

Gezondheidsraad

De kunst van het nee zeggen

Factoren die bijdragen aan onnodige zorg

Achtergrondrapport



Gezondheidsraad

De kunst van het nee zeggen

Factoren die bijdragen aan onnodige zorg

Achtergrondrapport

Ten geleide

Dit achtergrondrapport gaat over processen in de samenleving, in het zorgbeleid en in de spreekkamer die onnodige zorg in de hand kunnen werken. Het is opgesteld door dr. M. Moret-Hartman in opdracht van de Gezondheidsraad en onder begeleiding van de commissie Medical Technology Assessment van de raad. In het rapport worden ook mogelijke oplossingsrichtingen aangestipt. Elementen daarvan zullen terugkeren in het voorgenomen advies van de Gezondheidsraad over het medisch handelen (zie Werkprogramma 2015, onderwerp 2.1 ‘Medisch handelen op koers?’).

De kunst van het nee zeggen

Factoren die bijdragen aan onnodige zorg

Achtergrondrapport

Nr. A14/03, Den Haag, 23 oktober 2014

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement ‘voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid en het gezondheids-(zorg)onderzoek’ (art. 22 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Infrastructuur en Milieu; Sociale Zaken en Werkgelegenheid; Economische Zaken en Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, en ontwikkelingen of trends signaleren die van belang zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden als regel opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.



De Gezondheidsraad is lid van het European Science Advisory Network for Health (EuSANH), een Europees netwerk van wetenschappelijke adviesorganen.

U kunt het achtergrondrapport downloaden van www.gr.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. De kunst van het nee zeggen. Factoren die bijdragen aan onnodige zorg. Den Haag: Gezondheidsraad, 2014; publicatienr. A14/03.

auteursrecht voorbehouden

ISBN: 978-94-6281-018-1

Inhoud

1	Inleiding	6
2	Een verwachtingsvolle samenleving	8
2.1	De verwachting gezond te zijn	8
2.2	De verwachting uitsluitel te krijgen	10
2.3	De verwachting beter te worden	11
3	Een complex zorgsysteem	13
3.1	Meerdere actoren	13
3.2	Onvoldoende samenhang	14
3.3	Perverse financiële prikkels	17
4	Een belangrijk gesprek	21
4.1	Onzekerheid	21
4.2	Behoeftes	24
5	Mogelijkheden voor het bevorderen van gepast gebruik	27
5.1	Betere samenhang beleid op verschillende niveaus	27
5.2	Wegnemen van ongewenste prikkels in het zorgsysteem	28
5.3	Stimuleren van het stellen van grenzen door de arts	29
5.4	Nieuwe vormen van informeren van de patiënt	31
	Literatuur	33

Inleiding

De kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg in Nederland krijgen een goede beoordeling, ook in vergelijking met het buitenland.¹⁻³ Een factor die aan de kwaliteit van de zorg heeft bijgedragen is de wetenschappelijke onderbouwing van het medisch handelen (de zogeheten *evidence-based medicine*), die zich heeft geuit in grote aantallen richtlijnen. Het in 1991 uitgebrachte Gezondheidsraadadvies ‘Medisch handelen op een tweesprong’ leverde aan die wetenschappelijke onderbouwing een krachtige impuls.⁴ Parallele ontwikkelingen die de zorg ten goede zijn gekomen zijn het steeds beter toespitsen van het medisch handelen op de individuele patiënt en het in toenemende mate betrekken van de patiënt bij de medische besluitvorming.

Er zijn echter ook – nog steeds – verbeteringen mogelijk. De snel stijgende kosten vormen economisch gezien het grootste probleem.⁵ Medisch inhoudelijk is er veel aandacht voor het risico op schade door verblijf in het ziekenhuis. Op basis van een landelijk dossieronderzoek over 2004 werd het aantal potentieel vermijdbare doden in dat jaar op 1.700 geschat.⁶ Dit zou er op kunnen duiden dat niet iedereen altijd en overal die zorg krijgt die hij of zij nodig heeft. Mensen kunnen te weinig zorg ontvangen, maar ook te veel, of ze ondergaan een behandeling die voor hun situatie niet de meest aangewezen is. Aanwijzingen daarvoor zijn te vinden in de variatie in het aanvragen van diagnostisch onderzoek door huisartsen^{7,8}, in de variatie in het voorschrijven van antibiotica⁸, en in de variatie in de aantallen niet-complexe verrichtingen.⁹ De praktijkvariatie is overigens geen verschijnsel dat zich tot ons land beperkt: vergelijkbare gegevens zijn

gevonden in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten.^{10,11} Een deel van de vragen die meer dan twintig jaar geleden al speelden, zijn nu dus nog steeds of nog nadrukkelijker aan de orde. Moet alles wel wat kan? Gebeurt er soms niet te veel? En algemener: hoe zijn de zorgkosten op verantwoorde wijze in toom te houden?

Er zijn dus aanwijzingen dat patiënten soms onnodige zorg ontvangen, zorg die voor de patiënt geen toegevoegde waarde heeft. De verhouding tussen gezondheidswinst en de kans op ongewenste effecten is dan verstoord: het baat hoogstwaarschijnlijk niet, maar schaadt mogelijk wel. ‘Zorg’ wordt daarbij overigens ruim gezien: het kan gaan om diagnostiek, met een mogelijk onnodige belasting voor de patiënt tot gevolg, maar ook om behandeling, met geneesmiddelen of door middel van een operatie. Een andere categorie van onnodige zorg bestaat uit de inzet van interventies die duurder zijn dan bestaande alternatieven, maar ten opzichte daarvan geen toegevoegde waarde hebben.

Die onnodige zorg is de aanleiding voor dit achtergrondrapport. De centrale vraag is waarom die onnodige zorg door de arts aan de patiënt wordt aangeboden, ook al is vaak duidelijk dat de interventie voor de patiënt in feite geen toegevoegde waarde heeft. Wat maakt het lastig om iets niet te doen, met andere woorden: wat maakt het voor de arts lastig om nee te zeggen?

Dat nee zeggen zal zeker betrekking hebben op de spreekkamer, de plaats waar de arts, in overleg met de patiënt, de uiteindelijke beslissing neemt over het inzetten van zorg. Het gesprek in de spreekkamer komt dus zeker aan bod. In aanvulling daarop gaat het ook over invloeden vanuit het gezondheidszorgbeleid, waar beslissingen over de zorg worden genomen, en vanuit de maatschappij als geheel, waar ontwikkelingen plaatsvinden die op de zorg van invloed kunnen zijn.

Het rapport schetst factoren afkomstig uit maatschappij, gezondheidszorgbeleid en spreekkamer die de kans op onnodige zorg vergroten, en mondt uit in een aantal mogelijke oplossingsrichtingen om het onnodig gebruik van zorg terug te dringen.

Een verwachtingsvolle samenleving

‘Gezondheid is een groot goed’ is een gevleugelde uitdrukking. Hoewel in de praktijk blijkt dat mensen zich ook aanpassen aan omstandigheden waarin ze niet optimaal gezond zijn, wordt aan gezondheid groot belang toegekend. Wat we als gezond en als ziek beschouwen is echter niet statisch; de definitie en beleving veranderen met de tijd.

2.1 De verwachting gezond te zijn

De grens tussen wat we als gezond betitelen en wat als ziek verschuift. Polder spreekt over de gezondheidsparadox: we worden tegelijkertijd gezonder en zieker.¹² We leven langer, maar we leven langer met ziekte, we ontdekken ziekten eerder, gedragsproblemen worden als ziekte bestempeld, we beschouwen risicofactoren voor ziekte al als ziekte, en de grenzen van die risicofactoren worden naar beneden bijgesteld. Ook wordt, in het streven naar transparantie en rationele rechtvaardiging, ziekte toenemend van belang als label in verband met het recht op hulp en ondersteuning.

Ziekte is zo een rekbaar begrip geworden, dat steeds meer kan omvatten. Door de snelle ontwikkelingen in medische technologie kunnen ziekten in een steeds vroeger stadium worden opgespoord. Er is in toenemende mate aandacht voor screening op prehypertensie, op prediabetes en op andere ‘preziektes’.¹³⁻¹⁵ Dit heeft er onder meer toe geleid dat het nu mogelijk is aandoeningen te detecteren die bij de persoon in kwestie misschien niet eens tot gezondheidsklachten zouden

hebben geleid.^{16,17} Viera stelt dan ook dat het identificeren van ‘preziekte’ alleen zin heeft in situaties waar mensen een duidelijk verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van ziekte, er een interventie beschikbaar is die dat risico verlaagt, en de positieve effecten van ingrijpen opwegen tegen de mogelijke nadelige effecten.¹⁵ In andere gevallen zal het identificeren van ‘ziekte’ niet leiden tot betere uitkomsten en leidt screening tot overdiagnostiek.

Ook het principe van ‘niet schaden’ heeft een andere betekenis gekregen. Waar eerst het uitgangspunt was geen onnodige diagnostiek uit te voeren, wordt diagnostiek nu als weinig belastend beschouwd en eerder ingezet, ook omdat dat door de patiënt zelf vaak als prettig wordt ervaren.¹⁸

Casus PSA bepaling voor het opsporen van prostaatkanker

Prostaatkanker is de meest voorkomende soort kanker bij mannen.¹⁹ Prostaatkanker is echter niet de belangrijkste oorzaak van sterfte aan kanker²⁰; de meeste mannen met prostaatkanker overlijden aan iets anders.

