was met de zorgverlener om geen behandeling te starten. Hierop antwoordde drie kwart van de mensen dat zij het er (helemaal) niet mee eens waren (zie figuur 5.2). De vraag is wel of dit zo is omdat zij echt een behandeling wilden of omdat zij niet voldoende voorgelicht zijn over de voor- en nadelen van niet behandelen versus wel behandelen. Meerdere onderzoeken laten namelijk zien dat patiënten die actief participeren in het

besluitvormingsproces lijken te kiezen voor conservatievere behandelingen (Stacey e.a., 2014; COPA; Brabers e.a., 2014). Zoals de RVZ in haar rapport over ‘gepaste zorg’ zegt: “een goed geïnformeerde patiënt consumeert minder” (RVZ, 2004, p.21). Dit is een indicatie dat patiënten mogelijk wel open staan voor de keuze voor niet behandelen als ze hierover maar goed geïnformeerd worden.

Figuur 5.2: De mate waarin de zorggebruiker die niet de gewenste behandeling kreeg het eens is met de zorgverlener om geen behandeling te starten (n=157)(%)



Bron: vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg, NIVEL, 2014

Huisartsen over het belang van goede communicatie inzake onnodige zorg

De voor deze studie geïnterviewde huisartsen onderstrepen dat communicatie heel belangrijk is bij het passend maken van de zorg. Daarbij leken zij het vooral te zien als een middel om te kunnen achterhalen wat de échte beweegredenen waren van patiënten met een bepaalde zorgvraag. Daarnaast zagen zij het ook als een middel om hen te overtuigen van de, volgens de huisarts, beste keuze. Wanneer in een gesprek duidelijk wordt wat de échte zorgen van een patiënt zijn, kan de zorg hierop goed worden aangepast, zo gaven verschillende huisartsen aan. Zo vertelde een huisarts: “Je moet kijken wat de hulpvraag is van de patiënt en wat de achterliggende angsten of gedachten zijn. Als iemand zegt: kijk toch eens naar dat pukkeltje. Daar zit iets achter. Bijvoorbeeld dat iemand uit zijn omgeving net is overleden aan een melanoom. Je zult soms een andere zorgroute krijgen als je weet wat iemand beweegt.”

Daarnaast is communicatie van groot belang wanneer de patiënt en de huisarts (nog) niet op één lijn zitten en verschillende keuzes voor ogen hebben. Een huisarts vertelde: “Vaak vragen ze om advies, dan zijn we het eens. Dat je echt tegenover iemand komt te zitten gebeurt niet vaak. Vaak probeer je iemand te

overtuigen. Dan kom je in een discussie en dan word je het meestal wel eens. Daarbij gebruik ik medisch inhoudelijke overwegingen: wat is je doel en ga je dat zo ook halen? Ook hebben we het dan over de motivatie die nodig kan zijn en de belasting die wél behandelen kan opleveren.”

Verschillende keren noemden huisartsen het belang van goede en tijdige communicatie in de laatste levensfase. “Zelf ben ik er een voorstander van om op tijd met oudere patiënten te gaan praten over wanneer je stopt. Je moet op tijd met de patiënt, en vooral ook met diens familie, gaan praten. Daar is nog een enorme winst te behalen, ook voor de patiënt die anders eindeloos ziekenhuis in en ziekenhuis uit moet.” Een andere huisarts zag grote ontwikkelingen op dit punt. “In de laatste levensfase wordt nu al minder snel behandeld. Veel mensen gaan daar zelf het gesprek over aan. Het leeft in de maatschappij, er is meer bewustzijn.”

Verschillende huisartsen namen de term ‘opvoeding’ in de mond wanneer ze het hadden over de effecten van communicatie op de langere termijn. Zo legde een huisarts uit dat je een duidelijk verschil kon merken tussen een praktijk waar de voorganger een heel restrictief antibioticabeleid had gevoerd of een praktijk die was overgenomen van een huisarts die juist erg makkelijk antibiotica had voorgeschreven. Bij de praktijk waar in het verleden veel uitleg was gegeven over antibiotica “hadden de patiënten vaak ook zelf helemaal geen trek in antibiotica”. Een andere huisarts gaf het voorbeeld van jonge ouders die naar de praktijk komen met een kindje dat heel erg hoest. Wanneer zij dan denkt dat er met antibiotica gestart moet worden dan spreekt zij expres niet van een longontsteking. Aangezien toch nooit zonder foto zeker valt te bepalen of het daadwerkelijk een longontsteking was vond zij dat de term longontsteking beter niet gebruikt kon worden. “Anders staan ze bij een volgende snotneus gelijk op je stoep want ze zijn zich rot geschrokken”.

De informatiefunctie van communicatie werd genoemd in relatie tot verschillende momenten binnen het consult. Zo was er een huisarts die aangaf dat hij het vooral belangrijk vond dat een patiënt een goed geïnformeerde keuze maakt: “Als iemand de consequenties overziet dan is het de eigen keus. Ik zal een aantal keren aandringen, maar dan is het prima. Als ze het maar overzien en voldoende informatie hebben gekregen.” Er was ook een huisarts die vertelde over het belang van communicatie ná het nemen van een beslissing: “Zelf probeer ik meer aandacht aan het tweede deel van het consult te besteden. Uitleg geven, zodat de patiënt niet met vragen blijft zitten.”

Tot slot

De spreekkamer is een boeiende plaats als het gaat om onnodige zorg. Immers, daar vindt de daadwerkelijke beslissing over het wel of niet behandelen plaats.

Duidelijk is dat huisartsen zich bewust zijn van hun rol in het voorkomen van onnodige zorg, maar soms nog toegeven om vanwege gebrek aan tijd, onzekerheid in het handelen en het willen behouden van de goede relatie met de patiënt. Communicatie en ook gezamenlijke besluitvorming vormen een belangrijke sleutel in het voorkomen van onnodige zorg. Patiënten zelf zijn echter nog niet altijd mondig genoeg om de rol als mede-beslisser op zich te nemen. Er zijn echter wel initiatieven om dit te verbeteren. Het volgende hoofdstuk bespreekt deze alternatieven samen met (andere) initiatieven om onnodige zorg te verminderen.

6 Initiatieven en mogelijkheden om onnodige zorg in de huisartspraktijk terug te dringen

Kernboodschappen

Binnen de huisartsenzorg zijn diverse initiatieven die zich direct of indirect richten op het terugdringen van onnodige zorg. Voorbeelden hiervan zijn:

- Dappere Dokters, een in 2012 opgericht collectief van huisartsen en medisch specialisten dat zich ten doel stelt optimale (in plaats van maximale) zorg te leveren;
- Landelijke Samenwerkingsafpraak “Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek”
- Initiatieven om gezamenlijke besluitvorming te ondersteunen zoals “option grids” en keuzehulpen
- Gebruik van spiegelinformatie en intercollegiale toetsing
- Campagne “Verstandig kiezen” (gericht op terugdringen onnodige zorg in de tweede lijn maar met mogelijke effecten op de eerste lijn)

Er zijn diverse initiatieven die lopen of gestart worden om onnodige zorg in de huisartsenpraktijk tegen te gaan. Ook zijn er oplossingen aangedragen of mogelijkheden genoemd in de literatuur of door huisartsen zelf om onnodige zorg in te perken. Dit hoofdstuk geeft een selectie van deze initiatieven en mogelijkheden. Hierbij ligt de nadruk op initiatieven door en voor huisartsen en hun patiënten. In de laatste paragraaf gaan we daarnaast kort in op de campagne “Verstandig kiezen” die zich vooral op medisch specialisten richt maar die ook relevant kan zijn voor huisartsen.

6.1 *Dappere Dokters*

Optimale zorg – Dappere Dokters

“Dappere Dokters” is een collectief dat in Amsterdam gestart is om onnodige zorg te verminderen. Het collectief roept op om *optimale* zorg in plaats van *maximale* zorg te leveren, waarbij het optimale zorg definieert als “de gunstigste zorg voor de patiënt waarbij de persoon van de patiënt belangrijker is dan de ziekte” (LHV/HKA, 2012). Oftewel: “Dappere Dokters staan voor de denk-omslag van maximale naar optimale zorg: doen wat nodig is en laten wat niets

bijdraagt”.²² Deze manier van werken moet leiden tot zinnigere zorg, zowel vanuit het perspectief van de patiënt als vanuit het perspectief van doelmatigheid. De leden van het collectief zijn huisartsen en medisch specialisten die kritisch kijken naar zowel hun eigen functioneren als naar dat van hun collega’s. Introspectie is daarmee een belangrijke activiteit voor de Dappere Dokters. Introspectie is nodig, aldus de Dappere Dokters om de omslag te maken van maximale naar optimale zorg. De grens tussen deze twee vormen van zorg is niet altijd gemakkelijk vast te stellen en daarom is reflectie nodig.

