

CELSUS
ACADEMIE VOOR
BETAALBARE
ZORG



Onnodige zorg in de Nederlandse
gezondheidszorg, gezien vanuit
het perspectief van de huisarts.

Onnodige zorg in de Nederlandse gezondheidszorg, gezien vanuit het perspectief van de huisarts

Joost Wammes (Celsus/ IQ healthcare), Lise Verhoef (IQ healthcare), Prof. Dr.
Gert Westert (IQ healthcare), Prof. Dr. Pim Assendelft
(Eerstelijngeneeskunde), Dr. Patrick Jeurissen (Celsus/ IQ healthcare), Dr.
Marjan Faber (IQ healthcare)

Inhoud

Kernboodschappen	4
Achtergrond	5
Methodieken	6
Interviews	6
Vragenlijst.....	6
Resultaten	8
Prevalentie van onnodige zorg naar sector en type.....	10
Het handelen van de huisarts en onnodige zorg.....	11
De organisatie van de huisartsenzorg en onnodige zorg	20
Omgevingsfactoren en onnodige zorg	22
De rol van de patiënt en onnodige zorg	23
Beschouwing	26
Conclusie	29
Literatuur.....	30

Kernboodschappen

- 81,4% van de responderende huisartsen gaf aan dat patiënten (veel) te veel (medische) zorg ontvangen in Nederland.
- Er wordt volgens huisartsen (veel) te veel zorg verleend in ziekenhuizen (84,4%), huisartsenposten (84,5%), privéklinieken (84,5%) en in mindere mate in de huisartsenpraktijken (58,2%). Er wordt met name (veel) te veel diagnostiek (90,9%), medische behandelingen (78,7%) en controle en follow-up (48,7%) uitgevoerd.
- Er lijkt aan de hand van casussen een soort tweedeling te bestaan tussen huisartsen die in hoge mate evidence-gericht handelen, tegenover huisartsen die meer patiënt-georiënteerd handelen.
- Nederlandse huisartsen zijn in hun verwijzingen en behandelbeslissingen zeer patiënt-georiënteerd.
- Volgens huisartsen ervaren veel patiënten gezondheidszorg als een recht, zijn zich niet of nauwelijks bewust van de kosten van zorg, hebben sterk de behoefte aan een verklaring voor hun ziekte, willen zekerheid en hebben een enorm geloof in met name specialistische geneeskunde.
- Er is veel winst te behalen in het terugdringen van onnodige zorg in de uitvoering van de poortwachterrol, met name door meer sturing van de zorgverzekeraar. Huisartsen stimuleren terughoudender te verwijzen zonder verdere ondersteunende financiële of structurele maatregelen lijkt op voorhand minder kansrijk door diens patiënt-georiënteerde benadering.
- De vermeende hoge prevalentie van onnodige zorg binnen de HAP zet vraagtekens bij het kostenreducerende karakter van de HAP.
- Omdat toevallige ontdekking van afwijkingen bij diagnostiek beeldvormend onderzoek vaak voorkomen en aanbevelingen van de radioloog door huisartsen in de regel gevolgd worden, lijkt hier een bron te zitten van onnodige zorg.
- Huisartsen ervaren de relatief grote hoeveelheid follow-up en controle als deels onnodige zorg, wat de noodzaak onderstreept naar meer onderzoek op dit vlak en gedifferentieerde richtlijnen.

Achtergrond

57% van de Nederlandse huisartsen vindt dat patiënten teveel medische zorg ontvangen. Het gaat hier om zowel eerstelijns- als tweedelijnszorg. Dit blijkt uit de International Health Policy (IHP) Survey van het Commonwealth Fund uit 2012, een internationaal vergelijkend onderzoek naar de ervaringen van huisartsen. Deze 57% is zeer hoog, alleen in Duitsland werd net iets hoger gescoord (59% vond dat patiënten in Duitsland (veel) te veel zorg ontvangen). Daarentegen, in Nieuw-Zeeland vond 39% van de huisartsen dat patiënten juist (veel) te weinig zorg ontvangen.

Binnen het Nederlandse zorgstelsel speelt de huisarts een belangrijke rol als poortwachter. Een goed functionerende poortwachter biedt toegang tot zorg, indiceert patiënten correct en behandelt of verwijst patiënten correct. Dit zorgt ervoor dat zorg op de juiste plek gegeven wordt, met zorg van hoge kwaliteit en minimale kosten (KPMG Plexus). Vanuit deze poortwachterrol geredeneerd is het opmerkelijk dat 57% van de huisartsen aangaf dat patiënten in Nederland (veel) te veel zorg ontvangen.

Vanuit het oogpunt van kosten en in het kader van gewenste gepaste zorg is onnodig zorg onwenselijk. Tussen 2006 en 2011 is het aantal gedeclareerde contacten met de huisartsenpraktijk per jaar met 4,6% gestegen (LINH website); onduidelijk is of dit de gepercipieerde onnodige zorg kan verklaren. Deze studie heeft allereerst als doel inzicht te krijgen in waarom Nederlandse huisartsen dermate veel onnodige zorg percipiëren. Vanuit het perspectief van de huisarts onderzoeken wij bij welke zorgaanbieder en welk type zorg onnodige zorg het meest prevalent is en welke factoren de hoeveelheid onnodige zorg beïnvloeden.