Toch is er, aansluitend bij een algemene trend, veel aandacht voor de vroege opsporing van deze vorm van kanker door middel van de zogeheten PSA-bepaling (Prostaat Specifiek Antigeen, een enzym dat voorkomt in prostaatcellen en – in toegenomen mate – in prostaatkankercellen). Het bloed wordt dan onderzocht op de aanwezigheid van dit eiwit. Een verhoogde PSA-waarde kan wijzen op prostaatkanker, maar komt ook voor bij een goedaardige prostaatvergroting, een urineweginfectie of een prostaatontsteking. In Nederland heeft een kwart van de mannen boven de 40 jaar een bepaling van de PSA-waarde laten uitvoeren.²⁰

Huisartsen worden regelmatig geconfronteerd met patiënten die vragen om een PSA-bepaling. De vraag is wanneer deze test zin heeft. Het huisartsengenootschap NHG ontraadt om bij mannen zonder klachten actief en ongevraagd een PSA-bepaling aan te bieden, omdat met de test geen goed onderscheid gemaakt kan worden tussen zieken en niet-zieken.²¹ Uit onderzoek naar screening op prostaatkanker met behulp van de PSA-bepaling blijkt dat de sterfte door prostaatkanker in een groep gescreende patiënten vergelijkbaar is aan die in een niet-gescreende controlegroep.²²

Tegelijk wordt preventie steeds belangrijker. Ook het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hecht daar veel waarde aan. Daarnaast wordt in media veel aandacht besteed aan ‘gezond leven’. Dit alles voedt de verwachting dat gezondheid maakbaar is, als je maar de juiste dingen doet en ‘er vroeg bij bent’. Maar het voedt de burger ook met tegenstrijdige signalen. Aan de ene kant wordt volop uitgedragen dat een gezonde levensstijl, preventie en zelf verantwoording nemen van het grootste belang zijn. De bekendheid van mensen met allerlei diagnostische mogelijkheden neemt ook toe. Aan de andere kant ligt de beslissing om daar toegang toe te krijgen weer niet bij hen: die wordt in de spreekkamer genomen. Vandaar dat de spreekkamer geregeld de plek is waar deze conflicterende belangen zich manifesteren.

2.2 De verwachting uitsluitel te krijgen

Met het opschuiven van de grenzen tussen wat als ziek wordt beschouwd en wat als gezond, en met een steeds langer leven waarin ziekte onvermijdelijk een grotere plaats gaat innemen, wordt het belang van diagnostiek steeds groter. Mensen verwachten daarbij dat artsen in staat zullen zijn om een aandoening aan te tonen of juist uit te sluiten. Iemand die met lage rugpijn bij zijn huisarts komt zal bijvoorbeeld vaak denken dat met een röntgenfoto de oorzaak van de klachten aan is te tonen, en dat de arts het probleem vervolgens kan oplossen.²³

Mensen gaan er daarbij van uit dat diagnostiek geen nadelige effecten heeft, en dat de uitkomst helderheid verschaft. Diagnostiek kan echter net zo veel vragen oproepen als beantwoorden, en dus zorgen voor veel onzekerheid. In zijn advies over nevenbevindingen wees de Gezondheidsraad daar ook al op.²⁴ Daarmee vergen de toegenomen mogelijkheden om risico's en ziekte te identificeren paradoxaal genoeg van ons dat we kunnen omgaan met meer onzekerheid dan toen die beeldvorming nog minder ontwikkeld was. En onzekerheid is voor mensen vaak een moeilijk te verdragen toestand. De druk om op zoek te gaan naar de verlangde duidelijkheid kan daardoor groot worden. Dat geldt overigens niet alleen voor patiënten, maar ook voor artsen. De sterke toename in het aantal aanvragen voor beeldvormende diagnostiek wordt namelijk gedeeltelijk toegeschreven aan het niet tolereren van onzekerheid door de arts.^{25,26} In hoofdstuk 3 van dit rapport volgt daarover meer.

Casus kind met zwellingen op het hoofd

Lincke en medewerkers beschrijven een casus van een kind van zes maanden dat is verwezen naar een kinderarts in verband met zwellingen op het hoofd.²⁷ Op basis van een anamnese en lichamelijk onderzoek wordt aan een onschuldige afwijking gedacht. De initiële diagnose was echter met enige restonzekerheid omgeven, en de vraag kwam op of het beter was om af te wachten of voor de zekerheid een echo te maken om wat meer informatie te verkrijgen. De echografie werd daarbij gezien als een nauwelijks belastende en makkelijk beschikbare interventie. De echo leidde vervolgens echter tot de inzet van extra, overbodige en belastende diagnostiek (waaronder een röntgenfoto, een CT-scan waarvoor sedatie nodig was, gevolgd door overleg met een academisch centrum en vervolgdagnostiek). De auteurs concluderen dat: “[...] het kernprobleem niet ligt in kennis en kunde, maar eerder in het cultureel en individueel bepaalde omgaan met onzekerheid door patiënten, ouders en dokters.” Of zoals Clatworthy het formuleert: “[...] that what paralyses us in making healthcare decisions is not uncertainty itself, but our desire for an unrealistic level of certainty’.²⁸

2.3 De verwachting beter te worden

Ook als er eenmaal iets is geconstateerd, hebben mensen hooggespannen verwachtingen van de gezondheidszorg. Ze beschikken vaak over weinig kennis van het natuurlijk beloop van een aandoening en verwachten dat actieve behandeling nodig is.²³

Deze verwachtingen worden mede gevoed door berichten en programma's in de media over de mogelijkheden in de zorg. Maatschappelijk gezien is er veel aandacht voor innovaties, en zeker voor innovaties in de zorg. Ook wordt er veel bericht over fundamenteel onderzoek en spectaculaire doorbraken, maar de onvoorspelbare weg van onderzoeksresultaten naar een klinische toepassing blijft daarbij vaak onderbelicht.²⁹ Bij nieuwe interventies is vaak terughoudendheid gewenst, omdat de informatie over de effectiviteit, veiligheid en doelmatigheid dan immers nog beperkt is.

Operatie van de schildklier via de oksel

Bij een operatie aan de schildklier wordt traditioneel een opening gemaakt in de hals, maar de operatie kan nu ook worden uitgevoerd via een incisie in de oksel. De nieuwe techniek is een voorbeeld van minimaal invasieve chirurgie met een operatierobot. Hoewel deze behandeling nog experimenteel is, is er in de media al veel aandacht aan besteed. Het voordeel van de nieuwe operatietechniek via de oksel is dat de patiënt geen zichtbaar litteken heeft. Er is echter ook twijfel over de toegevoegde waarde van deze techniek, gezien de langere operatieduur, de hogere kosten en de mogelijke complicaties.^{30,31}

Behalve de op innovaties en doorbraken gerichte informatievoorziening is er nog een andere factor die leidt tot hooggespannen verwachtingen over wat de gezondheidszorg voor mensen kan betekenen. Die ligt op het psychologische vlak.³² De gedachte dat de situatie niet hopeloos is en dat er nog allerlei interventies mogelijk zijn biedt namelijk hoop, en kan mensen in een kwetsbare of zelfs uitzichtloze situatie een gevoel van controle geven. De zogeheten therapeutische illusie draagt hier mogelijk nog aan bij. Hiermee wordt de bij de patiënt of zijn vertegenwoordigers optredende gedachte bedoeld dat deelname aan wetenschappelijk onderzoek voor de patiënt zelf direct al voordeel oplevert. Vaak is dat echter niet of nauwelijks het geval.³³ Ook vanuit dat belang wordt de hoge verwachting dan gevoed. Volgens de arts is deze factor één van de redenen voor overbehandeling bij patiënten in de laatste levensfase.³⁴ Soms legt de patiënt zich er niet bij neer dat hij zal sterven of wil de familie dat de arts alles doet om het

leven van hun dierbare te rekken. Ook kan de arts het moeilijk vinden om met deze sterke psychologische behoefte van mensen om te gaan. Ook dit punt komt in hoofdstuk 3 meer uitgebreid ter sprake.

Een complex zorgsysteem

In de gezondheidszorg worden op verschillende niveaus besluiten genomen over welke zorg waar beschikbaar moet zijn. De overheid streeft bij haar beleid naar optimale effectiviteit en doelmatigheid. De praktijk is echter gecompliceerd en niet alles wat vanuit het beleid voortkomt blijkt ook daadwerkelijk een stimulans voor gepast gebruik van zorg. De verschillende factoren die daar mogelijk een rol bij spelen worden hier toegelicht.

3.1 Meerdere actoren

De overheid heeft de grondwettelijke taak en verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat iedere Nederlandse ingezetene toegang heeft tot gezondheidszorg van goede kwaliteit, dat wil zeggen zorg die veilig, doelmatig en doeltreffend is en is afgestemd op de vraag van de patiënt. De laatste jaren kiest de regering er voor om verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden zoveel mogelijk bij de veldpartijen in de zorg neer te leggen. De zorgverzekeraars hebben als regisseur en bewaker van die zorg een belangrijke sturende rol toegewezen gekregen. Van hen wordt verwacht dat zij zorg inkopen van een goede kwaliteit tegen een scherpe prijs. Hierbij wordt tot nu toe vooral ingezet op selectieve inkoop van zorg. De arts hanteert als basis voor zijn professioneel medisch handelen de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek en de consensus binnen zijn beroepsgroep, bij voorkeur vastgelegd in standaarden, richtlijnen en protocollen. Artsen die werkzaam zijn in een zorginstelling hebben in aanvulling daarop te maken met het

beleid van die instelling ten aanzien van prioriteiten en besluitvorming over het aanwenden van beschikbare gelden.

Beslissingen over wat de arts tot zijn beschikking heeft bij de behandeling van de individuele patiënt worden in grote mate genomen op macroniveau (de overheid, zorgverzekeraars) of op mesoniveau (wetenschappelijke verenigingen of beroepsgroepen van artsen, zorginstellingen). Tegelijkertijd wordt op microniveau (de behandelend arts, in overleg met de patiënt) vastgesteld welke zorg gepast is voor een individuele patiënt.

3.2 Onvoldoende samenhang

Bij het benadrukken van gepast gebruik wordt op microniveau artsen gevraagd om rationeel handelen, dat wil zeggen handelen gebaseerd op kennis over effectiviteit en doelmatigheid van maatregelen. Tegelijkertijd is het beleid op meso- en macroniveau niet altijd rationeel of eenduidig. Dit kan het gepast gebruik van zorg in de spreekkamer onder druk zetten. Hierbij spelen verschillende factoren een rol.