Medewerking van de patiënt is cruciaal voor het leveren van optimale zorg en de patiënt moet dan ook worden betrokken in het denkproces en beslist mee over de zorg. Dit vraagt ook om dappere patiënten. In een artikelenreeks voor het NTvG schreef Buurman: *“Dappere patiënten bereiden zich goed voor op het gesprek met de arts, zoeken vaak zelf thuis al informatie op en durven vervolgens vragen te stellen aan de arts over nadelen van de voorgestelde behandeling en het te verwachten resultaat, zodat ze weten of dit ook bij hun eigen wensen en voorkeuren aansluit”* (Buurman, 2013a-d). De Minister van VWS steunt het initiatief van Dappere Dokters. Zij geeft aan dat de financiering in eerste plaats bij de zorgverzekeraar ligt en de rol van VWS is het systeem zo in te richten dat er geen obstakels zijn voor het verlenen van optimale zorg: een nieuw bekostigingssysteem voor huisartsen in 2015 waarin meer ruimte komt voor het verlenen van optimale zorg.²³ Buurman (weekboek 1 t/m 4, NTvG, 2013a-d) geeft aan dat een dappere zorgverzekeraar kritisch durft *“te kijken naar de in te kopen ziekenhuiszorg en benut de poortwachterfunctie van de huisarts beter door bijvoorbeeld afspraken te maken met specialisten over welke onderlinge verwijzingen wel en niet vergoed worden. Ook kan de dappere zorgverzekeraar initiatieven die optimale zorg in de hand werken financieel steunen”*.

Concrete activiteiten van de Dappere Dokters zijn onder andere de jaarlijkse bijeenkomsten (vanaf 2012) met als doel het zoeken van concrete mogelijkheden om de zorg te optimaliseren. Het collectief identificeerde tijdens de afgelopen bijeenkomsten mogelijkheden op de volgende vlakken: betere communicatie met de patiënt, betere samenwerking en afstemming tussen huisarts en specialist, en de rol van de zorgverzekeraar in het terugdringen van overdiagnostiek en overbehandeling. Ook reikt het Dappere Dokters collectief jaarlijks een aanmoedigingsprijs uit. Cardioloog Ad Bakx uit het BovenIJ

²² Deze paragraaf is gebaseerd op:
<http://www.zorgin2030.nl/broedplaatsen/broedplaats-amsterdam-amstelveen/optimale-zorg-dappere-dokters/> (geraadpleegd 25 augustus 2015) en <https://amsterdam-almere.lhv.nl/dappere-dokters-o> (idem).

²³ Uit videoboodschap minister Schippers:
<http://lhv.artsenet.nl/amsterdam/Optimale-zorg-Dappere-dokters.htm>

ziekenhuis is uitgeroepen tot Dappere Dokter 2013 vanwege de afspraken die hij heeft met drie huisartsen over het terugverwijzen van patiënten met hart-/vaatziekten voor verdere controle. Longarts Wanda de Kanter won de prijs in 2014 voor haar actieve en vasthoudende strijd tegen roken. Zij zet zich daarnaast in voor een goede samenwerking met de regionale huisartsen.

6.2 *Terugdringen van overdiagnostiek*

Overdiagnostiek is een onderdeel van onnodige zorg en in eerdere hoofdstukken zagen we dat artsen vinden dat op dit terrein nog winst te behalen is. Zo bleek al uit onderzoek uit 1991 dat wanneer het aanvraagformulier voor laboratoriumonderzoek sterk beperkt wordt en de huisarts ook de reden van onderzoek en zijn a priori kans op een afwijking kan aangeven, dit leidt tot een afname in het aantal aanvragen (Zaat e.a., 1991). Het gebruik van een beslissingsondersteunend computersysteem in de huisartspraktijk dat gebaseerd is op de richtlijnen leidt eveneens tot een vermindering in het aantal aanvragen voor bloedonderzoek (Poley e.a., 2007).

Om optimaal gebruik te maken van laboratoriumdiagnostiek en dus onnodige diagnostiek te voorkomen heeft het NHG in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie (NVKC), de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM) en de Centra voor Medische Diagnostiek (SAN) de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak (LESA) ‘Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek’ opgesteld (NHG, 2012). Het doel van deze LESA is: “de juiste diagnostiek bij de juiste indicatie te bevorderen en onnodige diagnostiek of het aanvragen van diagnostiek op onjuiste indicatie te voorkómen”.²⁴ De LESA stimuleert ook het gebruik van een probleemgeoriënteerd aanvraagformulier.

6.3 *Stimuleren van gezamenlijke besluitvorming*

Zoals eerder naar voren kwam, is een goede communicatie tussen huisarts en patiënt belangrijk bij het voorkómen van onnodige zorg. Het expliciteren van wensen en verwachtingen door zowel de patiënt als arts en het goed informeren van de patiënt over de mogelijke behandelopties (waarvan niet behandelen er een kan zijn) kan onnodige zorg tegengaan. “Een goed geïnformeerde patiënt consumeert minder”, concludeerde de RVZ in 2004 al in haar rapport (RVZ, 2004). Er zijn diverse initiatieven die inzetten op het stimuleren van de geza-

²⁴ <https://www.nhg.org/themas/publicaties/lesa-rationeel-aanvragen-van-laboratoriumdiagnostiek> (geraadpleegd 25 augustus 2015)

menlijke besluitvorming tussen arts en patiënt. De RVZ doet in haar rapport 'De participerende patiënt' zes aanbevelingen om gezamenlijke besluitvorming beter in te bedden in de zorg (RVZ, 2013):

1. Het verbeteren van de betrouwbaarheid van algemene gezondheidsinformatie;
2. Het verbeteren van de toegankelijkheid van specifieke (op de patiënt toegesneden) gezondheidsinformatie;
3. Het opnemen van keuzemomenten en keuzeopties en de voor- en nadelen van de keuze-optie in klinische praktijkrichtlijnen en de vertaling daarvan in patiëntenversies;
4. De ontwikkeling en implementatie van keuzehulpen;
5. Het recht van de patiënt om een Individueel Zorgplan te eisen;
6. Het belonen van de mate waarin zorgverleners patiënten betrekken in de besluitvorming.

Op een aantal van deze punten zijn inmiddels initiatieven ontplooid. Hieronder beschrijven we deze, onderverdeeld in handvatten voor de (huis)arts, handvatten voor de patiënt en keuzehulpen.

Samen beslissen: handvatten voor de huisarts

Om samen te kunnen beslissen, is het belangrijk dat de patiënt goed inzicht krijgt in de voor- en nadelen van verschillende behandelingen en ook wat de gevolgen zijn van het niet inzetten van een behandeling. Hiertoe is het belangrijk dat huisartsen hun patiënten betrekken in het gesprek. De NPCF geeft artsen bijvoorbeeld de volgende adviezen (NPCF 2014):

- patiënten informeren over de verschillende behandelopties inclusief de voor- en nadelen en risico's;
- de mening en inbreng van de patiënt even belangrijk te laten zijn als die van henzelf.
- samen te beslissen over de verdere stappen
- het samen beslissen mogelijk te maken (o.a. door patiënten tijd te geven om de opties af te wegen en hun voorkeur te bepalen).

De informatie die een huisarts aan een patiënt moet geven om samen beslissen mogelijk te maken, is soms complex. Hieronder beschrijven we twee voorbeelden die de huisarts ondersteunen in de communicatie met de patiënt.

'Option Grids'

'Option Grids' geven in één oogopslag (vaak één A-4tje) de voor- en nadelen en de risico's weer van mogelijke behandelingen, waarbij wordt uitgegaan van de meest gestelde vragen van patiënten.²⁵ Momenteel zijn options grids vooral in het Engelstalige gebied ontwikkeld (www.optiongrid.org). Zowel de patiënt als

²⁵ Voor meer informatie: www.optiongrids.org

de arts kan een Option Grid gebruiken ter voorbereiding op een gesprek, maar het kan ook gebruikt worden tijdens het gesprek zelf of na afloop van het gesprek. Option Grids zijn ontwikkeld in samenwerking met patiënten en gebaseerd op empirisch onderzoek. Onderzoek heeft aangetoond dat artsen het makkelijker vinden om aan gedeelde besluitvorming te doen met deze Option Grids, dat ze de opties duidelijk weergeven en dat ze de betrokkenheid van patiënten in besluitvorming vergroten (Elwyn e.a., 2013).

Ondersteuning voor huisartsen in 'grijze gebieden'

In de huisartsenzorg bestaan meerdere 'grijze gebieden', ofwel klachten of symptomen waarbij het niet direct duidelijk is welke diagnose gesteld kan worden en/of welke behandeling het beste is. Dit maakt communicatie met de patiënt lastig. Tot voor kort was een voorbeeld hiervan een patiënt die zich met hoestklachten bij de huisarts meldt. Het was lastig een onderscheid te maken tussen een milde luchtweginfectie en een longontsteking. Dit bracht ook onzekerheid over het wel of niet voorschrijven van een antibioticum met zich mee. Sinds enige jaren is, ter ondersteuning van de diagnostiek, de C-reatief proteïne (CRP) snelst beschikbaar. Met deze test kan snel en effectief vastgesteld worden of er een infectie is in het lichaam en of het vervolgens zinvol is om een patiënt een antibioticum voor te schrijven. Uit onderzoek blijkt dat de snelst in combinatie met goede communicatie hierover door de arts met de patiënt leidt tot meer juiste diagnoses en een vermindering van het aantal onnodige antibioticavoorschriften (Cals e.a., 2009). Ook blijkt het een kosten-effectieve interventie te zijn (Cals e.a., 2011). Intussen is de CRP-sneltest opgenomen in de NHG-Standaarden Acut hoesten en Diverticulitis.