De volgende deelvragen zijn hierbij aan bod gekomen:

1. In welke zorgsectoren en bij welke soorten zorg is onnodige zorg het meest prevalent vanuit het perspectief van de huisarts?
2. Wat zijn vanuit het perspectief van de huisarts mogelijke beïnvloedende factoren van onnodige zorg die te maken hebben met:
 - a. Het handelen van de huisarts
 - b. De organisatie van de huisartsen zorg
 - c. Omgevingsfactoren
 - d. De rol van de patiënt

Methodieken

Interviews

Twaalf semigestructureerde interviews zijn gehouden onder huisartsen, die via het Netwerk Universitaire Huisartspraktijken Nijmegen (NUHP) zijn gerekruteerd, aangevuld met een vertegenwoordiger van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG). De interviews werden allereerst gehouden om voor de Nederlandse situatie relevante casusbeschrijvingen van onnodige zorg te verzamelen. Ten tweede hadden de interviews tot doel factoren te identificeren die in verband staan met onnodige zorg. De keuze voor huisartsen voor de interviews was mede gebaseerd op de aanname dat huisartsen als poortwachter het beste zicht hebben in de zorg die patiënten ontvangen in Nederland.

Wij hebben ervoor gekozen de interviews exploratief in te steken. De vragen waren onderverdeeld in drie niveaus: macro-, meso- en microniveau. Het macroniveau betrof de maatschappelijke factoren, zoals wet- en regelgeving en een vergelijking tussen sectoren. Mesoniveau betrof het niveau van organisaties en de huisarts zelf. Vragen op het microniveau concentreerden zich op de rol van de patiënt.

De interviews werden zowel telefonisch als face-to-face afgenomen door twee onderzoekers. De gespreksopnames werden vervolgens vrijwel letterlijk uitgewerkt in een gespreksverslag. Deze gespreksverslagen werden gecontroleerd door een tweede onderzoeker. De analyse bestond uit het identificeren van fragmenten die oorzaken of voorbeelden van onnodige zorg betroffen, plus factoren die bijdroegen aan onnodige zorg. De interviews werden steeds door één van de onderzoekers geanalyseerd waarna een andere onderzoeker de analyse controleerde en eventueel corrigeerde.

Vragenlijst

De basis voor de te ontwikkelen vragenlijst betrof een Amerikaanse vragenlijst naar onnodige zorg, ontwikkeld door Sirovich en collega's, verbonden aan The Dartmouth Institute for Health Policy & Clinical Care (Sirovich et al., 2011). Deze vragenlijst hebben wij laten vertalen door een gecertificeerd vertaalbureau. Aan de hand van een gerichte literatuurstudie en de interviews is de vragenlijst aangevuld en aangepast aan de Nederlandse situatie. Uiteindelijk zijn 17 vragen overgenomen uit de Amerikaanse vragenlijst, de resterende vragen zijn gebaseerd op de interviews. De vragenlijst is éénmaal getest door middel van cognitive interviewing met een huisarts.

Het NIVEL heeft uit haar databank 'Beroepen in de gezondheidszorg' een a-selecte steekproef getrokken van 600 huisartsen. Deze huisartsen ontvingen per post een schriftelijke vragenlijst met een aanbiedingsbrief welke was ondertekend door de directeur van IQ healthcare (Prof. Gert Westert) en afdelingshoofd van de afdeling eerstelijns geneeskunde (Prof. Pim Assendelft), beide verbonden aan het UMC St Radboud te Nijmegen. Twee weken na de eerste verzending ontvingen de huisartsen een reminder in de vorm van een briefkaart. Vier weken na de eerste verzending ontvingen de huisartsen die niet hadden gereageerd een herinneringsbrief en een nieuw exemplaar van de vragenlijst. In eerste instantie werd geen financiële vergoeding gegeven voor deelname aan de studie. In de tweede aanbiedingsbrief stond vermeld dat onder de deelnemende huisartsen een

financiële vergoeding van 100 euro verloot zou worden. De resultaten van de vragenlijsten zijn geanalyseerd met behulp van SPSS versie 20. Respondenten die sommige vragen niet hebben ingevuld zijn meegenomen in de analyse, waarbij de vragen zonder antwoord als missing zijn beschouwd. Voor sommige vragen gold de antwoordcategorie 'Weet niet' of 'Niet van toepassing', deze zijn als missing behandeld. Wanneer bij een vraag meer dan 10% van de data missings waren wordt hiervan melding gemaakt bij de presentatie van de resultaten.

Resultaten

In totaal hebben 157 huisartsen (response percentage = 26,2%) de vragenlijst ingevuld, terwijl 100 huisartsen (16,7%) hebben aangegeven niet aan het onderzoek mee te willen doen. Van de overige huisartsen is geen reactie ontvangen. 60,5% van de deelnemende huisartsen is man, dit wijkt slechts beperkt af van het landelijke percentage. De deelnemende huisartsen hebben een gemiddelde leeftijd van 51,2 jaar, variërend van 32 tot 66 jaar. 22,5% van de respondenten gaf aan werkzaam te zijn in een solopraktijk en 21,2% van de respondenten gaf aan in loondienst te werken. Tenslotte gaf bijna tweederde van de respondenten aan meer dan 40 uur per week te werken, terwijl slechts 42,6% van de huisartsen in Nederland meer dan 40 uur werkt.

Tabel 1. Kenmerken van de deelnemende huisartsen.