3.2.1 *Verschillen in definiëring gepast gebruik*

In situaties waarin de overheid besluiten wil nemen op basis van effectiviteit en doelmatigheid, blijkt dat niet altijd eenvoudig. Eén van de maatregelen vanuit de overheid om gepast gebruik te stimuleren is het stellen van voorwaarden aan de vergoeding van bepaalde dure geneesmiddelen of geneesmiddelen waarbij de kans op onterecht gebruik groot wordt geacht (het zogenoemde vergoedingsbesluit). Onderzoek toonde echter dat het voorschrijven in de praktijk soms behoorlijk afwijkt van de gestelde voorwaarden.³⁵ De regeling werd door artsen vaak als beperking van het gepast gebruik gezien, bijvoorbeeld omdat de indicaties voor gepast gebruik van zorg in richtlijnen anders zijn omschreven dan in de voorwaarden bij het vergoedingsbesluit. Een voorbeeld is de controverseronde clopidogrel, een geneesmiddel dat de aggregatie van bloedplaatjes remt. De indicaties voor clopidogrel volgens de medische richtlijnen van de voorschrijvende cardiologen verschillen van die vergoedingsvoorwaarden.³⁵ Het formuleren van voorwaarden bij het voorschrijven van geneesmiddelen leidde dus niet direct tot gepast gebruik. In dit verband wordt meer verwacht van het hanteren van patiëntenregistraties. Deze maken dan ook onderdeel uit van het programma Goed Gebruik Geneesmiddelen van ZonMw.³⁶

3.2.2 *Weinig opschoning van het pakket van vergoede interventies*

In de huidige systematiek om te beoordelen wat thuishoort in het pakket van de vergoede interventies wordt de meeste aandacht besteed aan het al dan niet toelaten van nieuwe interventies. Een deel van de al in het pakket opgenomen interventies is echter nooit goed geëvalueerd. Het vermoeden bestaat dan ook dat een deel van het bestaande pakket weinig toegevoegde waarde heeft, bijvoorbeeld omdat er inmiddels betere alternatieven beschikbaar zijn. In een aantal landen worden om die reden zogenoemde de-investeringsprojecten uitgevoerd, veelal op regionaal niveau.³⁷ De-investering blijkt in de praktijk echter lastig uit te voeren.³⁸ Dit heeft verschillende redenen, uiteenlopend van het ontbreken van studies waaruit blijkt dat de interventie inderdaad geen toegevoegde waarde heeft tot weerstand tegen verandering in het algemeen. Ook kan het zo zijn dat een interventie die voor de meeste patiënten weinig meerwaarde heeft voor sommige patiënten wel degelijk zinvol is.

3.2.3 *Invloed van derden op beleid*

Om bestaande interventies uit het pakket te halen brengt het Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) adviezen uit waarin wordt voorgesteld een interventie niet langer te vergoeden. Ook hier blijkt de daadwerkelijke uitvoering in de praktijk echter lastig.

In 1996 bijvoorbeeld heeft de minister van VWS geprobeerd het geneesmiddel mebeverine, een middel voor patiënten met het prikkelbaar darmsyndroom, uit het verstrekkingenpakket te halen omdat het hier vooral om een placebo-effect leek te gaan. In een rechtszaak aangespannen door artsen en industrie is de minister echter uiteindelijk in het ongelijk gesteld.

In meer recente pakketadviezen van het Zorginstituut (destijds het College voor Zorgverzekeringen geheten) zijn naast adviezen over nieuwe interventies ook zogeheten uitstroomadviezen opgenomen, waarin wordt voorgesteld interventies uit het pakket te verwijderen.* Niet alle adviezen zijn echter (direct) door het ministerie van VWS overgenomen. Het Zorginstituut heeft bijvoorbeeld al in 2007 geadviseerd de rollator uit het pakket te halen. Dit is echter niet gebeurd, deels onder druk van de publieke opinie. Orale anticonceptiemiddelen zijn soms opgenomen in het verzekeringspakket en er op andere momenten weer uit ver-

* Pakketadvies 2012: redressiehelm; pakketadvies 2010 mucolytica, eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, mondzorg 18-22 jr, anticonceptiva; Pakketadvies 2009: Acetylcysteïne.

wijderd, met de publieke opinie als factor in die bewegingen. Volgens de Raad voor Volksgezondheid en Zorg “[...] maakt de overheid onvoldoende consistent gebruik van de gegevens over de kosteneffectiviteit van interventies. [...] De overheid laat zich in hoge mate leiden door politiek gevoelige zaken die relevant zijn voor de samenstelling of de uitvoering van het verzekerde pakket, zoals de opname van dure geneesmiddelen tegen bepaalde ernstige ziekten in het pakket, wachtlijstproblematiek en ondermaatse zorg in sommige verpleeghuizen, vaak gevoed door media en belanghebbende partijen.”³⁹

3.2.4 *Aanschafbeleid medische apparatuur in ziekenhuizen*

Beslissingen over de aanschaf van een specifiek apparaat worden vaak op het (meso-) niveau van de instelling genomen. Daarbij staat vaak de aankoopprijs van het apparaat of instrument centraal,⁴⁰ al laat internationaal onderzoek naar het inkoopbeleid in vijf Europese landen zien dat soms zowel prijs als kwaliteit worden meegewogen.⁴¹ Bij die kwaliteit gaat het dan om de betrouwbaarheid van het product, de capaciteit en de innovatieve eigenschappen. De therapeutische meerwaarde en doelmatigheid van de interventie worden zelden bij de aankoop meegewogen, met als gevolg dat de drempel voor iets nieuws relatief laag is. Voor toelating tot de markt van medische apparatuur (zoals een scanapparaat) en instrumentarium (bijvoorbeeld gespecialiseerde instrumenten voor complexe operaties) spelen therapeutische meerwaarde en doelmatigheid van de interventie geen rol; er hoeft alleen te worden aangetoond dat het apparaat veilig is.

Bij hoogtechnologische zaken, zoals prothesen en chirurgische apparaten, vindt concurrentie met name plaats op basis van functies van het apparaat of instrument en hebben artsen veel zeggenschap.⁴⁰ De beeldvorming rond een apparaat kan dan een grote rol gaan spelen, zoals blijkt bij de casus robotchirurgie.

Casus Robotchirurgie

Robotchirurgie met de Da Vinci robot is een vorm van laparoscopische chirurgie waarbij een robot wordt ingezet bij de besturing van de instrumenten.⁴² Het apparaat is duur en per operatie moeten ook nog hoge kosten gemaakt worden. Desondanks is er bijvoorbeeld bij de behandeling van prostaatkanker een snelle toename te zien in het aantal robotprocedures in de VS en Europa, ondanks een afname in de incidentie van prostaatkanker en hoewel voor gelokaliseerde prostaatkanker de behandeling bestaat uit niet-chirurgische alternatieven en er soms zelfs een afwachtend beleid wordt gevoerd. Wetenschappelijk onderzoek toont vooralsnog ook geen duidelijke meerwaarde van de robotprocedure op de langere termijn.⁴²

Desalniettemin waren er in 2009 in Nederland elf Da Vinci robots en overwogen twee ziekenhuizen de aanschaf. Bij dergelijke innovaties wordt vaak een behoefte ‘gecreëerd’, waarbij de fabrikant en de media veronderstelde voordelen benadrukken.⁴³ Binnen de zorg doet men daar ook aan mee. Een individuele arts wil de nieuwe interventie graag gebruiken, een ziekenhuis gaat mede uit concurrentieoverwegingen over tot de aanschaf, en de zorgverzekeraar wil vergoeding van de verrichting niet weigeren.

De gang van zaken bij het aanschaffen van instrumentarium door individuele ziekenhuizen kan er ook toe leiden dat de totale behandelcapaciteit in Nederland groter wordt dan nodig. Bij overcapaciteit ontstaat vervolgens het risico dat het aanbod een bijpassende vraag gaat creëren. Dure apparaten worden dan geleidelijk aan breder ingezet. Uitgedrukt in de kosten per inzet lijkt dat voordeliger, maar het gevaar bestaat dat het apparaat ook ingezet gaat worden bij indicaties waarbij de interventie eigenlijk geen meerwaarde heeft. Dat kan dan zelfs ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg.

Casus PET-scans

In 2007 werd een raming gemaakt van het benodigd aantal PET-scanners in Nederland voor gebruik in de patiëntenzorg.⁴⁴ Een PET-scan is een beeldvormende techniek waarbij gebruik gemaakt wordt van een radioactief label om actieve gebieden in het lichaam aan te kunnen tonen. Uitgaande van de richtlijnen werd geschat dat voor oncologische ziektebeelden minimaal een capaciteit nodig is voor 10.000 en maximaal voor 17.000 PET-scans per jaar. Dat aantal scans is te maken met acht of negen PET-scanners.

Eind 2006 beschikte Nederland over 24 PET scanners⁴⁴ en in 2009 was het aantal opgelopen tot 44 PET- of PET/CT-scanners.⁴⁵ In ons land staan dus veel meer PET-scanners dan voor de geïndiceerde interventies nodig is.

3.3 Perverse financiële prikkels

De wijze waarop in het huidige systeem de zorg wordt gefinancierd kan het handelen van de arts en – in mindere mate – de patiënt zodanig beïnvloeden dat er van gepast gebruik geen sprake is. Soms zorgt de financiering zelfs voor een averechts effect. Hier volgt daarvan een aantal voorbeelden.

3.3.1 *Gereguleerde marktwerking*

In 2006 is in Nederland een nieuw zorgstelsel ingevoerd, waarin gereguleerde marktwerking centraal staat. Er zijn sindsdien aanwijzingen verkregen dat het via

marktwerking stimuleren van ondernemerschap niet goed samengaat met de in de geneeskunde (tot dan toe) gebruikelijke terughoudendheid bij behandelen. Het huidige systeem lijkt bijvoorbeeld invloed te hebben op het voorschrijfgedrag van artsen.¹⁸ Het principe van terughoudendheid is weliswaar niet verlaten, maar voor huisartsen wel steeds moeilijker vol te houden. Patiënten, aangemoedigd om zich te ontwikkelen tot mondige consumenten, willen graag extra zorg. Die extra zorg is ook weer goed voor de portemonnee van de arts. Dit samenspel vergroot de druk om zorg te verlenen, ook als dat misschien niet nodig is.