Samen beslissen: handvatten voor de patiënt

Ook voor patiënten zijn verschillende initiatieven gestart die de gezamenlijke besluitvorming tussen (huis)arts en patiënt kunnen ondersteunen. Hieronder beschrijven we hiervan een aantal voorbeelden.

Stellen van 3 goede vragen aan de arts

Om vaker samen te beslissen over een behandeling adviseert de NPCF patiënten om altijd de volgende drie vragen aan de arts te stellen (NPCF, 2014):

1. Welke (behandel)opties heb ik?
2. Welke resultaten kan ik verwachten?
3. Wat zijn de risico's voor mij?

Deze vragen zijn gebaseerd op de 'ASK SHARE KNOW' campagne uit Australië,²⁶ de 'Ask 3 Questions' campagne uit Engeland²⁷ en het 'Ask me 3'

²⁶ <http://askshareknow.com.au>

²⁷ www.cardiffandvaleuhb.wales.nhs.uk/ask3

programma uit de Verenigde Staten²⁸. Onderzoek uit Australië heeft aangetoond dat het stellen van de drie vragen ertoe leidde dat artsen meer informatie gaven over behandelopties en dat zij ook vaker de patiënt betrokken in de besluitvorming (Shepherd e.a., 2011). Samen met de Orde van Medisch Specialisten bereidt de NPCF een landelijke campagne voor met de naam '3 goede vragen' (www.3goedevragen.nl). Op dit moment wordt er een pilot gedaan in het Radboudumc waarbij de drie vragen worden getest.

Informatiekaarten voor patiënten

Als onderdeel van de campagne 'Verstandig Kiezen' (zie paragraaf 6.4) ontwikkelt de NPCF samen met andere patiëntorganisaties informatiekaarten om de patiënt te ondersteunen bij het samen met de arts beslissen. Voorbeelden van deze informatiekaarten zijn te vinden op www.npcf.nl en op www.mijnzorgveilig.nl. Zij bevatten o.a. tips om samen een behandeling te kiezen die bij de patiënt past (algemeen), tips om samen te beslissen wat te doen bij een hernia in de onderrug (aandoening specifiek) en tips om samen met de arts de zorg rondom het levenseinde te bespreken.

Keuzehulpen

Een keuzehulp ('decision aid') helpt de patiënt bij het maken van een keuze over een medische behandeling die het beste bij hem of haar past. Naast dat keuzehulpen de patiënt (en de arts) de mogelijkheid geven om een gesprek goed voor te bereiden, kunnen keuzehulpen ook gebruikt worden door patiënt en arts samen (tijdens het gesprek zelf) om het gesprek makkelijker vorm te geven. Uit onderzoek is gebleken dat het gebruik van keuzehulpen door patiënten overdiagnostiek en overbehandeling kan terugdringen (o.a. Stacey e.a., 2014). Het gebruik van hulpmiddelen voor risicocommunicatie en keuzehulpen wordt dan ook door de Gezondheidsraad in haar rapport als mogelijkheid gegeven voor het bevorderen van gepast gebruik van zorg (Gezondheidsraad, 2014). Er zijn diverse organisaties en websites die keuzehulpen aanbieden. Box 6.1 presenteert een greep hieruit.

²⁸ www.npsf.org/askme3

Box 6.1 Voorbeelden van keuzehulpen om te gebruiken in arts-patiënt communicatie

Algemeen

- *Thuisarts (NHG):* <http://keuzehulpen.thuisarts.nl>.
Deze website geeft een overzicht van keuzehulpen rondom diverse behandelingen en klachten die zijn gemaakt door verschillende beroeps- en patiëntenorganisaties.
- *Stichting PATIËNT+:* <http://www.keuzehulp.info>
Deze website geeft een overzicht van keuzehulpen die ontwikkeld zijn door een werkgroep van specialisten, onderzoekers en patiënten, getest zijn in de praktijk en intussen ingezet worden in diverse ziekenhuizen.
- *Europees project Med-Decs:* <http://www.med-decs.org>
Med-Decs verzamelt alle keuzehulpen (zowel nationaal als internationaal) voor diverse behandelingen en ordent deze op de website van dit Europese project.
- *Keuzehulp Palliatieve Zorg (VPTZ Nederland):* <http://keuzehulpvptz.nl>
Deze keuzehulp, ontwikkeld door de landelijke vereniging van organisaties voor vrijwillige palliatieve terminale zorg, thuis of in hospices (VPTZ Nederland), ondersteunt mensen bij het maken van keuzes in de laatste levensfase.

Specifiek voor aandoening / behandeling

- *Palliatieve chemotherapie (UMC St Radboud):*
<http://www.gedeeldebesluitvorming.nl>
Op deze website worden keuzehulpen aangeboden te gebruiken in het gesprek tussen arts en patiënt om te beslissen welke chemotherapie het best past bij een patiënt met borstkanker of darmkanker bij wie genezing niet meer mogelijk is.
- *Prostaatcancer, borstkanker en ziekte van Parkinson (Zorgkeuzelab):*
www.zorgkeuzelab.nl
Deze website biedt keuzehulpen voor de drie bovengenoemde aandoeningen, om patiënten, artsen en verpleegkundigen te ondersteunen bij het beslissen over de best passende behandeling bij de patiënt.

6.4 Gebruik van spiegelinformatie en intercollegiale toetsing

In het farmacotherapeutisch overleg (FTO), een overlegstructuur tussen huisartsen en apothekers in een regio, wordt veel gebruik gemaakt van spiegelinformatie. Deze vorm van intercollegiale toetsing leidt tot een verhoogde kwaliteit van zorg en deskundigheid van zowel de huisarts als de apotheker (Van Dijk & De Bakker 2002). Intercollegiale toetsing is sinds 2009 ook een verplicht onderdeel in de herregistratie van huisartsen. Ook heeft spiegelinformatie gevolgen voor de kosten. De verwachting is dat als huisartsen zouden zien dat hun patiënten relatief veel kosten genereren, zij hun gedrag zouden bijstellen. Deze verwachting lijkt juist. Eén van de geïnterviewde

huisartsen illustreerde dit. Haar praktijk maakte sinds kort gebruik van de feedback van de zorgverzekeraar. Meer inzicht in de gemaakte kosten en de vergelijking met collega's in de praktijk gaf hen meer inzicht in vormen van mogelijk onnodige zorg. Op basis van deze resultaten hebben de huisartsen in de praktijk maatregelen genomen, bijvoorbeeld het inroepen van een 'second opinion' als een patiënt een duidelijke wens voor zorg heeft, terwijl de huisarts er zelf over twijfelt. Een andere geïnterviewde huisarts vatte het gebruik van spiegelinformatie kort samen: "Spiegelinformatie kan zeker nuttig zijn. Vooral voor de bewustwording. Als jij veel meer onderzoek aanvraagt dan je collega, dan ben je toch wel benieuwd hoe dat komt en of je daar iets mee moet."

6.5 *Initiatieven in de tweede lijn om onnodige zorg terug te dringen*

Campagne 'Verstandig kiezen'

Eind 2013 is de campagne 'Verstandig Kiezen' van start gegaan (zie www.verstandigkiezen.nu). Deze campagne heeft als doel om patiënten en artsen te ondersteunen bij gezamenlijke besluitvorming. Deze campagne is gebaseerd op de Amerikaanse campagne 'Choosing Wisely' (www.choosingwisely.org) die in 2012 van start is gegaan, waarin patiënten en artsen worden aangemoedigd met elkaar te praten over het kiezen van de juiste behandeling (dit kan ook géén behandeling zijn). Al ruim 70 Amerikaanse wetenschappelijke verenigingen hebben inmiddels lijsten opgesteld genoemd "*Things Physicians and Patients Should Question*" waarin evidence based aanbevelingen gedaan worden. De Nederlandse 'Verstandig Kiezen' campagne is een initiatief van de Orde van Medisch Specialisten, de wetenschappelijke verenigingen en ZonMw. Ook de NPCF is betrokken bij met name de implementatie van de campagne. De campagne zet in op vier elementen:

1. het formuleren van 'Verstandige Keuzes' (evidence based aanbevelingen) door de wetenschappelijke verenigingen;
2. onderzoek naar praktijkvariatie;
3. onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen;
4. het bevorderen van samen beslissen van patiënten en artsen. Hiertoe ontwikkelt de NPCF samen met andere patiëntorganisaties informatiekaarten die de patiënt helpen bij het samen beslissen (zie paragraaf 6.3).

ZonMw Doelmatigheidsprogramma: elimineren van niet-effectieve interventies

Gelinkt aan de campagne Verstandig Kiezen (zie vorige paragraaf) heeft ZonMw binnen het Doelmatigheidsprogramma geld beschikbaar gesteld voor 'onderzoek naar de effectiviteit van bestaande, breed ingeburgerde behandelingen'. Dit maakt deel uit van het zogeheten SEENEZ project (Stimuleren

Effectieve zorg, Elimineren Niet-Effectieve Zorg)²⁹. Op dit moment lopen er 14 van dergelijke zorgevaluatie projecten met subsidie uit dit ZonMw programma.