		Respondenten (N=157)	Nationale populatie ¹ (N=8831)
Geslacht	Man (%)	60,5%	5082(57,5%)
	Vrouw (%)	39,5%	3749(42,5%)
Leeftijd³	Gemiddeld	51,2 jaar	♂ 51 jaar ♀ 44 jaar ⁶
	< 35 jaar (%)	3,9%	6,6%
	35-44 (%)	21,4%	29%
	45-54 (%)	29,9%	32,5%
	55-64 (%)	44,2%	30,9%
	65+ (%)	0,6%	1,0%
Type praktijk⁴	Solopraktijk (%)	22,5%	25,7%
	Duopraktijk (%)	29,8%	37,9%
	Groepspraktijk (%)	29,1%	36,4%
	Gezondheidscentrum (%)	17,2%	
	Lid zorggroep (%)	0,7%	
	Anders (%) ⁷	0,7%	
Werkzaam	Zelfstandig (%)	78,8%	88,9%
	In loondienst (%)	21,2%	11,1% ²
Tijdsbesteding per week⁵	0 tot 24 uur (%)	2,0%	17,4% (<0,6 fte)
	24 tot 40 uur (%)	36,6%	40% (tussen 0,6 en 1,0 fte)
	40 uur en meer (%)	61,4%	42,6% (werkt fulltime)
Percentage patiënten in de praktijk van 65 jaar en ouder	Minder dan 10% (%)	7,2%	Niet bekend.
	10 tot 25% (%)	46,4%	Niet bekend.
	26 tot 50% (%)	45,1%	Niet bekend.
	Meer dan 50% (%)	1,3%	Niet bekend.

¹ www.nivel.nl/databank

² HIDHA

³ In de vragenlijst werd de huisartsen gevraagd naar geboortejaar. De antwoorden zijn vervolgens gecategoriseerd naar de weergegeven leeftijdsgroepen.

⁴ De NIVEL website deelt het type praktijken slechts op naar solopraktijk, duopraktijk en groepspraktijk.

⁵ De NIVEL website classificeert de huisartsen aan de hand van het aantal FTEs. Dit bemoeilijkt de vergelijking met onze resultaten lastig, omdat algemeen bekend is dat huisartsen veel overwerken.

⁶ Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2010

⁷ De resultaten onder 'anders' bevatten meestal uitweidingen op één van de alternatieven, slechts in één geval was het niet duidelijk welke organisatievorm van toepassing was.

Representativiteit en methodologische tekortkomingen

Meer dan 25% van de benaderde huisartsen hebben meegedaan aan de studie, wat voor een random survey een acceptabel responspercentage is en een voldoende aantal deelnemers impliceert (N=157). De deelnemers aan het onderzoek zijn niet geheel representatief voor de Nederlandse huisartsenpopulatie: de deelnemende huisartsen waren iets ouder, minder vaak in een solopraktijk werkzaam en vaker dan het landelijke gemiddelde in loondienst. Echter, deze verschillen met de landelijke cijfers zijn dermate beperkt dat niet verwacht kan worden dat dit een selectie-bias introduceert. Ook door de relatief grote sample, weerspiegelen de resultaten de mening van de in Nederland werkzame huisartsen.

De resultaten in deze rapportage zijn niet gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht of praktijkvorm. Een aantal vragen kende een relatief hoog percentage ontbrekende antwoorden (maximaal tot 22%). Allereerst omdat respondenten de vraag niet correct hadden beantwoord (bijvoorbeeld wanneer een som op 100% uit hoorde te komen), maar ook doordat gekozen werd voor 'weet niet' of 'niet van toepassing'. Dit betrof met name vragen over het type problematiek en de onzekerheid over medisch handelen, de tijdsbesteding van huisartsen, de hoeveelheid zorg die patiënten ontvangen, doorverwijzen en het takenpakket van de huisarts. Dit kan een mogelijke selectie-bias op deze vragen hebben geïntroduceerd. De meeste vragen zijn echter door vrijwel alle respondenten ingevuld.

Prevalentie van onnodige zorg naar sector en type

Ruim 80% van de geënquêteerde huisartsen in dit onderzoek gaf aan dat patiënten in Nederland (veel) te veel zorg ontvangen (tabel 2). Deze onnodige zorg ontvangen patiënten volgens de respondenten vooral in ziekenhuizen (84,4% van de respondenten gaf aan dat patiënten hier (veel) te veel zorg ontvangen), de huisartsenpost (84,5%) en in privéklinieken (84,5%) en in mindere mate in de eerstelijns huisartsenzorg (58,2%). Hiernaast gaven 35,5% en 36,1% van de respondenten aan dat patiënten *veel te veel* zorg ontvangen bij huisartsenpost en in privéklinieken respectievelijk. Daarentegen gaven 63,2% van de respondenten aan dat patiënten in verpleegtehuizen en verzorgingstehuizen (veel) te weinig zorg ontvangen. Patiënten ontvangen volgens de deelnemers aan het onderzoek met name onnodige diagnostiek, medische behandelingen en controle en follow-up. 90,9%, 78,7% en 48,7% van de respondenten gaf aan dat patiënten (veel) te veel van dit zorgtype ontvangen respectievelijk. Aan de andere kant, gaven 53,3% en 59,8% van de respondenten aan dat patiënten in Nederland (veel) te weinig preventieve zorg en verpleging en verzorging ontvangen.

Tabel 2. Mening van de respondenten over de hoeveelheid zorg die patiënten ontvangen in Nederland.