3.3.2 *Meer zorg bij relatief lage ziektelast*

Een tweede effect van de marktwerking in het zorgstelsel is de groeiende aandacht voor het behandelen van klachten die gepaard gaan met een relatief lage ziektelast. Zorg verlenen op basis van medische noodzaak lijkt een minder sterk principe te zijn geworden.¹⁸ Zo zijn in ziekenhuizen in de afgelopen periode diverse speciale poliklinieken en zogeheten zorgstraten voor relatief lichte aandoeningen geopend, zoals de snurkpoli en de hoestpoli. Deze nieuwe poliklinieken zijn volgens huisartsen vaak onnodig.⁴⁶ Ook vinden huisartsen dat hun collega's in ziekenhuizen teveel diagnostiek die de huisarts zelf al heeft gedaan nog eens herhalen, en dat ziekenhuizen teveel behandelingen aanbieden.

Volgens de betrokken specialisten zijn deze speciale poliklinieken echter juist efficiënt en voorzien zij in een behoefte. Veel diagnostiek wordt bijvoorbeeld geclusterd op één dag uitgevoerd, wat prettig is voor de patiënt.⁴⁷ Ook kan er achter een klacht die op het eerste gezicht onschuldig lijkt serieuze problematiek schuilgaan. Snurken kan bijvoorbeeld geassocieerd zijn met het slaapapneusyndroom, waarbij er tijdens de slaap regelmatig adempauzes optreden.

3.3.3 *Belang van meer volume*

In algemene zin wordt vaak opgemerkt dat in de huidige financieringsstructuur de arts voornamelijk betaald wordt voor verrichtingen die hij *doet* en niet voor dingen die hij *laat*. Het feit dat voor verrichtingen wordt betaald en niet voor de uitkomsten wordt als belangrijke oorzaak van de volumegroei in de zorg genoemd.⁴⁸

Onderzoek suggereert dat de invoering van de diagnose behandel combinaties (DBC's) invloed heeft op het gedrag van medisch specialisten.⁴⁹ In het eerste jaar na de introductie van de DBC's werd bij interventies die naar verwachting enigszins door de vraag gestuurd kunnen worden (zoals operaties in verband met staar of liesbreuk) een groei in het aantal verrichtingen waargenomen van acht

procent. Die toename zou kunnen samenhangen met het wegwerken van wachtlijsten, maar kan ook het gevolg zijn van een geïnduceerde vraag. In een vergelijking tussen vrijevestigde specialisten en specialisten in loondienst werden bij verschillende types ingrepen aanwijzingen voor aanbodgestuurde zorg gevonden.⁴⁹

3.3.4 *Verschillen in vergoeding van mogelijke behandelopties*

De keuze tussen verschillende behandelmogelijkheden wordt soms direct beïnvloed door de wijze van vergoeden, waarbij de goedkoopste of meest effectieve mogelijkheid niet altijd als eerste wordt benut. Zo constateerde het Zorginstituut dat bij depressie vraag, aanbod en financiering niet altijd goed op elkaar zijn afgestemd.⁵⁰ Soms is er sprake van onderbehandeling, soms van overbehandeling. De behandeling van een niet-ernstige depressie zou moeten beginnen met psychologische zorg en psychotherapie. Patiënten krijgen echter door de huisarts eerder medicatie voorgeschreven dan psychologische hulp. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat voor psychologische zorg wel een eigen bijdrage wordt berekend en voor medicatie niet.

Een vergelijkbaar voorbeeld wordt geïllustreerd door een vergelijking tussen de – voor eigen rekening bij de drogist verkrijgbare – eenvoudige pijnstillers en de – na voorschrijven door de arts vergoede – duurdere variant daarop. Een dergelijk verschil kan de behandelend arts onder druk zetten een recept voor pijnstillers uit te schrijven.

3.3.5 *Invloed van commerciële actoren*

De kosten voor het ontwikkelen van een nieuw geneesmiddel zijn hoog. De producent moet deze kosten vervolgens door de verkoop van het product zien terug te verdienen. Producenten zijn er dus bij gebaat dat artsen hun product veelvuldig voorschrijven en besteden daarom veel aandacht en geld aan marketing. Volgens het Centraal Planbureau besteedt de farmaceutische industrie ongeveer twintig procent van de omzet aan marketing, beduidend meer dan andere sectoren.⁵¹

In Nederland mag de farmaceutische industrie geen direct op consumenten of patiënten gerichte reclame maken voor geneesmiddelen die op recept verkrijgbaar zijn, en is reclame gericht op artsen aan strikte regels gebonden.⁵² Toch heeft de farmaceutische industrie wel degelijk (indirecte) invloed, bijvoorbeeld door het maken van televisiespotjes waarbij consumenten worden bewogen om met een specifieke gezondheidsklacht naar hun huisarts te gaan.⁵³ Daarnaast blijven farmaceutische bedrijven invloed te hebben op de ontwikkeling van behan-

delrichtlijnen, bijvoorbeeld via patiëntenverenigingen of door nieuwe ‘ziekten’ te introduceren en te vermarkten.⁵⁴ Organisaties die zich bezig houden met het ontwikkelen van behandelrichtlijnen hebben inmiddels waarborgen ingebouwd om invloed vanuit de farmaceutische industrie tegen te gaan.⁵³

Een belangrijk gesprek

Maatschappelijke ontwikkelingen en beleidsmatige keuzes werken door in de spreekkamer en aan het ziekbed. Het gesprek tussen arts en patiënt, en de beslissingen die op grond daarvan worden genomen, staan immers niet los van wat er buiten de zorginstelling gebeurt.

Hoe krijgen de ontwikkelingen die in de vorige hoofdstukken zijn geschetst hun beslag in de spreekkamer en aan het bed? En welke invloeden spelen binnen de medische context zelf? In dit hoofdstuk spitsen we de vragen toe op twee elementen waarmee de arts in de spreekkamer te maken kan hebben: de onzekerheid omtrent diagnose en behandeling en de behoeftes die hij kan hebben in zijn omgang met de patiënt.

4.1 Onzekerheid

Besluitvorming in de behandelrelatie tussen patiënt en arts vindt vaak plaats in een situatie van onzekerheid. Eerder zagen we al dat cultureel-maatschappelijk gezien de verwachting juist is dat de arts uitsluitsel kan bieden. Dat legt druk op de behandelrelatie en op het streven naar gepaste zorg. Natuurlijk heeft de arts houvast aan richtlijnen: die vormen een belangrijke leidraad bij het medisch handelen en zijn ook een belangrijk hulpmiddel voor gepast gebruik. Professionele richtlijnen worden immers ontwikkeld volgens het principe van *Evidence Based Medicine* en zijn gericht op het integreren van de resultaten van medisch-wetenschappelijk onderzoek met de klinische expertise van de arts en de voorkeuren van de patiënt.⁵⁵ Toch is niet voor alle situaties wetenschappelijke kennis beschikbaar of is de beschikbare kennis minder of zelfs niet relevant. Dan

doet de onzekerheid haar intrede. Daarbij kan het gaan om onzekerheid over werking op individueel niveau of onzekerheid door het ontbreken van relevante kennis.⁵⁶

Casus galblaasverwijdering

Bij patiënten met ernstige buikpijn door galstenen moet soms de galblaas verwijderd worden (cholecystectomie). Er zijn echter aanwijzingen dat een ongeveer een derde van de patiënten na de operatie nog steeds klachten heeft. Het blijkt dan veelal te gaan om patiënten met moeilijk te definiëren klachten, bij wie via een echografie of andere beeldvormende diagnostiek galstenen zichtbaar zijn. Waarschijnlijk worden de klachten bij een deel van deze patiënten niet door de galstenen veroorzaakt en is een operatie bij hen dan ook overbodig. In de afgelopen periode is de indicatiestelling voor de operatie echter veranderd, waarbij juist een verschuiving is opgetreden van alleen opereren in geval van koliekpijn naar ook opereren bij (vage) buikklachten.

Een belangrijke vraag is daarom wat de optimale diagnostische strategie is om een goede selectie te maken van patiënten bij wie de klachten inderdaad het gevolg zijn van de galstenen en voor wie operatie dus is geïndiceerd. In 2013 is onderzoek naar het optimaliseren van de indicatiestelling voor galblaasoperatie van start gegaan.⁵⁷

4.1.1 Onzekerheid over werking op individueel niveau

In de systematiek van *Evidence Based Medicine* wordt bij onderzoek naar de effectiviteit van een interventie veel gewicht toegekend aan gerandomiseerde studies (*Randomised Controlled Trials*, RCT's) met groepen patiënten. Een individu zal echter lang niet profiteren van een op groepsniveau bewezen effectieve behandeling. De effecten van een behandeling zijn namelijk vaak niet voor iedereen gelijk, vanwege verschillen tussen de individuele situaties, zoals ernst van de ziekte, comorbiditeit of genetische achtergrond.⁵⁸ Het beste effect van een behandeling wordt waarschijnlijk behaald bij iemand die zonder die behandeling een slechte prognose heeft, goed zal reageren op de behandeling en die niet erg vatbaar is voor eventuele bijwerkingen. Het is alleen lastig om deze mensen vooraf te identificeren.

Casus geneesmiddel voor ziekte van Pompe

In 2012 is een advies verschenen over de vergoeding van het geneesmiddel alglucosidase alfa voor patiënten met de ziekte van Pompe, een progressieve spierziekte.⁵⁹ Dit middel was tijdelijk toegelaten volgens de NZA-beleidsregel weesgeneesmiddelen. Onderdeel van deze beleidsregel is dat de geneesmiddelen na vier jaar worden herbeoordeeld en dat in de tussenliggende periode nader onderzoek naar de therapeutische waarde en doelmatigheid van het middel wordt uitgevoerd.

Voor patiënten met de niet-klassieke vorm van de ziekte van Pompe lijkt het effect gemiddeld genomen beperkt, maar zijn er grote individuele verschillen. Enkele patiënten reageren heel goed op de behandeling. Het is alleen (nog) niet mogelijk vooraf vast te stellen welke patiënten dat zijn. Uitsluiting van het geneesmiddel van vergoeding vanwege beperkte doelmatigheid bij de gehele groep patiënten zou die enkele patiënten ernstig tekort doen.