²⁹ Meer info: <http://www.zonmw.nl/nl/themas/thema-detail/doelmatigheid/zorgevaluatie/>

7 Beschouwing en conclusies

“Doing nothing, but having the courage sometimes to wait – to use time as both a diagnostic and a therapeutic tool – to see what nature does – to wait and see. These are essential skills of the art of doing nothing that are profoundly important if we are not to fall into the seductive traps of overdiagnosis and overtreatment”

Uit: Heath I, EJGP 2012 (p.243)

Met het bovenstaande citaat begon deze overzichtsstudie. “Doing nothing” kan onnodige zorg vermijden. We gingen op zoek naar het fenomeen onnodige zorg in de huisartsenpraktijk en naar de vraag in hoeverre huisartsen en zorggebruikers besluiten een behandeling niet in te zetten. We keken naar factoren die een teveel aan zorg in de hand werken en naar de redenen om een behandeling achterwege te laten. We gaven ook een overzicht van het groeiend aantal initiatieven om onnodige zorg te verminderen en gingen in op mogelijkheden om de dialoog over onnodige zorg tussen huisartsen en patiënten te verbeteren. In dit hoofdstuk kijken we eerst terug op de resultaten. Vervolgens bespreken we beleids- en onderzoeksimplicaties.

7.1 *De balans tussen niet te veel en niet te weinig in de huisartspraktijk*

Een belangrijke conclusie uit deze overzichtsstudie is dat het in het beroep van huisarts verankerd ligt om conservatief te handelen en niet meteen alle registers open te trekken in diagnostiek en behandeling. Toch is er ook in en rond de huisartsenzorg groeiende aandacht voor onnodige zorg en het niet inzetten van behandelingen. Het initiatief van de Dappere Dokters is misschien wel het duidelijkste voorbeeld hiervan. In de discussie is het evenwicht tussen “niet te veel” en “niet te weinig” zorg soms precair. Patiënten en huisartsen zouden samen deze balans moeten vinden in elk individueel geval, rekening houdend met evidentie die er op populatieniveau voor verschillende interventies voorhanden is. Zoals NHG-bestuursvoorzitter Dijkstra begin 2015 schreef in een column aan collega huisartsen: *“Terwijl de patiënt vóór ons zit, hebben we de kennis uit richtlijnen ergens in ons hoofd, in de kast of in onze computer. Die richtlijnen nemen geen besluiten... dat doet u, samen met de patiënt, op basis van de kennis die u onderling uitwisselt.”*³⁰ Deze gezamenlijke besluitvorming past ook binnen de WGBO. De WGBO houdt geen rekening met financiële gevolgen van de zorgverlening voor de individuele patiënt of voor de samenleving als

³⁰ <https://www.nhg.org/actueel/columns/vertrouwensbalans>

geheel. Wettelijk gezien zijn zowel huisarts als patiënt niet verplicht om deze overweging mee te nemen in de individuele beslissing. Dit omdat er in het beleid van wordt uitgegaan dat de professionele standaard in deze voldoet. Toch zijn huisartsen en patiënten zich wel bewust van kosten. Deze overzichtsstudie laat bijvoorbeeld zien dat zowel huisartsen als zorggebruikers alert zijn op onnodige zorg: beide partijen geven aan wel eens een behandeling te weigeren omdat deze niet nodig zou zijn. Anderzijds signaleren huisartsen wel dat er te veel zorg geleverd wordt, ook in de huisartsenpraktijk. Het gaat dan met name om een teveel aan diagnostiek en het onnodig voorschrijven van geneesmiddelen.

De relatie tussen huisarts en patiënt: een belangrijke factor bij de keuze van de behandeling

Een belangrijke maatschappelijke trend is dat we als samenleving steeds meer proberen risico's uit te sluiten. Dit werkt door op individuen. Op patiënten die zekerheid willen over wat zij mankeren. En op huisartsen die daarmee om moeten gaan en onzekerheid willen minimaliseren. Onzekerheid kan dan leiden tot defensief (be) handelen. Het doen van onderzoek om onzekerheid te reduceren, kan zinvol zijn. Het geeft meer zekerheid in de vraag of de eerste inschatting juist was. Dit heeft ook een leereffect voor de toekomst. Een reden om soms meer te doen dan de huisarts zelf zou willen, ligt in de relatie die de huisarts met zijn patiënten heeft. Meer dan de meeste andere zorgverleners zijn zij vertrouwenspersoon voor hun patiënten. Ze hebben vaak een langdurige relatie met hun patiënten en zien deze geregeld. Het is dan ook niet vreemd dat zij dit vertrouwen belangrijk vinden in de keuze van de zorg die zij bieden en daarbij soms bereid zijn meer te doen dan ze zelf noodzakelijk achten. Ook hier geldt dat de grens tussen te veel, voldoende en te weinig zorg niet zwart-wit is. Communicatie met de patiënt is daarbij steeds van cruciaal belang. Daar zijn nog verbeteringen mogelijk. Zo blijkt dat patiënten die een behandeling niet kregen terwijl ze die wel wilden, hier ontevreden over zijn. Door middel van goede communicatie kan de huisarts de reden om de behandeling niet te willen inzetten duidelijk maken om zo deze onvrede weg te nemen. Ook kan goede communicatie ertoe leiden dat de patiënt zijn zorgen over het niet krijgen van een behandeling eerder uit. Hierdoor kan de huisarts beter op de situatie van de patiënt ingaan. De groeiende aandacht voor gezamenlijke besluitvorming en het belang dat hieraan gehecht wordt, kan hieraan eveneens bijdragen. Er zijn inmiddels verschillende vormen van ondersteuning voor zowel de huisarts als de patiënt om gezamenlijke besluitvorming daadwerkelijk uit te voeren. Een voorbeeld zijn de 'Option Grids'. Deze geven in één oogopslag de voor- en nadelen en de risico's weer van mogelijke behandelingen (inclusief niet behandelen), waarbij wordt uitgegaan van de meest gestelde vragen van patiënten. Op deze manier kan ook het niet inzetten van een behandeling en het voorkomen van onnodige zorg onderwerp van gesprek worden in de spreekkamer.

Invloeden van buiten de spreekkamer

De keuzes die gemaakt worden in de spreekkamer worden ook beïnvloed door factoren van buitenaf. Het huidige stelsel van financiering kan onnodige zorg in de hand werken. Bijvoorbeeld omdat bepaalde niet-effectieve vormen van zorg in de aanvullende verzekeringen vergoed worden. Of omdat door de zorgverzekeraar opgelegde voorwaarden niet perse in het belang van een individuele patiënt zijn waardoor een patiënt zorg krijgt die de huisarts niet nodig vindt. Huisartsen signaleren dan ook dat de zorgverzekeraar of andere partijen – zoals particuliere behandelcentra – als het ware de spreekkamer inkomen en de door de huisarts geleverde zorg beïnvloeden. Dit terwijl de huisarts in de spreekkamer de individuele patiënt voor zich heeft en voor en met deze patiënt de afweging moet maken wat gegeven het bestaande bewijs en de situatie van de patiënt de beste zorg voor deze patiënt is. Daarbij komt dat de huisartsen en hun praktijkondersteuners steeds meer moeten registreren en verantwoorden. NHG voorzitter Dijkstra riep overheid en zorgverzekeraars in de eerder genoemde column dan ook op meer nadruk te leggen op vertrouwen in de huisarts en minder op controle. Inmiddels is, op basis van de actie “Het roer moet om” een akkoord gesloten tussen huisartsen, zorgverzekeraars en patiënten, waarin afgesproken is te komen tot minder bureaucratie, gelijkwaardigere contractonderhandelingen en beter zicht op geleverde kwaliteit.

7.2 *Beleids- en praktijkimplicaties*

Van poortwachter naar gids

De huisarts heeft van oudsher een poortwachtersfunctie in het Nederlandse zorgsysteem. Deze functie is essentieel voor het leveren van kwalitatief goede en samenhangende zorg op maat dichtbij de patiënt (Van Hassel et al., 2015). De vraag is of deze poortwachtersfunctie in het huidige tijdsgewricht voldoende is. Een poortwachter is iemand die de uiteindelijke beslissing neemt om iets of iemand door te laten gaan of niet. Echter, de mening en inschatting van de patiënt zelf wordt steeds belangrijker en is in de WGBO ook wettelijk vastgelegd. De huisarts zou in deze meer de rol van gids op zich kunnen nemen, die de patiënt langs alle mogelijke behandelingen leidt, de voor- en nadelen laat zien en dan in overleg met de patiënt een keuze maakt. Hierbij dient ook niet behandelen – waar opportuun – aan de orde te komen. Deze gidsfunctie sluit aan bij de toekomstvisie 2022 van LHV en NHG i.s.m. IOH (LHV/NHG, 2014). Een gidsfunctie vraagt om goede en effectieve communicatieve vaardigheden met nadruk op coaching. Hier kan in de opleiding en nascholing (nog meer) aandacht voor komen.