	Veel te weinig	Te weinig	Precies goed	Te veel	Veel te veel
Algemeen (CWF-vraag)¹	0,0%	0,7%	17,9%	71,5%	9,9%
In het ziekenhuis	0,0%	4,5%	11,0%	69,5%	14,9%
In de eerstelijns huisartsenzorg²	0,0%	5,2%	36,6%	56,9%	1,3%
Bij de huisartsenpost²	0,0%	1,9%	13,5%	49,0%	35,5%
In de eerstelijns GGZ²	0,0%	34,7%	47,9%	14,6%	2,8%
In de tweedelijns GGZ^{2,4}	0,7%	40,3%	38,1%	17,2%	3,7%
In verpleegtehuizen en verzorgingshuizen²	6,1%	57,1%	30,6%	6,1%	0,0%
Door de thuiszorg²	2,6%	37,3%	50,3%	9,2%	0,7%
In privéklinieken^{2,4}	0,0%	1,6%	13,9%	48,4%	36,1%
Preventieve zorg³	4,6%	48,7%	23,0%	19,7%	3,9%
Diagnostiek³	0,0%	0,6%	8,4%	74,0%	16,9%
Medische behandelingen³	0,0%	0,0%	22,2%	69,9%	7,8%
Controle en follow-up³	0,0%	9,7%	41,6%	43,5%	5,2%
Verpleging en verzorging³	2,0%	57,8%	38,8%	1,4%	0,0%
Revalidatie zorg³	0,7%	43,1%	52,1%	3,5%	0,7%
Palliatieve zorg³	0,0%	32,0%	67,3%	0,7%	0,0%

¹ Vraag uit Commonwealth Fund IHP survey: "Denkend aan alle (medische)zorg die uw patiënten ontvangen - niet alleen van uzelf, maar van al hun zorgverleners, inclusief medisch specialisten - wat is uw mening over de hoeveelheid zorg die zij ontvangen? Is dit...?"

² Denkend aan alle (medische) zorg die uw patiënten ontvangen, wat is uw mening over de hoeveelheid zorg die zij ontvangen...

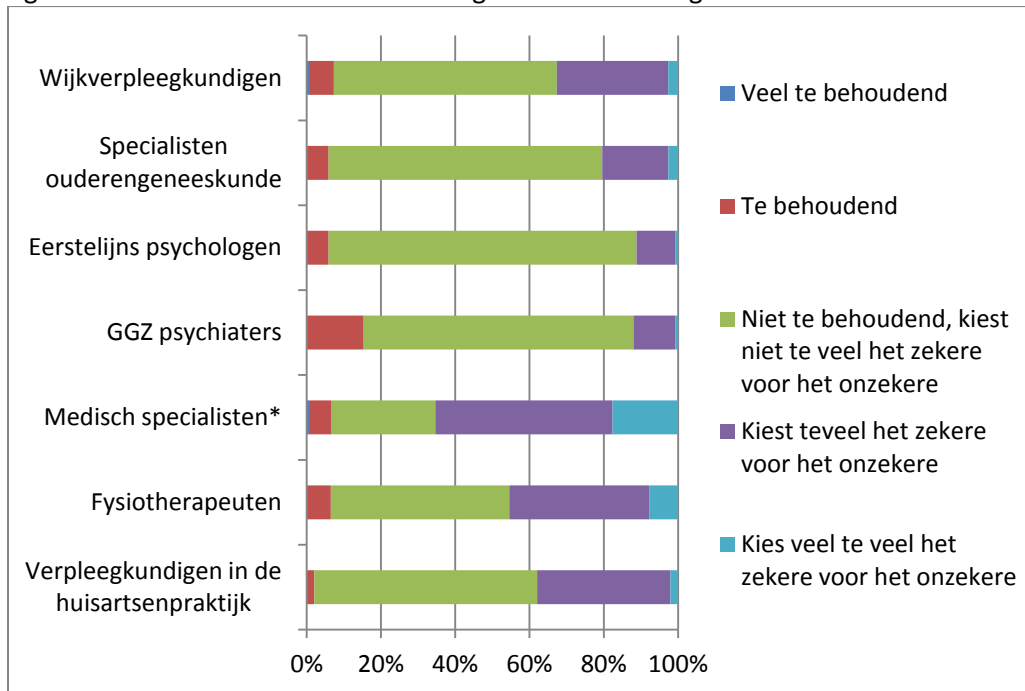
³ Denkend aan alle (medische) zorg die uw patiënten ontvangen, wat is uw mening over de hoeveelheid die zij ontvangen?

⁴ 22 en 35 respondenten kozen voor de antwoordoptie 'weet niet' in het geval van de tweedelijns GGZ en privéklinieken respectievelijk.

Uit de interviews kwam een bepaalde tweedeling in zorgverleners naar voren. Er zijn 'behoudende' zorgverleners die terughoudend zijn in hun behandel- en verwijsgedrag, tegenover zorgverleners die 'het zekere voor het onzekere nemen' en sneller doorverwijzen, diagnostiek aanvragen en medicatie starten. Gevraagd naar de mening over verschillende typen zorgverleners gaf 65,4% van de

deelnemende huisartsen aan dat medisch specialisten (veel) teveel het zekere voor het onzekere kiezen. Voor de overige soorten zorgverleners geldt dat ongeveer de helft of meer van de respondenten deze beoordeelde als niet te behoudend, maar kiezen ook niet teveel het zekere voor het onzekere (figuur 1).

Figuur 1. Wat vindt u van elk van de volgende soorten zorgverleners?



* exclusief GGZ psychiaters

Het handelen van de huisarts en onnodige zorg

Casuïstiek

Casus 1: Een patiënt van u (60-jarige man) heeft hoge bloeddruk die goed onder controle is. Dit is zijn enige medische probleem.

Op de vraag 'Hoe vaak laat u een dergelijke patiënt over het algemeen op controle komen? Om de ... maanden' antwoordde de grootste groep om de 6 maanden (42,5%), gevolgd door om de 12 maanden (30,1%) en om de drie maanden (24,8%). Een klein deel van de respondenten zou deze patiënt om de vier maanden terug laten komen voor controle (2,6%). De mediaan van de deelnemende huisartsen was om de 6 maanden (N=153).