Destijds stelde het College voor zorgverzekeringen voor het geneesmiddel alglucosidase alfa te vergoeden voor patiënten met de ziekte van Pompe. Het College stelde tevens voor een alternatieve regeling te ontwikkelen voor dergelijke dure weesgeneesmiddelen waarbij expliciet aandacht is voor een doeltreffende en doelmatige inzet van de middelen en de juiste selectie van patiënten. Uiteindelijk heeft de minister besloten het middel vooralsnog vanuit de basisverzekering te vergoeden en een alternatieve regeling te onderzoeken.⁶⁰

Overigens is het ook niet altijd makkelijk om op wetenschappelijke gronden een doelgroep te identificeren. Richtlijnen en zorgprogramma's in Nederland gaan uit van behandeling van een specifieke ziekte, terwijl de arts te maken heeft met een patiënt, en daarmee met veel variabelen.⁶¹ Het is onmogelijk om voor elke combinatie van indicatie of klacht en relevante kenmerken van de patiënt vast te stellen welke interventie effectief is.

4.1.2 *Onzekerheid door ontbrekende relevante kennis*

De relevantie van het beschikbare onderzoek voor de klinische besluitvorming is soms beperkt. Het onderzoek blijkt vaak een andere vraag te beantwoorden dan de vraag die voor het beleid en de klinische praktijk belangrijk is.^{62,63} Het is bijvoorbeeld mogelijk dat niet de juiste interventies met elkaar zijn vergeleken of dat irrelevante uitkomstmaten zijn gehanteerd. Ook kunnen bepaalde onderzoeksvoorkeuren regeren, terwijl aan andere – misschien wel meer relevante – vragen minder aandacht wordt besteed.

Behandeling knieartrose

Onderzoekers in Bristol bekeken in welke mate onderzoek op het gebied van artrose van de knie aansloot bij de vragen die volgens patiënten en artsen relevant waren. Volgens artsen en patiënten is er een teveel aan onderzoek waarin een pijnstillers (*non-steroidal anti-inflammatory drugs*, NSAID's) wordt vergeleken met een placebo en is dat onderzoek meestal gesponsord door de farmaceutische industrie. Volgens patiënten en artsen is juist meer onderzoek nodig naar het effect van fysiotherapie, operatieve behandelingen en strategieën gericht op educatie en coping, waarbij de patiënt leert om te gaan met de chronische, beperkende en vaak pijnlijke aandoening.⁶⁴

4.1.3 *Gevolgen van onzekerheid voor gepaste zorg*

De verschillende bronnen van onzekerheid vertalen zich naar gedrag in de spreekkamer. Zo blijkt in tien procent van de gevallen waarbij de arts afweek van zijn eigen norm voor goed handelen, onzekerheid over de diagnose de oorzaak te zijn.⁶⁵

Artsen zijn soms bang om iets belangrijks te missen, en kunnen daarin worden versterkt door een ernstig voorval in het verleden, bijvoorbeeld een gemiste diagnose, ernstige bijwerkingen van medicatie of een bijzondere bevinding bij een andere patiënt.^{26,66} Het tegengaan van een gemiste diagnose lijkt dan zwaarder te wegen dan het tegengaan van onnodige diagnostiek. Dit kan mede worden gevoed door de mogelijkheid van juridische claims na het missen van een diagnose.²⁶

De combinatie van de onzekerheid die, ondanks alle richtlijnen, eigen is aan het stellen van een diagnose en de tendens om gezondheid te zien als iets maakbaars zorgen er samen voor dat de druk op artsen om te handelen groot kan zijn, ook als dat niet nodig is. Prikkels vanuit de manier van financieren kunnen die druk nog verder vergroten.

4.2 **Behoeftes**

4.2.1 *De behoefte om een goede relatie in stand te houden*

De vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt kan een sterke prikkel zijn tot gepast gebruik.⁶⁷ Heeft een patiënt vertrouwen in de arts, dan bevordert dit bijvoorbeeld de therapietrouw en daarmee de effectiviteit van een interventie. Ook kan het de inzet van zorg beperken, doordat het oordeel dat handelen niet nodig is eerder wordt aanvaard als het van een gezaghebbende en vertrouwenwekkende bron komt. Het is dan ook terecht dat met name huisartsen veel waarde hechten aan continuïteit van zorg.

Tegelijkertijd kan de wens tot het behouden van een goede relatie met de patiënt ook een reden zijn om te handelen terwijl dat eigenlijk niet gepast is. Huisartsen vinden soms dat ze iets voor hun patiënten moeten doen of hun iets moeten geven terwijl dat niet echt nodig is.^{66,68} Veel artsen geven aan wel eens ongemak te hebben ervaren bij hun besluit om iets wel of niet voor te schrijven.⁶⁶ Uit onderzoek onder huisartsen blijkt dat bij tien procent van de consultaties de arts afwijkt van de eigen norm van ‘*good general practice*’.⁶⁵ Er was een grote variatie tussen de deelnemende praktijken, uiteenlopend van minder dan vijf tot

boven de veertig procent. De arts week het meest af van zijn eigen norm voor goed medisch handelen om aardig gevonden te worden door de patiënt of om een conflict te vermijden. Uit onderzoek naar de morele problemen van de huisarts als poortwachter blijkt dat bijna alle in de dagelijkse praktijk ervaren dilemma's betrekking hadden op een verzoek van de patiënt om een interventie waarvoor de huisarts niets voelde.⁶⁹ Bij bijna zeventig procent van die dilemma's was het behouden van een goede relatie met de patiënt een argument om toch de gevraagde zorg – verwijzing, diagnostiek of behandeling – te verlenen.⁶⁹

De inschatting van de arts over wat de patiënt verwacht, komt daarbij overigens niet altijd overeen met de daadwerkelijke verwachtingen van de patiënt. Uit onderzoek bij een twintigtal huisartsen en 17 van hun patiënten over het gebruik van antibiotica voor keelpijn bleek dat de arts vaak het idee had dat de patiënt een recept voor antibiotica wilde, maar dat van de patiënten slechts ongeveer een derde inderdaad antibiotica bleek te verwachten. De rest gaf aan vooral behoefte te hebben aan geruststelling.⁶⁸

4.2.2 *De behoefte om hoop te bieden*

De arts vindt het vervelend als hij een patiënt niet iets kan bieden; hij wil niet graag met lege handen staan.⁶⁹ Het kan ook lastig zijn om een behandeling te beëindigen. Een arts bespreekt niet graag het stoppen van medicatie met een patiënt, omdat hij bang is dat dit wordt gezien als een kwestie van 'het opgeven'.⁷⁰

4.2.3 *De behoefte om gerust te stellen*

Soms wordt ook diagnostiek verricht om een ziekte uit te sluiten, terwijl de kans op die ziekte klein is. Voor de (huis)arts is geruststelling een belangrijke taak, en patiënten waarderen geruststelling.⁷¹ Soms kan een (diagnostische) interventie ook ter geruststelling van de arts dienen.

Casus nazorg oncologie

Bij nazorg in het geval van oncologische aandoeningen kan soms met minder controles worden volstaan, maar in de praktijk gebeurt dit vrijwel niet.⁷² Bij patiënten die zijn behandeld voor borstkanker worden voor de eerste vijf jaar na diagnose negen controlevisites geadviseerd. Uit onderzoek van de medische dossiers blijkt echter dat gemiddeld dertien controlevisites per patiënt werden uitgevoerd, met een variatie van 4 tot 31.⁷³ Het verschil met de richtlijn is groter als bij de nacontrole meer specialismen betrokken zijn.

De aannname hierbij is dat nazorg leidt tot een verbetering in de levensverwachting. Voor de meeste kankersoorten is deze verbetering echter niet bewezen.⁷³ Nazorg na behandeling voor eierstokkanker bijvoorbeeld leidt niet tot een winst in levensverwachting. Mogelijk liggen de beperkte behandelopties hieraan ten grondslag. Behandelen van een tijdens de nazorg gebleken recidief waarvan de patiënt (nog) geen klachten heeft kan zelfs nadelig zijn.

Een mogelijke reden voor de hoge frequentie van controles is dat een controle op de poli ook een bevestiging is voor arts én patiënt dat het goed gaat en dat de behandeling goed is verlopen.

4.2.4 *De behoefte om tijd te besparen*

Soms, als de inschatting is dat een discussie met de patiënt tijdrovend zal zijn, start de arts een behandeling of verwijst hij de patiënt, ook al is het niet geïndiceerd.⁶⁹ Als een recept wordt voorgeschreven kost het consult vaak minder tijd en lijkt de patiënt tevreden. Het ombuigen van de verwachtingen van de patiënt kost meer tijd, zo is het idee.⁶⁸ Tegemoetkomen aan de gewenste geruststelling van de patiënt door een test uit te laten voeren wordt dan gezien als een eenvoudige, kosten- en tijdsefficiënte strategie.²⁶

4.2.5 *De behoefte om het probleem door te geven*

Patiënten worden soms doorverwezen naar een medisch specialist, terwijl de huisarts zelf diagnostiek niet nodig acht. Hij verwacht dan dat de medisch specialist beter in staat is de patiënt duidelijk te maken dat de gevraagde interventie niet zinvol is.⁷⁴ Omdat er in een ziekenhuis echter een andere dynamiek heerst, waarbij de nadruk ligt op het uitzoeken van wat er aan de hand is, kan een gevolg van het doorsturen echter zijn dat er juist nog extra diagnostiek wordt uitgevoerd.

Mogelijkheden voor het bevorderen van gepast gebruik

Onnodige zorg baat hoogstwaarschijnlijk niet en schaadt mogelijk wel. In de vorige hoofdstukken zijn factoren uit maatschappij, gezondheidszorgbeleid en spreekkamer beschreven die kunnen leiden tot onnodige zorg. In dit slothoofdstuk volgt een schets van mogelijkheden om onnodige zorg tegen te gaan, waarbij de aandacht niet alleen uitgaat naar de behandelaar, maar ook naar de patiënt. De schets concentreert zich op het gezondheidszorgbeleid en op de spreekkamer; de (eventuele) mogelijkheden de verwachtingen omtrent zorg vanuit de maatschappij te beïnvloeden blijven buiten beschouwing.