Richtlijnen: aandacht voor niet-behandelen en voor grijze gebieden

De keuze om al dan niet een behandeling in te zetten is niet altijd gemakkelijk. Er zijn nog veel gebieden waar het niet duidelijk is of een behandeling al dan niet effectief zal zijn. Dit zijn de zogenaamde grijze gebieden. Wanneer voor deze gebieden oplossingen gevonden worden om meer zekerheid te verkrijgen, kan dit ertoe leiden dat zorg geleverd wordt wanneer het nodig is terwijl er van afgezien wordt als het niet nodig is. Een goed voorbeeld hier van is het al dan niet voorschrijven van antibiotica bij acuut hoesten. Dit was een grijs gebied. Echter, nu is er een CRP-sneltest die in de huisartspraktijk gedaan kan worden en die een duidelijke afkapwaarde heeft. Daardoor kan een huisarts snel zien of antibiotica al dan niet zinvol zijn. Dit werkt goed en is kosteneffectief (Cals et al., 2011). Het zoeken naar dergelijke oplossingen zou de huisarts goed ondersteunen bij het voorkomen van onnodige zorg, zonder het risico te lopen te weinig zorg te leveren. De test is inmiddels opgenomen in de richtlijn. Naast het verder brengen van kennis over grijze gebieden (zie ook paragraaf 7.3) is het van belang om de optie van niet behandelen, daar waar opportuun, in richtlijnen altijd expliciet aan de orde te brengen. Hierbij kan gedacht worden aan cijfers over resultaten bij niet behandelen maar ook aan uitleg die aan de patiënt gegeven kan worden.

Ondersteuning bij gezamenlijke besluitvorming met niet behandelen als optie

Het maken van keuzes voor een behandeling is niet eenvoudig. Hoe vertel je een patiënt wat de evidentie voor behandelingen is en welke behandeling het meest succesvol en met de minste risico's is? En hoe pikt een patiënt uit alle informatie datgene op wat hem of haar helpt de beste keuze te maken? Hiertoe is de ontwikkeling van option grids en keuzehulpen belangrijk. Hier zijn al voorbeelden van, maar nog niet voor alle aandoeningen en behandelingen. Daarnaast is het belangrijk betrouwbare informatie te geven die aansluit bij de belevingswereld van de patiënt. Voor patiënten met geringe gezondheidsvaardigheden zal de informatie bijvoorbeeld aangepast moeten worden aan hun begripsniveau. Tot nu toe zijn keuzehulpen voor deze specifieke groep nog niet ontwikkeld. Een andere optie zou zijn om POH-ers en ijkverpleegkundigen in te zetten om patiënten te helpen bij het maken van een keuze. Dit geldt zeker voor de groep mensen met geringe gezondheidsvaardigheden.

“Anderhalvelijnszorg”: inzet huisarts ter voorkoming onnodige zorg in de tweede lijn.

De laatste jaren is de anderhalvelijnszorg opgekomen. Dit is zorg op het grensvlak van eerstelijnszorg en eenvoudige tweedelijnszorg die zowel door zorgverleners uit de eerste als uit de tweede lijn geleverd kan worden en die

gefinancierd wordt vanuit het idee van functionele bekostiging.³¹

Anderhalvelijnszorg leidt naar verwachting tot een betere afstemming van zorg: de lijnen zijn korter, men leert elkaars protocollen kennen en er vinden minder onnodige verwijzingen plaats. Dit laatste betekent dat er minder onnodige zorg is. Bijvoorbeeld zorgverzekeraar De Friesland wil in de komende jaren anderhalvelijnscentra realiseren.³² In deze centra is, aldus De Friesland, “aandacht voor preventie, adequate diagnostiek, zelfmanagement en ondersteuning, opdat de juiste zorg op de juiste plaats geboden wordt’.

7.3 *Onderzoeksagenda*

Deze overzichtsstudie laat zien dat het in de huisartsenpraktijk de vraag is of alle zorg wel nodig is en dat het balanceren is tussen te veel en te weinig zorg, tussen het volgen van richtlijnen gebaseerd op populatie-onderzoek en de situatie van een individuele patiënt en tussen de vraag wat in de drukke huisartsenpraktijk nu het meeste tijd kost: het bespreken van de optie om iets niet te doen bij een patiënt die een onderzoek wil of het onderzoek toch aanvragen met de daarbij behorende follow-up acties. Dit roept vragen op, welke onderwerp van onderzoek kunnen zijn.

Gezamenlijke besluitvorming

Gezamenlijke besluitvorming wordt steeds belangrijker, ook in het kader van onnodige zorg en niet behandelen. Hierboven werd al aangegeven dat de rol van de huisarts mede daarom meer die van een gids of coach wordt naast die van poortwachter. Het ontwikkelen van ondersteuning hiervoor zoals in de vorm van option grids is van belang. Aanpalend onderzoek kan inzicht bieden in welke vormen methoden het meest effectief zijn in het ondersteunen van huisartsen om het gesprek over niet behandelen aan te gaan met de patiënt. Hetzelfde geldt aan de kant van de patiënten. Keuzehulpen zouden ook de optie tot niet behandelen kunnen includeren. Onderzoek kan uitwijzen hoe patiënten dat ontvangen en hoe de informatie het best gepresenteerd kan worden. Verder is het aan te bevelen onderzoek te doen naar hoe laaggeletterden het best bereikt kunnen worden (zie ook paragraaf 7.2).

Watchful waiting en gebrek aan tijd

In aansluiting op het testen van niet-behandelen als interventie kan ook observationeel onderzoek plaatsvinden naar het fenomeen “gecontroleerd

³¹ <http://www.slideshare.net/lvzCommunicatie/r3-wat-is-1-lijnszorg-presentatie-in-voor-zorg-felix-vd-wissel> (29 september 2015)

³² <https://www.defriesland.nl/Images/Strategisch%20Zorginkoopbeleid%202014-%202016-16703.pdf> (29 september 2015)

afwachten”. Hoewel dit afwachten een hoeksteen van het beleid binnen de Nederlandse huisartsenpraktijk is, is er weinig inzicht in vragen als:

- Hoe vaak wachten huisartsen gecontroleerd af?
- Bij welke klachten gebeurt dat wel of niet?
- Bij welke patiënten doen ze dat wel of niet?
- Wat maakt dat huisartsen kiezen om af te wachten en geen behandeling te starten?
- Hoe communiceren huisartsen het wanneer zij gecontroleerd willen afwachten?
- Hoe vaak komen patiënten alsnog terug nadat er geen behandeling is ingezet en hoe vaak krijgen ze alsnog een behandeling?
- Wat vinden patiënten van gecontroleerd afwachten?
- Wat zijn de opbrengsten en kosten in termen van gezondheid, tijd en geld van gecontroleerd afwachten?

Met name het element tijd uit deze laatste vraag verdient extra aandacht. Tijd is een schaars goed in de huisartsenpraktijk. Niet behandelen kost tijd in het geval de patiënt wel een behandeling wil. De vraag is echter of deze tijd zich later niet terugverdient. Bijvoorbeeld in de vorm van minder follow-up activiteiten. Of omdat patiënten door de uitleg “opgevoed” worden met het idee dat een behandeling niet altijd het beste is. Een voorbeeld betreft het voorschrijven van antibiotica. Wanneer voor een patiënt duidelijk is dat een keelontsteking of oorontsteking overgaat zonder deze middelen, zal deze wellicht in het vervolg zelf besluiten af te wachten. Het is nu niet bekend wat het meeste tijd kost: het communiceren met en overtuigen van patiënten van de voordelen van niet behandelen of de gevolgen van het wel behandelen.

Richtlijnen

In de beleidsagenda noemden we al dat er binnen de huisartsgeneeskunde nog grijze gebieden bestaan. Niet voor alle behandelingen is evenveel evidentie. Bovendien is er niet voor alle doelgroepen evenveel evidentie over de effectiviteit van een behandeling. Een voorbeeld daarvan zijn ouderen. Het is aan te bevelen om grijze gebieden in kaart te brengen en te prioriteren. Vervolgens is onderzoek nodig naar de effectiviteit van deze behandelingen in de huisartsenpopulatie. In het ZonMW-programma Doelmatigheid is een deelprogramma waarin reeds toegepaste interventies onderzocht kunnen worden. Ook binnen het ZonMw-programma Goed Gebruik Geneesmiddelen zou dergelijk onderzoek – als het gaat om een behandeling met geneesmiddelen - ondergebracht kunnen worden. Onderzoek in deze programma’s maar ook daarbuiten zou het niet-behandelen expliciet als interventie kunnen beschouwen. Dit zodat evidence-based niet-behandelen een plaats in richtlijnen kan krijgen.