Casus 2: Een moeder belt over haar tienjarige dochter. De dochter hoest twee dagen en heeft wat temperatuurverhoging (38.5°) sinds gisteravond. Zij heeft geen zin in eten, drinkt wel goed en heeft vannacht alweer erg gehoest. De moeder wil vanmiddag naar het spreekuur. De assistente probeert adviezen te geven en uit te leggen dat het niet nodig lijkt om op het spreekuur te komen. Maar de moeder blijft aandringen op een consult en de assistente zoekt overleg met u.

Casus 3: Uw patiënt heeft al jarenlang last van chronische dagelijkse hoofdpijn. Dit baart hem flinke zorg. U kent de patiënt goed, hij is vaker bij u op consult geweest voor deze klachten. U hebt nooit de oorzaak van de klachten kunnen achterhalen. Ook de laatste medicatie die u de patiënt hebt voorgeschreven had geen effect. De patiënt is radeloos. Hij wil dat er een CT-scan of MRI van zijn hoofd gemaakt wordt.

Tabel 3. Wat is uw beleid? Behorend bij casus 2.

Beleid	
De assistent zeggen dat het voorgestelde beleid (de assistente vertelt de moeder dat het niet nodig is op het spreekuur te komen) akkoord is en dat de vraag om spreekuurbezoek niet wordt gehonoreerd.	5,7%
U vraagt de assistente de moeder te bellen om het toch nog even aan te kijken. Wanneer de koorts langer dan drie dagen aanhoudt moet ze in de ochtend bellen voor een afspraak.	35,7%
U biedt de moeder een telefonisch consult aan.	22,3%
U laat de moeder en dochter op consult komen.	36,3%

Tabel 4. Wat zou uw beleid zijn? Behorend bij casus 3.

Beleid	
U probeert de patiënt gerust te stellen en legt hem uit dat een CT-scan of MRI bij deze klachten geen zin heeft.	21,7%
U vraagt een CT-scan of MRI voor hem aan.	3,9%
U stuurt de patiënt door naar de neuroloog.	74,3%

Voor de tweede casus, gaf ruim één derde (35,7%) van de deelnemende huisartsen aan de assistente te vragen de moeder te bellen en het nog een paar dagen aan te kijken. Echter, eenzelfde deel (36,3%) gaf aan de moeder en dochter op consult te laten komen. 22,3% zou een telefonisch consult aanbieden (tabel 3). Voor casus 3 zou ruim 20% van de deelnemende huisartsen de patiënt uit leggen dat een CT of MRI geen zin heeft. 74,3% van de deelnemende huisartsen stuurt de patiënt door naar de neuroloog (tabel 4).

Aan casus twee en drie waren in de vragenlijsten twee soortgelijke vervolgvragen gekoppeld. Deze vragen hadden tot doel inzicht te verkrijgen in de factoren die een rol speelden bij het maken van keuzen waarmee een huisarts zeer frequent mee geconfronteerd worden. Omdat voor beide casussen vrijwel identieke antwoorden zijn gegeven, geven wij hieronder alleen de antwoorden behorende bij casus twee weer (tabel 5 en figuur 2).

De respondenten gaven aan dat doen wat op klinische gronden geïndiceerd was (62,4%) en het doen van wat de patiënt van hem verwacht (55,6%) het sterkste de keuze bepaalden. 42,9% van de respondenten gaf aan dat doen wat op klinische gronden geïndiceerd was *in hoge mate* de keus bepaalde. Daarentegen gaf 37,7% aan dat dit geen invloed had op de beslissing. Meer dan 50% van de respondenten gaf aan dat het voorkomen van een klacht, niet willen afwijken van wat gebruikelijk is en het willen verminderen van de hoeveelheid zorg die een patiënt krijgt geen rol speelden in deze casus. Een zeer ruime meerderheid (tussen de 80% en 100%) van de respondenten gaf aan dat de mate ongerustheid en geïnformeerdheid van de patiënt en de mate waarop de patiënt uitleg accepteert enigszins of in hoge mate een rol speelden bij de keuze in casus 2. Daarentegen gaf 42,9%

van de respondenten aan dat de hoeveelheid tijd op het moment van keuze geen invloed had op de keuze.

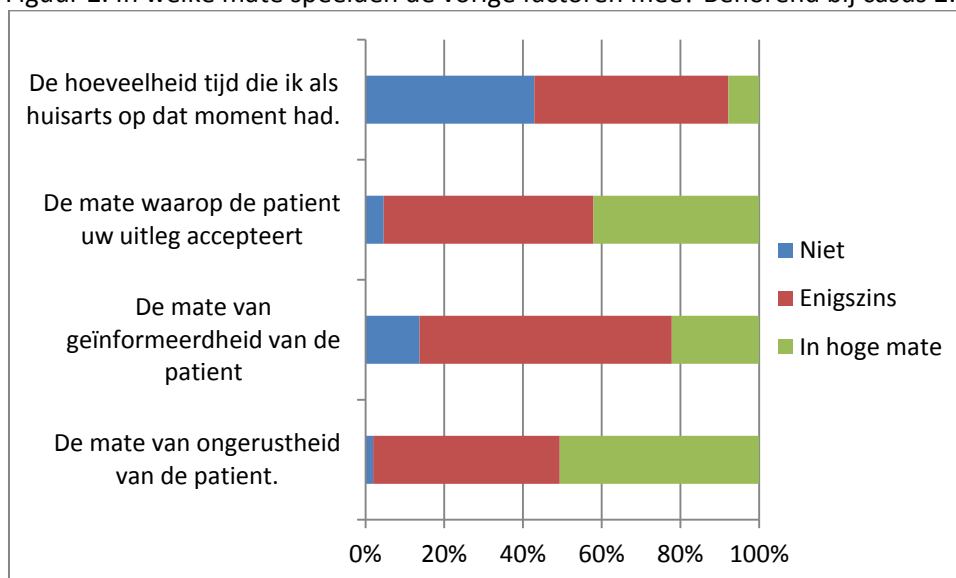
Tabel 5. Wat maakte dat u bij de vorige vraag al dan niet de moeder met haar dochter op het spreekuur liet komen? Behorend bij casus 2 en 3¹.