Het terugdringen van onnodige zorg komt overigens meer en meer in de belangstelling. Ook zijn er initiatieven gaande om die onnodige zorg tegen te gaan, uiteenlopend van bijeenkomsten van zorgprofessionals uit de eerste- en tweedelijns,^{75,76} tot het instellen van een meldpunt voor verspilling in de zorg door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.⁷⁷

5.1 **Betere samenhang beleid op verschillende niveaus**

5.1.1 *Beoordelingsprocedures bij aanschaf medische apparatuur*

Veel besluitvorming rond de aanschaf van medische apparatuur ligt op dit moment bij de ziekenhuizen zelf. Soms spelen daarbij andere factoren dan strikt medische een rol en ontstaat overcapaciteit. Het lijkt wenselijk om na te gaan of bij besluitvorming in ziekenhuizen procedures gehanteerd kunnen worden waar-

bij criteria als effectiviteit, veiligheid en doelmatigheid expliciet worden gehanteerd. Een mogelijke werkwijze is *Programme Budgeting and Marginal Analysis* (PBMA).⁷⁸ De methodiek start met het afbakenen van het programma van activiteiten, bijvoorbeeld regionale psychogeriatrische zorg, of zorg geleverd door een ziekenhuisafdeling, gevolgd door een analyse van de productiemiddelen die voor dit programma worden ingezet en wat daarmee wordt gerealiseerd. Vervolgens wordt nagegaan welke nieuwe activiteiten overwogen worden en welke middelen daarvoor nodig zijn. Tot slot wordt geanalyseerd welke bestaande activiteiten moeten worden opgeofferd om voldoende middelen vrij te maken voor die nieuwe activiteiten. Bij PBMA gaat het dus uiteindelijk om de vraag of de beschikbare middelen op een betere manier kunnen worden ingezet. Bij een dergelijke beoordeling zullen diverse criteria een rol spelen, waaronder ziektelast, effectiviteit en veiligheid van interventies, maar ook beslag op beschikbare middelen. PBMA is in diverse landen toegepast om in de gezondheidszorg op lokaal of regionaal niveau prioriteiten te kunnen stellen.⁷⁹⁻⁸¹

5.1.2 *Gecontroleerde innovatie*

Bij innovaties is het soms lastig om te bepalen op welk moment de effectiviteit, veiligheid en doelmatigheid moeten worden geëvalueerd. Gebeurt dat te vroeg, dan is de innovatie misschien nog niet geheel ontwikkeld, terwijl die wel degelijk beloften heeft. Een te late evaluatie kan tot gevolg hebben dat een niet-effectieve interventie te lang is gehanteerd. Het is van belang om tegelijkertijd innovaties mogelijk te maken én tegen te gaan dat premature interventies breed worden ingezet, met risico's voor de veiligheid en doelmatigheid van de zorg. Een gecontroleerd proces van innovatie lijkt wenselijk, waarbij bijvoorbeeld specifieke apparatuur in eerste instantie in een beperkt aantal ziekenhuizen wordt ingevoerd en nader onderzocht.

5.2 **Wegnemen van ongewenste prikkels in het zorgsysteem**

5.2.1 *Belonen van niet-doen: kijk- en luistergeld*

De huidige financiering van het zorgsysteem bevat voornamelijk prikkels die handelen belonen. Deze prikkels kunnen zorgen voor een soms ongewenste nadruk op productie, ook in een situatie waarin dat misschien niet echt nodig is. Het kan wenselijk zijn om ook 'niet-handelen' of alleen een gesprek met de patiënt financieel te waarderen. Of deze specifieke financiële waardering van 'niet-doen' inderdaad leidt tot vaker nee zeggen zou moeten worden onderzocht.

5.2.2 *Ontkoppeling van indicatiestelling en behandeling*

Het ministerie van VWS heeft in 2009 de variatie in de behandeling van aandoeningen in Nederland laten onderzoeken. De organisatie die het onderzoek heeft uitgevoerd constateert dat in richtlijnen heldere uitspraken over indicatiestelling vaak ontbreken, en pleit voor het aanscherpen daarvan.⁹ Het is echter de vraag of zo'n scherpere indicatiestelling wel altijd mogelijk is. Vaak vereist indicatiestelling voor een verrichting als een operatie immers een inschatting van de betreffende arts. Wellicht is er in dergelijke situaties winst te behalen met een soort *second opinion*, waarbij een tweede arts controleert of de operatie inderdaad is geïndiceerd.

Een logisch gevolg van dit voorstel is een toename in het aantal consulten en de daarmee gepaarde gaande kosten. Het lijkt daarom wenselijk het instellen van dit systeem van *second opinion* af te laten hangen van de mate van overbehandeling bij de betreffende indicatiestelling, de ongewenste effecten van die overbehandeling, en de mate waarin het systeem de overbehandeling daadwerkelijk zou kunnen terugdringen.

5.2.3 *Alternatieve financiering van ontwikkeling en innovatie*

De farmaceutische industrie is, om de hoge ontwikkelkosten van producten terug te verdienen, gebaat bij het veelvuldig voorschrijven daarvan. Er gaan daarom wel stemmen op om het proces van innovatie en ontwikkeling van geneesmiddelen los te koppelen van de commerciële productie en verkoop van die middelen.⁸² Daar zou een alternatieve financieringstructuur voor nodig zijn, waarbij de overheid direct onderzoek en ontwikkeling financiert, eventueel gecombineerd met het instellen van een financiële beloning voor specifieke innovaties.

5.3 **Stimuleren van het stellen van grenzen door de arts**

Voor gepast gebruik van zorg zal een arts vaker grenzen moeten stellen aan het medisch handelen dan nu gebeurt. Hierbij spelen verschillende factoren een rol.

5.3.1 *Generalisten en specialisten*

De huisarts speelt, als generalist, een belangrijke rol bij gepast gebruik van zorg. Gechargeerd gesproken is de huisarts meer terughoudend en is de medisch specialist sterker gericht op het behandelen van een aandoening. Medisch specialisten

die zelf betrokken zijn bij het uitvoeren van operatieve behandelingen waarden een interventie vaker als gepast dan generalisten in de eerstelijns.⁸³ Waarschijnlijk vormen de verschillende populaties patiënten die door deze groepen artsen worden gezien een belangrijke basis voor dit onderscheid. Ook in het ziekenhuis werken overigens al generalisten, zoals kinderartsen en artsen voor ouderen. Met de start van de opleiding tot ziekenhuisarts komt daar nog een generalist bij.⁸⁴

Het is dus van belang de huidige positie van de huisarts als poortwachter te behouden. Dat vereist dat de arts de patiënt goed kent. Het bevorderen dat een patiënt meerdere huisartsen heeft, zoals voorgesteld in een brief van de minister van VWS aan de NZA over de bekostiging van huisartsenzorg, zou dan ook wel eens een ongunstig effect kunnen hebben.⁸⁵ Een ongewenst gevolg daarvan zou kunnen zijn dat de patiënt bij een tweede arts wel de door hem gevraagde – maar ongepaste – zorg krijgt. Het is belangrijk dat artsen elkaar steunen in gefundeerde keuzes om iets niet te doen.

5.3.2 *Communicatievaardigheden*

Het dilemma voor de arts is dat hij een evenwicht moet zoeken tussen de wetenschappelijke kennis en aanbevelingen over gepaste zorg enerzijds en de wensen en verwachtingen van de patiënt anderzijds.⁸⁶ Communicatie tussen arts en patiënt is hiervoor essentieel – en tegelijkertijd vaak lastig. Wetenschappelijke informatie is immers niet altijd beschikbaar, niet eenduidig of moeilijk eenvoudig uit te leggen. Tegelijkertijd zijn patiënten niet altijd goed in staat hun wensen te formuleren. Dit vergt veel van de consultvaardigheden van de arts. Hierbij kan het bijvoorbeeld van belang zijn te benadrukken dat nee zeggen niet hetzelfde is als niets doen, bijvoorbeeld omdat de patiënt wel onder controle blijft, en dat nee zeggen tevens gebonden is aan het moment: de arts doet nu niets, maar kan dat als het nodig is op een later tijdstip heroverwegen.

5.3.3 *De meerwaarde van een behandeling voor de individuele patiënt*

Het is niet altijd vooraf te voorspellen of een individuele patiënt baat zal hebben bij een behandeling, ook al is het gunstige effect van die behandeling op groepsniveau aangetoond. Soms moet dan gewoon worden uitgetoetst of het helpt. Bij dure geneesmiddelen of belastende ingrepen is het tegelijkertijd wenselijk om onnodige behandelingen zoveel mogelijk te beperken. Als er geen duidelijke criteria beschikbaar zijn, kan het wenselijk zijn een behandeling volgens een gestructureerde werkwijze uit te proberen om vast te stellen of een individuele patiënt baat heeft bij de behandeling. Hierbij kan de methodologie van N=1

onderzoek (*N-of-1 trials*) behulpzaam zijn.^{87,88} Bij N=1 onderzoek wordt op gestandaardiseerde wijze nagegaan of bij een individuele patiënt de beoogde behandeling meerwaarde heeft ten opzichte van het beste alternatief (dat alternatief kan ook afwachten zijn, als er geen andere behandeling beschikbaar is).

In de wetenschappelijke literatuur is er over de uitkomsten van N=1 onderzoek relatief weinig gerapporteerd. Gabler identificeerde 108 onderzoeken met in totaal ruim 2000 patiënten, uitgevoerd in een periode van ongeveer 25 jaar.⁸⁹ Bij 488 patiënten was informatie beschikbaar over het al dan niet wisselen van behandeling naar aanleiding van de resultaten.

Het is bij N=1 onderzoek wel belangrijk om vast te houden aan de eerder geschetste gestructureerde werkwijze en op die manier tegen te gaan dat het uitloopt op een ‘laten we het maar eens proberen’.