Literatuur

- Ackerman SL, Gonzales R, Stahl MS, Metlay JP. One size does not fit all: evaluating an intervention to reduce antibiotic prescribing for acute bronchitis. *BMC Health Serv Res.* 11/4/2013 2013;13(1):462.
- Beauchamps TL, Childress JF. *The Four Principles of Biomedical Ethics in: Principles Biomedical Ethics*, OUP, 5th edition. Oxford: J F. Oxford University Press, 2001.
- Bensing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Educ Couns.* 2000 Jan;39(1):17-25. Review.
- Bloemendal E, Weenink J-W, Harmsen M, Mistiaen P. Naleving van Nederlandse richtlijnen. Een systematische review. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ Healthcare, 2011.
- Bokhoven MA van, Pleunis-van Empel MC, Koch H, Grol RP, Dinant GJ, van der Weijden T. Why do patients want to have their blood tested? A qualitative study of patient expectations in general practice. *BMC Fam Pract.* 2006 Dec 13;7:75.
- Bokhoven MA van, Koch H, van der Weijden T, Weekers-Muyres AH, Bindels PJ, Grol RP, Dinant GJ. The effect of watchful waiting compared to immediate test ordering instructions on general practitioners' blood test ordering behaviour for patients with unexplained complaints; a randomized clinical trial (ISRCTN55755886). *Implement Sci.* 2012 Apr 4;7:29.
- Brabers A, Reitsma M, Dijk L van, Korevaar J, Dijk, M van, Jong J de. Medicatie of dotteren bij chronische pijn op de borst? Wat willen mensen? www.nivel.nl; NIVEL, 2013.
- Butalid L. Changes in doctor-patient communication in general practice = Veranderingen in arts-patiënt communicatie in de huisartsenzorg. Utrecht: NIVEL, 2014. 216 p.
- Buurman M. Weekboek Dappere Dokters. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2013a;157:B980.
- Buurman M. Weekboek Dappere Patiënten. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2013b;157:B987.
- Buurman M. Weekboek Dappere Zorgbestuurders. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2013c;157:B986.
- Buurman M. Weekboek Dappere Verzekeraars. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2013d; 157:B983.

- Cals JW, Butler CC, Hopstaken RM, Hood K, Dinant GJ. Effect of point of care testing for C-reactive protein and training in communication skills on antibiotic use in lower respiratory tract infections: cluster randomised trial. *BMJ* 2009;338:b1374.
- Cals JW, Ament AJHA, Hood K, Butler CC, Hopstaken RM, Wassink GF, et al. C-reactive protein point of care testing and physician communication skills training for lower respiratory tract infections in general practice; economic evaluation of a cluster randomized trial. *J Eval Clin Pract* 2011;17:1059-69.
- Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Wanneer samen beslissen niet vanzelf spreekt. Reflecties van patiënten en artsen over gezamenlijke besluitvorming. Den Haag: CEG, 2014.
- College voor Zorgverzekeringen. Convenant Gepast gebruik van zorg. Beschikbaar geld beter benut. Diemen: CVZ, juni 2011.
- College voor Zorgverzekeringen. Levensverlengende zorg...tegen elke prijs? Een debat over verantwoorde keuzes en solidariteit in de zorg. Diemen: CVZ, maart 2012.
- College voor Zorgverzekeringen. Pakketbeheer in de praktijk, deel 3. Diemen: CVZ, oktober 2013.
- Crul BVM. Overbehandeling. *Medisch Contact*, 2007.
- Davis P, Gribben B, Lay-Yee R, Scott A. How much variation in clinical activity is there between general practitioners? A multi-level analysis of decision-making in primary care. *J Health Serv Res Policy*. 2002 Oct;7(4):202-8.
- Dijk CE van, Korevaar JC., Jong, JD de, Koopmans, B, Dijk, M van, Bakker, DH de. Kennisvraag: ruimte voor substitutie? Verschuivingen van tweedelijns- naar eerstelijnszorg. Utrecht; NIVEL, 2013. 109 p.
- Van Dijk L, De Bakker D. Professionalization of Dutch PRGs and volume and costs of frequently prescribed drugs. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 2002, 10 (4), 292-304.
- Dijk L van, Schiere AM, Braspenning J. Gericht voorschrijven van antibiotica. In: Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM (redactie). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht/Nijmegen, NIVEL/WOK, 2004 p. 103-116.
- Dijk L van, Jong JD de, Westert GP, Bakker DH de. Variation in formulary adherence in general practice over time (2003-2007). *Fam Pract*. 2011 Dec;28(6):624-31.
- Donker G. Continue Morbiditeits Registraties peilstations Nederland 2010. Utrecht, NIVEL 2011.

- Drewes, Y, van Hellemond R, Hendriks A. Zelfbeschikking en curatieve zorg, met bijzondere aandacht voor de WGBO; Juridische deelstudie. Uit: Thematische Wetsevaluatie Zelfbeschikking in de Zorg. Den Haag: ZonMw, 2013.
- Elwyn G, Coulter A, Laitner S, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*. 2010;341: c5146.
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C, Rollnick S, Edwards A, Barry M. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012 Oct;27(10):1361-7.
- Elwyn G, Lloyd A, Joseph-Williams N, Cording E, Thomson R, Durand MA, Edwards A. Option Grids: shared decision making made easier. *Patient Educ Couns*. 2013 Feb;90(2):207-12.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of antimicrobial consumption in Europe 2012. Stockholm: ECDC, 2014.
- Faber MJ, van Loenen T, Westert GP. International Health Policy Survey 2012. Commonwealth Fund. Onderzoek onder huisartsen in 11 landen. Nijmegen: IQ Healthcare, 2012
- Flinterman L, Hek K, Korevaar J, Van Dijk L. Maagzuurremmers. Gevolgen van verandering in de vergoeding. Utrecht, NIVEL, 2014.
- Geffen K van, Boheemen C van, Dijk L van, Hulten R van, Bouvy M. Slechts 1 op 10 stopt na benzomaaatregel. *Pharmaceutisch Weekblad/Wetenschappelijk Platform*,144 (2009) 49, p. 28-31.
- Gezondheidsraad. De kunst van het nee zegen. Factoren die bijdragen aan onnodige zorg. Den Haag: Gezondheidsraad, 2014; publicatienr. A14/03.
- Haastert C van & Lekkerkerk T. Meldactie 'Samen beslissen'. December 2013. Utrecht: NPCF, 2014.
- Hassel D. van, Korevaar J, Batenburg R, Schellevis F. De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, waar staat de huisartsenzorg anno 2014? Utrecht; NIVEL, 2015. 84 p.
- Heath I. The art of doing nothing. *Eur J Gen Pract*. 2012 Dec;18(4):242-6.
- Heath I. Overdiagnosis: when good intentions meet vested interests--an essay by Iona Heath. *BMJ*. 2013 Oct 25;347:f6361.
- Hoebert JM, Souverein PC, Mantel-Teeuwisse AK, Leufkens HG, van Dijk L. Reimbursement restriction and moderate decrease in benzodiazepine use in general practice. *Ann Fam Med*. 2012 Jan-Feb;10(1):42-9.
- Illich I. Medicalization and primary care. *J R Coll Gen Pract*. 1982 Aug; 32(241): 463-470.

- Jong JD de. Explaining medical practice variation. Proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht/NIVEL, 2008.
- Lambooi A, Essink R, Nijpels M, Metz J de. Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen. Utrecht: Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, 2014.
- Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ*. 2/21/2004 2004;328(7437):444.
- LHV Huisartsenkring Amsterdam/Almere. Kernwaarden “Optimale Zorg en Dappere Dokters” op <https://amsterdam-almere.lhv.nl/dappere-dokters-o> (laatst geraadpleegd 7 jan 2015).
- Stuurgroep Passende zorg in de laatste levensfase. Niet alles wat kan hoeft. Utrecht: KNMG, 2015.
- Meijman B, Holtrop M, Bramson, M. Optimale zorg en dappere dokters zijn de toekomst? *VOZ-magazine*, 27 juli 2012.
- Ministerie van VWS. Kamerbrief gezamenlijke agenda VWS ‘Van systemen naar mensen’. Kenmerk MEVA/AEB-3155166. Den Haag: VWS, 8 februari 2013.
- Ministerie van VWS. Kamerbrief ‘Moet alles wat kan?’. Kenmerk 576707-122601-PG. Den Haag: VWS, 1 juli 2014.
- Ministerie van VWS. Kamerbrief ‘Voortgangsbrieff Aanpak verspilling in de zorg’. Kenmerk 328900-117543-GMT. Den Haag: VWS, 28 mei 2014.
- Ministerie van VWS. Brief over kostenbewustzijn. 14 mei, zaaknummer 102636. Den Haag: Ministerie van VWS, 2013.
- Moynihan R, Henry D, Moons KG. Using evidence to combat overdiagnosis and overtreatment: evaluating treatments, tests, and disease definitions in the time of too much. *PLoS Med*. 2014 Jul 1;11(7):e1001655.
- Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ*. 2012 May 28;344:e3502.
- NHG/LHV. Toekomstvisie Huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat. *Huisartsenzorg in 2022*. Utrecht: NHG/LHV, 2012.
- NHG-werkgroep Slaapproblemen en slaapmiddelen. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. *Huisarts Wet* 2014;57(7):352-61.
- NHG. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak. Rationeel Aanvragen van Laboratoriumdiagnostiek. NHG: Utrecht, januari 2012.
- NPCF. Samen beslissen met de dokter. Verhalen uit de praktijk. Utrecht: NPCF, april 2014