	Nee	Ja, enigszins	Ja, in hoge mate
Wilde u doen wat op klinische gronden geïndiceerd was?²	37,7%	19,5%	42,9%
Wilde u het risico van een klacht van de patiënt vermijden?	67,3%	29,4%	3,3%
Wilde u niet afwijken van wat gebruikelijk is?	58,7%	30,0%	11,3%
Wilde u doen wat een patiënt waarschijnlijk van u verwacht dat u doet?	44,4%	49,7%	5,9%
Wilde u de hoeveelheid medische zorg die de patiënt krijgt verminderen?	54,4%	36,2%	9,4%

¹ Bij casus 3 werd de vraag gesteld: Wat maakte dat u bij de vorige vraag al dan niet een CT-scan of MRI aanvraag of doorverwees?

² Omdat het percentage huisartsen voor wie klinische gronden geen invloed had op de beslissing hoger is dan verwacht, hebben we deze groep nader geanalyseerd. De antwoorden van deze huisartsen voor de rest van de vragen kwamen grofweg overeen (maar meer uitgesproken) met die van de rest van de groep: 'doen wat een patiënt waarschijnlijk verwachtte' speelde voor 70,1% van de huisartsen een rol, terwijl 'afwijken van wat gebruikelijk is' en 'de hoeveelheid medische zorg verminderen' voor 80,4% en 63,8% van de huisartsen geen rol speelde. Het zelfde geldt voor onderstaande figuur.

Figuur 2. In welke mate speelden de vorige factoren mee? Behorend bij casus 2.



Type problematiek en factoren gerelateerd aan onnodige zorg in de huisartsenpraktijk

Om inzicht te krijgen in het type problematiek en de onzekerheid over medisch handelen waar huisartsen in hun dagelijkse werk mee geconfronteerd worden hebben wij de respondenten gevraagd de medische zorg die patiënten in hun praktijk ontvangen te beoordelen (zij kregen drie antwoordcategorieën voorgeschoteld, die samen op 100% moesten uitkomen). De respondenten gaven aan dat gemiddeld in 41,9% (SD = 19,5%) van de medische zorg het eenduidig is wat er gedaan

moet worden; de medische *evidence* is hard. Bij gemiddeld 36,8% (SD = 17,4%) van de medische zorg zijn er meerdere mogelijkheden met gelijke uitkomsten, waarbij de mening van de patiënt – en zijn sociale context – doorslaggevend is en moet zijn. Bij gemiddeld 21,3% (SD = 11,4%) van de medische zorg is het volgens de respondenten onzeker of de aangeboden behandeling het gewenste effect heeft voor de patiënt. (N=142, alleen de cases bij wie de scores correct op 100% zijn uitgekomen zijn geïnccludeerd.)

De medische praktijk omvat nu ook het diagnosticeren en behandelen van waarnemingen en ervaringen die vroeger niet als medisch probleem werden beschouwd, bijvoorbeeld restless legg syndroom, ADHD en chronisch vermoeidheidssyndroom. Op de vraag 'Denkt u dat er over het algemeen te weinig of te veel mensen voor dergelijke zaken met geneesmiddelen worden behandeld?' antwoordden de respondenten als volgt: 67,7% oordeelde dat te veel mensen voor dergelijke zaken met geneesmiddelen worden behandeld, 14,8% veel te veel, 16,8% niet te veel/ niet te weinig en 0,6% te weinig (N=155).

70,9% van de deelnemende huisartsen gaf aan dat de aanwezigheid diagnostische tools leidt tot meer onderzoeken dan wanneer deze aangevraagd zouden moeten worden (tabel 6). Hiernaast gaf 66,1% van de respondenten aan dat wanneer patiënten echt doorgestuurd willen worden, zij dit doen om de relatie met de patiënt te behouden. 61,6% van de deelnemers gaf aan dat sommige richtlijnen dermate veel controle onderzoeken voorschrijven, dat hij of zij het gevoel heeft onnodig onderzoeken aan te vragen. 64,2% van de deelnemers was het eens met de stelling dat wanneer M&I modules geen inkomsten zouden genereren voor huisartsen, handelingen die onder de modules vallen minder vaak zouden voorkomen in de eerste lijn. De factor die aangemerkt werden als minst relevant voor het veroorzaken van onnodige zorg, was de intrede van de POH (Praktijk Ondersteuner Huisartsenzorg) in de huisartsenpraktijk: 56,2% was het oneens met deze stelling.