5.4 Nieuwe vormen van informeren van de patiënt

5.4.1 Hulpmiddelen voor risicocommunicatie

Een onderdeel van het gesprek over een eventuele behandeling is het bespreken van onzekerheid: de kans op succes, maar ook de mogelijke risico's. Patiënten blijken het lastig vinden om kansen en risico's goed te interpreteren. Daarbij maakt het uit op welke wijze de gegevens worden gepresenteerd. Hiervoor zijn verschillende mogelijkheden, zoals het weergeven van percentages, uitwerken van kansen in een tekst of een grafische weergave zoals een populatiediagram.⁹⁰ Onderzoek zou moeten uitwijzen of dergelijke methodes patiënten inderdaad helpen om beter om te gaan met onzekerheden en welke methode voor risicocommunicatie de voorkeur heeft.

5.4.2 Websites over het nut van interventies

Patiënten komen vaak met hooggespannen verwachtingen bij de arts. Ze verwachten dat een diagnostische test hun zekerheid kan geven en eventueel geruststelling, door bijvoorbeeld een ziekte uit te sluiten. Daarnaast verwacht de patiënt dat, als eenmaal is vastgesteld wat hij heeft, de arts in staat zal zijn om het ook op te lossen. In de praktijk kunnen diagnostische tests echter niet altijd een ziekte aantonen of uitsluiten en is het effect van een behandeling niet altijd geheel voorspelbaar. Het is dus wenselijk patiënten goed te informeren over de beperkingen en de eventuele nadelen van diagnostiek of behandeling.

In de afgelopen jaren zijn diverse websites ontwikkeld om patiënten te informeren. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft de website

thuisarts.nl gelanceerd met informatie over ziekte en gezondheid.⁹¹ Op de website kiesBeter.nl van Zorginstituut Nederland staat informatie over ziektekostenverzekeringen, zorgverleners en zorginstellingen.⁹² Daarnaast bevat de website keuzehulpen voor de patiënt met informatie over specifieke aandoeningen. Deze keuzehulpen komen in de volgende paragraaf aan bod.

Er is op dit moment nog weinig wetenschappelijke kennis over het effect van dergelijke voorlichtingswebsites op de verwachtingen van de patiënt of op het uiteindelijke gebruik van zorg. De evaluatie van de website Kiesbeter.nl is beperkt tot het gebruik ervan en de waardering van gebruikers.⁹³ Wat het effect van de website is op de gemaakte keuzes is niet onderzocht.

Onderzoek naar de mogelijkheid om de verwachtingen te sturen is wel uitgevoerd aan de hand van een website met informatie op maat.⁹⁴ Bezoek van de patiënt van een website met informatie over het risico op borstkanker, erfelijke borstkanker, betekenis van dragerschap, de procedure van erfelijkheidsonderzoek en de mogelijke emotionele gevolgen van de uitkomst van dat onderzoek leidde tot realistischer verwachtingen. Hierdoor bleek er in het gesprek met de arts bij de patiënt eerder begrip te ontstaan voor de mogelijkheid van het ontbreken van een indicatie voor het doen van erfelijkheidsonderzoek.

5.4.3 Keuzehulpen

Een keuzehulp kan een hulpmiddel zijn bij besluitvorming door arts en patiënt. Het is een instrument om de communicatie met de patiënt over voorkeuren, risico's en het nut van diagnostiek of behandeling te faciliteren. De keuzehulp bestaat veelal uit een overzicht van de voorliggende keuze – wel of niet behandelen, welke van twee vergelijkbare behandelingen – met daarbij vermeld de voor- en nadelen van beide opties.

Uit een analyse van onderzoek naar keuzehulpen blijkt dat het gebruik ervan een positief effect heeft op de communicatie tussen arts en patiënt.⁹⁵ Het zorgt ervoor dat de patiënt beter is geïnformeerd en een realistischer inschatting kan maken van uitkomsten dan bij de standaard voorlichting. Relevant voor dit rapport is dat het gebruik van een keuzehulp vaker leidde tot de keuze voor een conservatieve behandeling in plaats van een operatie. Evenzo leidde gebruik van een keuzehulp vaker tot het niet laten uitvoeren van een PSA bepaling ten behoeve van onderzoek naar prostaatkanker (zie 2.1). Inzet van een keuzehulp leidde niet altijd tot een verschuiving in de uiteindelijke keuze en het effect op de duur van het consult was wisselend: soms duurde het consult langer, soms leverde de keuzehulp tijdswinst op.

Literatuur

- 1 Westert GP, van den Berg MJ, Zwakhals SLN, Heijink R, de Jong JD, Verkleij H. Zorgbalans 2010. De prestaties van de Nederlandse zorg. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2010.
 - 2 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Zorgbalans 2012. www.gezondheidszorgbalans.nl. geraadpleegd: 15-5-2013.
 - 3 Health Consumer Powerhouse. The Euro Health Consumer Index. <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>. geraadpleegd 20-10-2014.
 - 4 Gezondheidsraad. Medisch handelen op een tweesprong. Den Haag: Gezondheidsraad, 1991; publicatienr. 1991/23.
 - 5 Taskforce beheersing zorguitgaven. Naar beter betaalbare zorg. 2012.
 - 6 Brijne MC de, Zegers M, Hoonhout LHF, Wagner C. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. 2007.
 - 7 Verstappen WHJM. Towards optimal test ordering in primary care [Proefschrift]. 2004.
 - 8 Hermesen M, Braspenning J, Grol R. Het handelen volgens evidence based richtlijnen. In: Met het oog op gepast zorg. Zoetermeer: Raad voor Volksgezondheid en Zorg; 2004: 119-162.
 - 9 Plexus. Reduceren van praktijkvariatie: budgettaire effecten van scherpere indicatiestelling. 2010.
 - 10 Dartmouth Medical School. The Center for the Evaluative Clinical Sciences. The Dartmouth Atlas of Health Care. 1998.
 - 11 NHS. The NHS Atlas of Variation in Healthcare. 2011.
 - 12 Polder J, Kooiker S. De gezondheidsepidemie. Waarom wij gezonder en zieker worden. Reed Business; 2012.
-

- 13 Kwatra SG, Kiely AE, Kwatra MM. Prehypertension: to treat or not to treat should no longer be the question. *Hypertension* 2012; 59(4): e27.
- 14 Tabak AG, Herder C, Rathmann W, Brunner EJ, Kivimaki M. Prediabetes: a high-risk state for diabetes development. *Lancet* 2012; 379(9833): 2279-2290.
- 15 Viera AJ. Predisease: when does it make sense? *Epidemiol Rev* 2011; 33(1): 122-134.
- 16 Bossuyt PMM. De schaduwkant van betere diagnostiek. *NTvG* 2011; 155: A3858.
- 17 Welch G, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosed. Making people sick in the pursuit of health. Boston: Beacon Press; 2011.
- 18 Dwarswaard J, Hilhorst M, Trappenburg M. The doctor and the market: about the influence of market reforms on the professional medical ethics of surgeons and general practitioners in the Netherlands. *Health Care Analysis* 2011; 19(4): 388-402.
- 19 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Nationaal Kompas Volksgezondheid. www.nationaalkompas.nl. geraadpleegd: 15-5-2013.
- 20 CBS. www.cbs.nl
- 21 NHG. Standaard mictieklachten en prostaatacarcinoom. <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/herziene-standaard-mictieklachten-en-prostaatacarcinoom>. geraadpleegd 20-10-2014.
- 22 Ilic D, O'Connor D, Green S, Wilt TJ. Screening for prostate cancer: an updated Cochrane systematic review. *BJU Int* 2011; 107(6): 882-891.
- 23 Hoffmann TC, Del Mar CB, Strong J, Mai J. Patients' expectations of acute low back pain management: implications for evidence uptake. *BMC Fam Pract* 2013; 14: 7.
- 24 Gezondheidsraad. Nevenbevindingen bij diagnostiek in de patiëntenzorg. Den Haag: Gezondheidsraad, 2014; publicatienr. 2014/13.
- 25 Lysdahl KB, Hofmann BM. What causes increasing and unnecessary use of radiological investigations? A survey of radiologists' perceptions. *BMC Health Serv Res* 2009; 9: 155.
- 26 van der Weijden T, 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; 52(485): 974-980.
- 27 Lincke C, del Canho R, van den Akker C. Overbehandeling is vaak onvermijdelijk. *Medisch Contact* 2012; 46: 2602-2604.
- 28 Clatworthy P. Certainty in decision making: are you sure? *BMJ Clinical Evidence*. <http://clinicalevidence.bmj.com/x/mce/file/16-05-09.pdf>. geraadpleegd: 5-3-2013.
- 29 Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Toekomstverkenning Ethiek en Gezondheid. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid; 2012.
- 30 Foley CS, Agcaoglu O, Siperstein AE, Berber E. Robotic transaxillary endocrine surgery: a comparison with conventional open technique. *Surg Endosc* 2012; 26(8): 2259-2266.
- 31 Perrier ND. Why I have abandoned robot-assisted transaxillary thyroid surgery. *Surgery* 2012; 152(6): 1025-1026.
- 32 Woolf SH. The price of false beliefs: unrealistic expectations as a contributor to the health care crisis. *Ann Fam Med* 2012; 10(6): 491-494.
-