- Raad voor Volksgezondheid en Zorg. De participerende patiënt. Den Haag: RVZ, 2013.
- O'Donnell CA. Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? *Fam Pract.* 2000 Dec;17(6):462-71.
- Ohlsson H, Vervloet M, Van Dijk L. Less variation in prescription of simvastatin in general practice between 2003 and 2009: a multilevel-analysis, *Eur J Clinical Pharmacology*, 2011, 67, 1205-1211.
- Ong DSY, Kuyvenhoven MM, Van Dijk L, Verheij TJM. Antibiotics for respiratory, ear and urinary tract disorders and consistency among GPs. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 2008, 62 (3), 587-592.
- PerryUndem Research/Communication. Unnecessary Tests and Procedures In the Health Care System. What Physicians Say About The Problem, the Causes, and the Solutions. Results from a National Survey of Physicians. PerryUndem Research/Communication, mei 2014.
- Poley MJ, Edelenbos KI, Mosseveld M, van Wijk MA, de Bakker DH, van der Lei J, Rutten-van Mülken MP. Cost consequences of implementing an electronic decision support system for ordering laboratory tests in primary care: evidence from a controlled prospective study in the Netherlands. *Clin Chem.* 2007 Feb;53(2):213-9. Epub 2006 Dec 21.
- Pronk P. Dappere dokters keren zich tegen overdiagnostiek. *LHV Ledenblad De Dokter*, nummer 1, jaargang 5, februari 2014.
- Raad voor de Volksgezondheid en Sport. Gepaste zorg. Advies uitgebracht aan de minister van VWS. Zoetermeer: RVZ, 2004. Publicatienummer 04/08.
- Reinders en Van Nuland. BOEK FRANCOIS
- Reitsma-van Rooijen, M., Brabers, A., Jong, J. de. Beperkt inzicht in zorgkosten. *Economisch Statistische Berichten*: 2015, 100(4706), 174-175.
- Ringberg U, Fleten N, Førde OH. Examining the variation in GPs' referral practice: a cross-sectional study of GPs' reasons for referral. *Br J Gen Pract.* 2014 Jul;64(624):e426-33.
- Sirovich BE, Woloshin S, Schwartz LM. Too Little? Too Much? Primary Care Physicians' Views on US Health Care. *Arch Intern Med.* 2011;171(17):1582-1585.
- Shepherd HL, Barratt A, Trevena LJ, McGeechan K, Carey K, Epstein RM, Butow PN, Del Mar CB, Entwistle V, Tattersall MH. Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: a cross-over trial. *Patient Educ Couns.* 2011 Sep;84(3):379-85.

- Smulders YM, Levi M, Stehouwer CDA, Kramer MHH, Thijs A. De rol van epidemiologisch bewijs in de zorg voor individuele patiënten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2010, 154, A1910.
- Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L, Wu JH. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jan 28;1:CD001431.
- Stolper CF, Van de Wiel MW, De Vet HC, Rutten AL, Van Royen P, Van Bokhoven MA, Van der Weijden T, Dinant GJ. Family physicians' diagnostic gut feelings are measurable: construct validation of a questionnaire. *BMC Fam Pract*. 2013 Jan 2;14:1.
- Stuurgroep Passende zorg in de laatste levensfase. Niet alles wat kan hoeft. Utrecht: KNMG, 2015.
- Van den Bruel A, Thompson MJ, Haj-Hassan T, Stevens R, Moll H, Lakhanpaul M, Mant D. Diagnostic value of laboratory tests in identifying serious infections in febrile children: systematic review. *BMJ*. 2011 Jun 8;342:d3082.
- Verstappen W1, ter Riet G, van der Weijden T, Hermsen J, Grol R. Variation in requests for imaging investigations by general practitioners: a multilevel analysis. *J Health Serv Res Policy*. 2005 Jan;10(1):25-30.
- Visser J. De arts staat in de behandelmodus. *Medisch Contact*, vol 67, nr.22, juni 2012.
- Vries De H, Bindels P. Het diagnostisch proces in de spreekkamer. In: Van der Horst e.a. *Leerboek huisartsgeneeskunde Utrecht: de Tijdstroom* 2014.
- Wammes JJ, Jeurissen PP, Verhoef LM, Assendelft WJ, Westert GP, Faber MJ. Is the role as gatekeeper still feasible? A survey among Dutch general practitioners. *Fam Pract*. 2014 Oct;31(5):538-44.
- Weijden T van der, van Bokhoven MA, Dinant GJ, van Hasselt CM, Grol RP. Understanding laboratory testing in diagnostic uncertainty: a qualitative study in general practice. *Br J Gen Pract*. 2002 Dec;52(485):974-80.
- Werf G van der, Zaat J. De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde. *Huisarts en Wetenschap*, 2001, nr. 10, p 428-435.
- Yudkin JS, Montori VM. The epidemic of pre-diabetes: the medicine and the politics. *BMJ*. 2014 Jul 15;349:g4485.
- Zaat JOM, van Eijk JThM, Bonte HA. Mag het ook een testje minder? De invloed van verandering van het aanvraagformulier voor laboratoriumonderzoek. *Huisarts en Wetenschap* 1991; 34: 72-7.
- ZonMw. Moet alles wat kan? Vragen rond medische beslissingen bij het begin en einde van het leven. *Signalement*. Den Haag: ZonMw, april 2013.
- ZonMw. Moet alles wat kan? Publieksdebatten over de mogelijkheden en grenzen van de zorg. Den Haag: ZonMw, maart 2014.

- Zorginstituut Nederland. Tweede convenant Gepast gebruik van de zorg. Het goede bevorderen, het ongewenste ontmoedigen. Diemen: ZINL, april 2014.

Bijlage 1: Methoden

A. Desk research

Op verschillende manieren is gezocht naar (grijze) literatuur over overdiagnostiek en overbehandeling.

In PubMed is gezocht naar relevante internationale literatuur met behulp van de volgende zoektermen:
overtreatment, overdiagnosis, unnecessary procedures (MeSH term), inappropriate prescribing (MeSH term), watchful waiting (MeSH term), general practice (MeSH term), primary health care (MeSH term)

Ook is gezocht naar relevante beleidsdocumenten. Dit is gedaan door searches via google en het navragen bij collega's binnen en buiten het NIVEL die met dit onderwerp of aanpalende onderwerpen bezig zijn.

Tot slot is gezocht op relevante websites:

www.preventingoverdiagnosis.net

www.bmj.com/too-much-medicine

B. Peiling binnen het Consumentenpanel gezondheidszorg

In hoeverre zorggebruikers te maken hebben gehad met 'nee zeggen' tegen een behandeling, hetzij door henzelf of door de zorgverlener, is in kaart gebracht met behulp van een korte vragenlijst (zie Box 1).

Box 1. Vragenlijst

Wel of niet behandelen

De kans is groot dat u weleens een behandeling nodig heeft gehad voor een klacht of aandoening. Bij een behandeling kunt u bijvoorbeeld denken aan medicijnen, een operatie of een onderzoek in het ziekenhuis. De volgende vragen gaan over of u wel eens nee heeft gezegd tegen een behandeling die de zorgverlener aan u voorstelde of dat uw zorgverlener nee heeft gezegd tegen een behandeling die u zelf wilde. Het "nee zeggen" tegen een behandeling betekent in dit geval dat u op dat moment géén behandeling heeft gehad voor het betreffende gezondheidsprobleem.

1. Is het wel eens gebeurd dat u nee heeft gezegd tegen een behandeling (bijvoorbeeld medicijnen, onderzoek of een operatie) die de zorgverlener voorstelde?
- Nee → ga naar vraag 5
 - Ja, tegen een behandeling die de huisarts voorstelde
 - Ja, tegen een behandeling die de medisch specialist voorstelde
 - Ja, tegen een behandeling die een andere zorgverlener, nl voorstelde
 - Niet van toepassing (nooit een behandeling nodig gehad) → einde

We willen u nu meer vragen stellen over de behandeling waar u nee tegen heeft gezegd. Als het vaker is voorgekomen dat u nee heeft gezegd tegen een behandeling, denkt u bij het beantwoorden van de vragen dan aan de laatste keer dat u nee heeft gezegd.