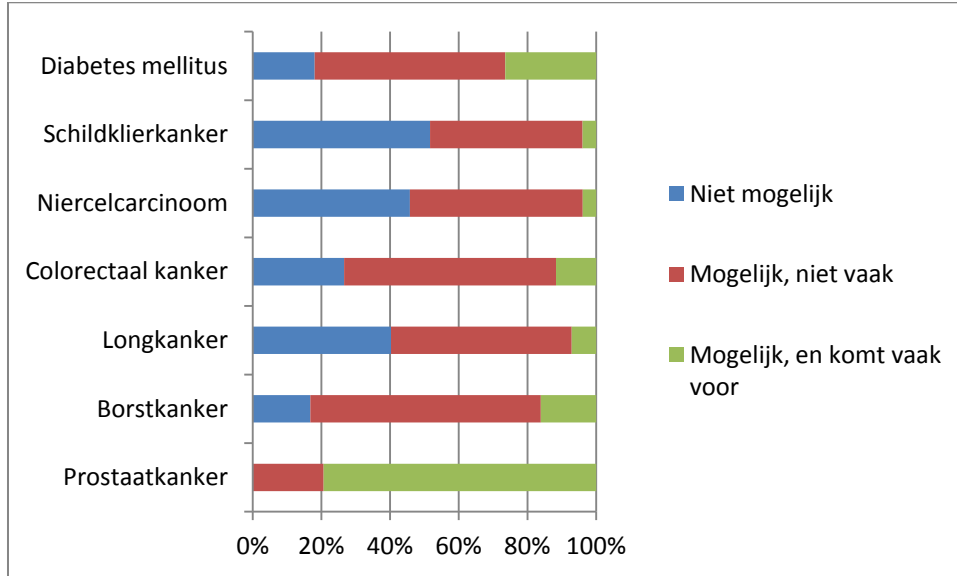
Tabel 6. De mening over verschillende factoren die met onnodige zorg in de huisartsenpraktijk in verband zouden kunnen staan.

	Ze er mee oneens	Niet mee eens	Niet mee eens, niet mee oneens	Mee eens	Ze er mee eens
Doordat ik in mijn praktijk de beschikking heb over diagnostische tools (ECG/spirometrie/ sneltesten) gebruik ik deze vaker dan wanneer ik de onderzoeken aan zou moeten vragen.	1,3%	13,5%	14,2%	67,7%	3,2%
Als een patiënt echt doorverwezen wil worden naar het ziekenhuis, stuur ik hem door om mijn relatie met mijn patiënt te behouden.	0,0%	10,3%	23,7%	63,5%	2,6%
Als een patiënt echt doorverwezen wil worden naar het ziekenhuis, stuur ik hem door omdat hij anders toch wel zonder verwijzing bij een specialist komt.	6,6%	42,1%	25,0%	24,3%	2,0%
In de eerste lijn is er steeds meer een tendens naar het willen uitsluiten van zeldzame aandoeningen.	5,2%	31,6%	25,8%	34,8%	2,6%
Ik kan moeilijk inschatten of wij in onze praktijk relatief veel of weinig zorg verlenen.	5,3%	44,1%	19,1%	28,9%	2,6%
Ik kan moeilijk met feiten onderbouwen of wij in onze praktijk relatief veel of weinig zorg verlenen.	3,9%	40,3%	15,6%	38,3%	1,9%
Ik schrijf zelf medicijnen voor aan patiënten voor wie deze medicijnen strikt gezien niet zijn geïndiceerd.	5,2%	35,1%	25,3%	33,8%	0,6%
Sommige richtlijnen bevelen dermate veel controle onderzoeken aan, dat ik soms het gevoel heb dat ik onnodig aanvraag.	1,3%	18,8%	18,2%	53,2%	8,4%
Door ketenzorg wordt op verschillende plekken veel aanvullende diagnostiek (niet in eigen beheer) dubbel gedaan.	2,6%	30,7%	25,5%	34,0%	7,2%
De intrede van de POH in de huisartsenpraktijk geeft mij als huisarts de mogelijkheid om eenvoudig mijn omzet te vergroten.	17,6%	38,6%	32,7%	9,8%	1,3%
De intrede van de huisartsenpost zorgt voor meer diagnostiek en verwijzingen.	2,6%	32,7%	22,2%	35,3%	7,2%
Als M&I modules (voor bijvoorbeeld CVRM-, COPD-, osteoporosezorg, substitutie en meer) geen inkomsten voor huisartsen zouden genereren, zouden de handelingen die onder de module vallen minder voorkomen binnen de eerstelijns.	1,9%	13,0%	20,8%	57,1%	7,1%

Diagnostiek

In figuur 3 staat weergegeven in welke mate overdiagnostiek waarschijnlijk is bij een select aantal diagnoses. Met name in het geval van prostaatcancer en in mindere mate diabetes mellitus achtten de deelnemende huisartsen overdiagnostiek mogelijk, en komt overdiagnostiek frequent voor. Voor de andere voorbeelden, bijvoorbeeld borstkanker, oordeelden de deelnemende huisartsen overwegend dat overdiagnostiek mogelijk is, maar niet vaak voorkomt.

Figuur 3. Inschatting van de mate waarin overdiagnostiek voorkomt bij een select aantal diagnoses.



Toevallige ontdekkingen (bijvoorbeeld bij een echo van de galblaas in verband met mogelijke galstenen wordt vervetting van de alvleesklier opgemerkt) kunnen een ongewenst nevenproduct zijn van technologische vooruitgang in diagnostische tools. Op de vraag 'Hoe vaak wordt u met zulke toevallige ontdekkingen geconfronteerd?' antwoordde 5,2% van de respondenten zelden of nooit, 58,8% soms, 29,4% vaak en 6,5% heel vaak (N=153). In het geval van toevallige ontdekkingen laat 10,5% van de respondenten zelden of nooit, 52,6% soms, 32,2% meestal wel en 4,6% bijna altijd (N=152) aanvullend onderzoek doen gericht op die toevallige ontdekking.

Tabel 7 en 8 beschrijven de attitude van de deelnemende huisartsen ten opzichte van toevallige ontdekkingen. Slechts ruim éénderde van de huisartsen gaf aan er geen moeite mee te hebben om af te wijken van een schriftelijke aanbeveling van de radioloog. Bijna tweederde van de respondenten gaf aan dat toevallige ontdekkingen bij diagnostisch beeldvormend onderzoek een probleem zijn die voor lief genomen moeten worden gezien de voordelen van modern beeldvormend onderzoek.