- 33 Berghmans R, Verhey F, de Wert G. Geneesmiddelenonderzoek en de therapeutische illusie. *Journal Ggz en recht* 2012; 6: 129-131.
- 34 Visser J. 'De arts staat in de behandelmodus'. *Medisch Contact* 2012; 22: 1326-1329.
- 35 Niezen. Working towards legitimacy in decision-making. On governing appropriate medicine use and reimbursement in health care. In: 2012:
- 36 ZONMW. Goed Gebruik Geneesmiddelen. internet. <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/goed-gebruik-geneesmiddelen/algemeen/>. geraadpleegd 20-10-2014.
- 37 Gerdvilaite J, Nachtnebel A. Disinvestment: overview of disinvestment experiences and challenges in selected countries. HTA-projectbericht. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health technology Assessment; 2011.
- 38 Elshaug AG, Hiller JE, Tunis SR, Moss JR. Challenges in Australian policy processes for disinvestment from existing, ineffective health care practices. *Aust New Zealand Health Policy* 2007; 4: 23.
- 39 Raad voor Volksgezondheid en Zorg. *Rechtvaardige en duurzame zorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Zorg; 2007.
- 40 Volkerink B, Adamini S, Meindert L, van der Wiel S, Canoy M. Sectorstudie medische hulpmiddelen. Onderzoek naar de structuur en werking van de markt voor medische hulpmiddelen. Rotterdam: Ecorys; 2011.
- 41 Sorensens C, Kanavos P. Medical technology procurement in Europe: A cross-country comparison of current practice and policy. *Health Policy* 2011; 100: 43-50.
- 42 Barbash GI, Glied SA. New Technology and health care costs - the case of robot-assisted surgery. *NEJM* 2010; 363: 701-704.
- 43 College voor Zorgverzekeringen. *Robotprostaatchirurgie: vanzelfsprekend? Da Vinci-robotchirurgie in de context van de Zorgverzekeringswet*. Diemen: College voor zorgverzekeringen; 2011.
- 44 ZONMW. *PET gepast gebruik(t)*. Den Haag: ZonMw; 2007.
- 45 Bijwaard H. *Inventarisatie van ontwikkelingen van PET-CT*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2011.
- 46 *Volkskrant*. Huisartsen: wildgroei poli's. 18-5-2010.
- 47 Kwant L de. 'Wij voorzien in een behoefte, echt'. *Medisch Contact* 2012; 35: 1918-1921.
- 48 College voor Zorgverzekeringen. *Pakketadvies 2012*. Diemen: College voor zorgverzekeringen; 2012.
- 49 Hasaart F. *Incentives in Diagnosis Treatment Combination payment system for specialist medical care. A study about behavioral responses of medical specialists and hospitals in the Netherlands. [Proefschrift]*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht; 2011.
- 50 College voor Zorgverzekeringen. *Pakketscan depressie. Gevraagde, aangeboden en verzekerde zorg vergeleken*. Diemen: College voor zorgverzekeringen; 2012.
- 51 Laar E de, Windmeijer F, Douven R. *How does pharmaceutical marketing influence doctors' prescribing behaviour?* Den Haag: Centraal Planbureau; 2002.
- 52 *Gedragscode Geneesmiddelenreclame*. www.cgr.nl. geraadpleegd: 20-5-2013.
-

- 53 Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Farmaceutische industrie en geneesmiddelengebruik. Evenwicht tussen publiek en bedrijfsbelang. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Zorg; 2008.
- 54 Inspectie voor de gezondheidszorg. Kortschrift. Invloed van de farmaceutische industrie op behandelrichtlijnen. Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg; 2007.
- 55 Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312(7023): 71-72.
- 56 Han PK, Klein WM, Arora NK. Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Med Decis Making* 2011; 31(6): 828-838.
- 57 Project indicatiestelling galblaasverwijdering. ZONMW. <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/scrutinizing-inefficient-use-of-cholecystectomy-a-randomized-trial-concerning-variation-in-practi/samenvatting/>. geraadpleegd 20-10-2014.
- 58 Kravitz RL, Duan N, Braslow J. Evidence-based medicine, heterogeneity of treatment effects, and the trouble with averages. *Milbank Q* 2004; 82(4): 661-687.
- 59 College voor Zorgverzekeringen. Advies alglucosidase alfa (Myozyme) bij de indicatie 'ziekte van Pompe'. Diemen: College voor zorgverzekeringen; 2012.
- 60 Kamerbrief over vergoeding weesgeneesmiddelen voor de ziekte van Pompe en ziekte van Fabry. 2013, GMT-3152045.
- 61 Schellevis F. Multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk: je gaat het pas zien als je door hebt. *Huisarts en Wetenschap* 2007; 50: 670-674.
- 62 Chalmers I. How often do researchers address questions of interest to clinicians and patients. *BMJ Clinical Evidence*. <http://clinicalevidence.bmj.com/x/mce/file/28-01-08.pdf> geraadpleegd: 5-3-2013.
- 63 Moret - Hartman M. Problem structuring in Health Technology Assessment. an argumentative approach to increase its usefulness [Proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen; 2008.
- 64 Tallon D, Chard J, Dieppe P. Relation between agendas of the research community and the research consumer. *Lancet* 2000; 355: 2037-2040.
- 65 Veldhuis M, Wigtersma L, Okkes I. Deliberate departures from good general practice: a study of motives among Dutch general practitioners. *Br J Gen Pract* 1998; 48(437): 1833-1836.
- 66 Bradley CP. Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners. *Br J Gen Pract* 1992; 42(364): 454-458.
- 67 Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor Volksgezondheid en Zorg; 2004.
- 68 Butler C, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ* 1998; 317: 637-642.
- 69 Willems D, Veldhuis M. Wegen in de zorg. Dilemma's keuzen en afwegingen in de spreekkamer. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV; 2002.
- 70 Schuling J, Gebben H, Veehof LJ, Haaijer-Ruskamp FM. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. *BMC Fam Pract* 2012; 13: 56.
-

- 71 Asscher ECA, Bolt I, Schermer M. Wish-fulfilling medicine in practice: a qualitative study of physician arguments. *Journal of Medical Ethics* 2012; doi:10.1136.
- 72 Mijnhout GS, Teule GJ, Hoekstra OS, Pijpers R, Borgstein PJ, Meijer S. Follow-up na melanoomverwijdering uitgebreider dan aanbevolen in de consensus, ter geruststelling van de patiënt. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999; 143(19): 997-1001.
- 73 Geurts SME. Timely detection of cancer relapse. Routine follow-up in patients treated for ovarian and breast cancer [Proefschrift]. 2012.
- 74 Gallagher TH, Lo B, Chesney M, Christensen K. How do physicians respond to patient's requests for costly, unindicated services? *J Gen Intern Med* 1997; 12(11): 663-668.
- 75 Huisartsenkring Amsterdam. Optimale zorg - dappere dokters. internet
- 76 Levi M. Verspilling. *Medisch Contact* 2013; 1709.
- 77 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Meldpunt verspilling in de zorg. internet. <http://verspillingindezorg.nl/>. geraadpleegd 20-10-2014.
- 78 Peacock SJ, Richardson JR, Carter R, Edwards D. Priority setting in health care using multi-attribute utility theory and programme budgeting and marginal analysis (PBMA). *Soc Sci Med* 2007; 64(4): 897-910.
- 79 Mitton CR, Donaldson C. Setting priorities and allocating resources in health regions: lessons from a project evaluating program budgeting and marginal analysis (PBMA). *Health Policy* 2003; 64(3): 335-348.
- 80 Dionne F, Mitton C, Smith N, Donaldson C. Evaluation of the impact of program budgeting and marginal analysis in Vancouver Island Health Authority. *J Health Serv Res Policy* 2009; 14(4): 234-242.
- 81 Grocott R. Applying Programme Budgeting Marginal Analysis in the health sector: 12 years of experience. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2009; 9(2): 181-187.
- 82 Hubbard T, Love J. A new trade framework for global healthcare R&D. *PLoS Biol* 2004; 2(2): E52.
- 83 Kahan JP, Park RE, Leape LL, Bernstein SJ, Hilborne LH, Parker L e.a. Variations by specialty in physician ratings of the appropriateness and necessity of indications for procedures. *Med Care* 1996; 34(6): 512-523.
- 84 Stichting Opleiding Ziekenhuisgeneeskunde. www.ziekenhuisgeneeskunde.nl
- 85 Minister van Volksgezondheid WeS. Verzoek uitvoeringstoets bekostiging huisartsenzorg en integrale zorg. Den Haag: 2011: CZ/EKZ- 3089390.
- 86 Jung HP, Wensing M, Grol R. Tussen paternalisme en consumentisme. *Het dilemma van de huisarts. Huisarts en Wetenschap* 2001; 44(13): 594-600.
- 87 Guyatt G, Sackett D, Taylor DW, Chong J, Roberts R, Pugsley S. Determining optimal therapy - randomized trials in individual patients. *N Engl J Med* 1986; 314(14): 889-892.
- 88 Guyatt G, Sackett D, Adachi J, Roberts R, Chong J, Rosenbloom D e.a. A clinician's guide for conducting randomized trials in individual patients. *CMAJ* 1988; 139(6): 497-503.
- 89 Gabler NB, Duan N, Vohra S, Kravitz RL. N-of-1 trials in the medical literature: a systematic review. *Med Care* 2011; 49(8): 761-768.
-

- 90 Timmermans D, Molewijk B, Stiggelbout A, Kievit J. Different formats for communicating surgical risks to patients and the effect on choice of treatment. *Patient Educ Couns* 2004; 54(3): 255-263.
- 91 Nederlands Huisartsen Genootschap. thuisarts.nl. internet. <http://www.thuisarts.nl/>. geraadpleegd 20-10-2014.
- 92 Zorginstituut Nederland. kiesBeter.nl. geraadpleegd 20-10-2014.
- 93 Colijn JJ. Gebruik en waardering van kiesBeter.nl in 2009. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2010.
- 94 Albada A. Preparing for breast cancer genetic counseling: web-based education for counselees [Proefschrift]. Utrecht: NIVEL; 2011.
- 95 Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M e.a. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(10): CD001431.

Gezondheidsraad

Adviezen

De taak van de Gezondheidsraad is ministers en parlement te adviseren over vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid. De meeste adviezen die de Gezondheidsraad jaarlijks uitbrengt worden geschreven op verzoek van een van de bewinds-

lieden. Met enige regelmaat brengt de Gezondheidsraad ook ongevraagde adviezen uit, die een signalerende functie hebben. In sommige gevallen leidt een signalerend advies tot het verzoek van een minister om over dit onderwerp verder te adviseren.

Aandachtsgebieden



Optimale gezondheidszorg
Wat is het optimale resultaat van zorg (cure en care) gezien de risico's en kansen?



Preventie
Met welke vormen van preventie valt er een aanzienlijke gezondheidswinst te behalen?



Gezonde voeding
Welke voedingsmiddelen bevorderen een goede gezondheid en welke brengen bepaalde gezondheidsrisico's met zich mee?



Gezonde leefomgeving
Welke invloeden uit het milieu kunnen een positief of negatief effect hebben op de gezondheid?



Gezonde arbeidsomstandigheden
Hoe kunnen werknemers beschermd worden tegen arbeidsomstandigheden die hun gezondheid mogelijk schaden?



Innovatie en kennisinfrastructuur
Om kennis te kunnen oogsten op het gebied van de gezondheidszorg moet er eerst gezaaid worden.