2. Wilt u hieronder aangeven om welke behandeling voor welke klacht of aandoening het ging?

Behandeling	Voor de klacht of aandoening:
<input type="checkbox"/> Medicijnen:
<input type="checkbox"/> Onderzoek:
<input type="checkbox"/> Operatie:
<input type="checkbox"/> Andere behandeling, namelijk:

3. Wat was/waren de reden(en) dat u nee heeft gezegd tegen de behandeling? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Ik vond de behandeling onnodig
 - Ik vond de behandeling te lang duren
 - Ik vond de behandeling te zwaar
 - Ik vond de behandeling te duur
 - Ik vond de bijwerkingen van de behandeling te vervelend
 - Ik vond de kans op succes van de behandeling te klein
 - Ik vond de risico's van de behandeling te groot
 - Ik vond de herstelperiode na de behandeling te lang
 - Ik vond de kans dat de klachten terugkomen na de behandeling te groot
 - Ik vond de kans dat de behandeling herhaald moet worden te groot
 - Het was mij niet duidelijk wat de behandeling inhield
 - Het was mij niet duidelijk wat de behandeling mij zou opleveren
 - Anders, namelijk
 - Weet ik niet meer

4. Is het wel eens gebeurd dat u een behandeling heeft ondergaan die u eigenlijk liever niet had willen ondergaan?
- Nee → ga naar vraag 6
 - Ja
5. Wat was de reden dat u de behandeling toch heeft ondergaan? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Ik durfde niet tegen de zorgverlener te zeggen dat ik de behandeling niet wilde
 - Ik had al ingestemd met de behandeling en dat kan dan niet meer teruggedraaid worden
 - Ik had al ingestemd ondanks dat ik niet zeker wist of ik de behandeling wilde
 - Iets doen leek me beter dan niets doen
 - De zorgverlener zal het wel beter weten
 - De zorgverlener is uiteindelijk degene die beslist
 - Anders, namelijk
6. Heeft uw zorgverlener wel eens nee gezegd tegen een behandeling (bijvoorbeeld medicijnen, onderzoek of een operatie) die u zelf voorstelde?
- Nee → einde
 - Ja, de huisarts
 - Ja, de medisch specialist
 - Ja, een andere zorgverlener, namelijk

We willen u nu meer vragen stellen over de behandeling waar de zorgverlener nee tegen heeft gezegd. Als het vaker is voorgekomen dat uw zorgverlener nee heeft gezegd tegen een behandeling, denkt u bij het beantwoorden van de vragen dan aan de laatste keer dat dit gebeurde.

7. Wilt u hieronder aangeven om welke behandeling voor welke klacht of aandoening het ging?

Behandeling	Voor de klacht of aandoening:
<input type="checkbox"/> Medicijnen:
<input type="checkbox"/> Onderzoek:
<input type="checkbox"/> Operatie:
<input type="checkbox"/> Andere behandeling, namelijk:

8. Wat was/waren de reden(en) dat de zorgverlener nee zei tegen de behandeling? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- De zorgverlener vond mijn klacht of aandoening niet ernstig genoeg
 - De zorgverlener vond dat mijn klacht of aandoening vanzelf over moest gaan
 - De zorgverlener vond de behandeling te zwaar
 - De zorgverlener vond de behandeling te duur
 - De zorgverlener vond de bijwerkingen van de behandeling te ernstig
 - De zorgverlener vond de kans op succes van de behandeling te klein
 - De zorgverlener vond de risico's van de behandeling te groot
 - De zorgverlener vond de herstelperiode na de behandeling te lang
 - De zorgverlener vond de kans dat de klachten terugkomen na de behandeling te groot
 - De zorgverlener vond de kans dat de behandeling herhaald moet worden te groot
 - Anders, namelijk
 - Weet ik niet meer
9. Was u het eens met de keuze van uw zorgverlener om geen behandeling te starten?
- Helemaal niet mee eens
 - Eigenlijk niet mee eens
 - Eerst niet mee eens, maar uiteindelijk wel
 - Meteen mee eens

Respons

Deze vragenlijst is in het voorjaar van 2014 uitgestuurd aan 3.973 leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg (zie Box 2). Zij hadden de keuze deze schriftelijk of online in te vullen. Van 2.144 leden werd een bruikbaar ingevulde vragenlijst ontvangen (netto respons 54%).

Box 2. Consumentenpanel Gezondheidszorg

Het Consumentenpanel Gezondheidszorg (CoPa) verzamelt op landelijk niveau informatie over de meningen en kennis, verwachtingen en ervaringen van gebruikers over de gezondheidszorg. Het panel bestaat uit ongeveer 6.000 mensen van 18 jaar en ouder en vormt voor deze groep een representatieve afspiegeling van de Nederlandse bevolking. Ongeveer 1.600 panelleden hebben toestemming gegeven voor het combineren van de vragenlijstgegevens met de gegevens geregistreerd door de huisarts (Brabers et al. Consumentenpanel Gezondheidszorg. Basisrapport met informatie over het panel (2014). Utrecht: NIVEL, 2014).

Karakteristieken respondenten

De vragenlijst is ingevuld door meer vrouwen dan mannen (resp. 1.209 en 935). De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 56,5 jaar. Ongeveer de helft van de respondenten is middelbaar opgeleid, bijna een derde heeft een hogere opleiding genoten. Negen op de 10 respondenten is van autochtone afkomst. Een kwart van de respondenten heeft geen chronische ziekte onder de leden. Ruim acht op de 10 respondenten rapporteert een goede tot uitstekende algemene gezondheid. Bijna de helft van de respondenten heeft een betaalde baan, ruim een derde is met pensioen.

Gepresenteerde resultaten

In totaal 105 mensen (5%) gaven aan nooit een behandeling nodig gehad te hebben, waardoor de gepresenteerde resultaten gebaseerd zijn op de antwoorden van 2.039 zorggebruikers. Er is een weegfactor toegepast zodat de samenstelling van onze respondentengroep wat leeftijd en geslacht betreft representatief is voor de algemene Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder. De valid percentages (percentage van het aantal respondenten dat de vraag werkelijk heeft ingevuld) zijn gebruikt om de resultaten te presenteren. Waar het zinvol was in termen van voldoende respondenten zijn de resultaten getest op significante verschillen naar de achtergrondkenmerken geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en ervaren gezondheid. Alleen significante verschillen ($p < 0.05$) zijn genoemd in de tekst. Van een deel van de mensen uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg is ook bekend tot welke huisartspraktijk zij behoren, namelijk van 1.323 zorggebruikers uit 16 huisartspraktijken die de vragenlijst hebben ingevuld.

C. Interviews met organisaties huisartsen

In verschillende fases van de studie zijn met diverse veldpartijen interviews gehouden (NHG, KNMG, NOPCF, VWS, Dappere Dokters, Federatie Medisch Specialisten). Deze interviews hadden vooral tot functie de beleidscontext beter te begrijpen.

Ook zijn interviews met huisartsen gehouden. Tijdens het NHG congres 'Dokteren doe je niet alleen' op vrijdag 21 november 2014 zijn negen huisartsen geworven voor een 15 minuten durend telefonisch interview. Daarnaast is nog één huisarts geïnterviewd uit het eigen netwerk. Deze interviews hadden als doel om verder te exploreren in hoeverre huisartsen met het onderwerp 'gepaste zorg' in aanraking komen en hoe zij tegen dit onderwerp aankijken. Tevens is geëxploreerd welke overwegingen de huisarts heeft bij het niet behandelen en hoe de huisarts hierover communiceert met de patiënt (zie Box 3). De interviews zijn, op twee na, afgenomen door dezelfde onderzoeker.

Box 3. Topiclist telefonisch interview met huisartsen

1. Wat vindt u van dit onderwerp van 'gepaste zorg'?
Wordt het belangrijk gevonden? Waarom wel/niet?
Is het onderwerp van gesprek onder huisartsen? Is het nieuw/oud?
2. Wat zou er volgens u moeten gebeuren om de huisartsenzorg nog meer 'gepast' te maken?
3. Komt het wel eens voor dat u ervoor kiest om niet te behandelen terwijl een patiënt hier eigenlijk wel om heeft gevraagd?
Wat zijn dan zoal uw overwegingen?
Hoe gaat u dit gesprek aan?
4. Komt het wel eens voor dat u ervoor kiest om wel te behandelen (op verzoek van de patiënt) terwijl u dit eigenlijk niet nodig vindt?
Wat zijn dan zoal uw overwegingen?
Hoe gaat u dit gesprek aan?
5. Komt het wel eens voor dat de patiënt juist kiest voor niet behandelen terwijl u dit wel aanraadt?
Hoe verloopt dan de communicatie?

D. Invitational conference

In het voorjaar van 2015 is een invitational conference gehouden. Op deze conferentie waren vertegenwoordigers aanwezig van Longfonds, NHG, NIVEL, NPCF, NZa, VGZ, VWS, ZonMW, Zorginstituut Nederland. Tijdens deze invitational conference presenteerden we de belangrijkste resultaten van de

overzichtsstudie naar onnodige zorg en de keuze om niet te behandelen in de huisartspraktijk. Vervolgens volgde een discussie over de inzichten uit het onderzoek. Dit gebeurde binnen twee hoofdthema's:

1. Onnodige zorg in de huisartspraktijk.

Hierbij was de leidende vraag in de discussie: wat is onnodige zorg in de huisartspraktijk en hoe kunnen we de juiste balans vinden tussen het medisch technisch handelen en het persoonsgericht handelen?

2. Welke mechanismen gaan schuil achter onnodige zorg en hoe zijn deze aan te pakken?

Hier was de leidende vraag in de discussie: Welke mechanismen achter onnodige zorg in de huisartspraktijk zijn nu dominant zijn en hoe deze mechanismen te doorbreken zijn?

De uitkomsten van de invitational conference zijn gebruikt om conclusies en aanbevelingen te formuleren en een beleids- en onderzoeksagenda op te stellen.