Tabel 7. Wanneer u geconfronteerd wordt met een toevallige ontdekking bij diagnostisch onderzoek, wat beschrijft dan het best uw reactie op de schriftelijke aanbeveling van de radioloog?

Reactie	
Ik voel me verplicht om de aanbevelingen van de radioloog op te volgen.	23,3%
Ik heb er uitsluitend in uitzonderlijke omstandigheden geen moeite mee om af te wijken van de aanbeveling.	38,7%
Ik heb er geen moeite mee om af te wijken van de aanbeveling als ik denk dat dit het beste voor de patiënt is.	38,0%

Tabel 8. Wat beschrijft het beste uw gevoel bij toevallige ontdekkingen bij diagnostisch beeldvormend onderzoek?

Reactie	
Het is geen probleem.	11,1%
Het is een probleem dat we voor lief moeten nemen gezien de voordelen van modern beeldvormend onderzoek.	62,1%
Het is een probleem dat het voordeel van modern beeldvormend onderzoek ondermijnt.	26,8%

Diverse factoren spelen een rol in de dagelijkse praktijkvoering met betrekking tot het aanvragen van diagnostisch onderzoek (tabel 9). 54,8% van de deelnemende huisartsen gaf aan dat patiënten een klacht zouden kunnen indienen voor het niet aanvragen van een onderzoek dat geïndiceerd was en dat dit in enige of sterke mate een rol speelt bij het aanvragen van diagnostisch onderzoek. Daarentegen gaf 91,3% van de respondenten aan dat de mogelijkheid voor patiënten om een klacht in te dienen voor het aanvragen van diagnostisch onderzoek dat niet geïndiceerd was geen rol speelt in hun praktijkvoering. Een krappe meerderheid van de respondenten gaf aan dat patiënten denken dat hij of zij pas zorgvuldig is als de huisarts een onderzoek aanvraagt en dat dit een rol speelt in de praktijkvoering.

Tabel 9. In hoeverre spelen onderstaande factoren een rol in uw dagelijkse praktijkvoering met betrekking tot het aanvragen van diagnostisch onderzoek?

	Geen	In enige mate	In sterke mate
De patiënt zou een klacht kunnen indienen voor het <i>niet</i> aanvragen van een diagnostisch onderzoek dat geïndiceerd was.	45,2%	49,0%	5,8%
De patiënt zou een klacht kunnen indienen voor het <i>wel</i> aanvragen van een diagnostisch onderzoek dat niet geïndiceerd was.	91,3%	7,3%	1,3%
Mijn patiënten denken pas dat ik zorgvuldig ben als ik een onderzoek aanvraag.	45,5%	50,6%	3,9%

Verwijzingen

Diverse factoren kunnen volgens de respondenten het aantal verwijzingen doen af- of toenemen. Ruim 60% van de respondenten gaf aan dat bij het doorverwijzen van zijn patiënten onvoldoende tijd voor de patiënt en angst om fouten te maken ertoe leidde dat het aantal verwijzingen toenam (tabel 10). 70,9% van de deelnemende huisartsen gaf aan dat patiënten eerder gerustgesteld zijn wanneer hij of zij doorverwijst en dat dit het aantal verwijzingen deed toenemen. 54,1% van de deelnemende huisartsen gaf aan dat het veel tijd en moeite kost patiënten te overtuigen dat een extra onderzoek geen nut heeft en dat dit het aantal verwijzingen deed toenemen.

Tabel 10. Als u denkt aan het doorverwijzen van uw patiënten, welke invloed hebben de onderstaande punten op het aantal keren dat u doorverwijst naar een andere zorgverlener?

	Leidt ertoe dat het aantal afneemt	Heeft geen effect	Leidt ertoe dat het aantal toeneemt
De NHG-Standaard schrijft doorverwijzen voor	29,3%	36,0%	34,7%
De multidisciplinaire richtlijn schrijft doorverwijzen voor	19,6%	35,7%	44,8%
Afspraken binnen mijn zorggroep¹	27,5%	42,8%	29,7%
Ik heb onvoldoende tijd voor deze patiënt	1,4%	35,9%	62,7%
Ik ben bang om fouten te maken	0,0%	38,9%	61,1%
Ik neem in mijn beleid weinig risico's om me in te dekken tegen eventuele claims achteraf¹	2,3%	55,0%	42,7%
Afspraken met de zorgverzekeraar¹	9,9%	77,7%	12,4%
Mijn eigen financiële situatie¹	2,4%	97,6%	0,0%
Het kost veel tijd en moeite om te communiceren met andere artsen van een patiënt	1,4%	68,3%	30,3%
Patiënten zijn eerder gerustgesteld wanneer ik doorverwijs	,7%	28,4%	70,9%
Bij doorverwijzen verdwijnt het eigen risico / eigen bijdrage van de patiënt	33,8%	60,0%	6,2%
Het kost veel tijd en moeite om patiënten te overtuigen dat een extra onderzoek of verwijzing geen nut heeft	9,6%	36,3%	54,1%

¹ 17, 20, 32 en 29 respondenten kozen voor de antwoordoptie 'niet van toepassing op mijn praktijk' in het geval van de stellingen over afspraken binnen de zorggroep, risico's, afspraken met de zorgverzekeraar en eigen financiële situatie respectievelijk.

Kostenbewustzijn

71,6% van de respondenten was het eens met de stelling dat het veel tijd en moeite kost patiënten te overtuigen over te stappen van spécialité naar generiek geneesmiddel (tabel 11). Toch gaf 66,8% van de respondenten aan dat hij of zij probeert patiënten van medicijnen te laten veranderen, wanneer deze terugkomt uit de tweedelijns met een spécialité. Generiek voorschrijven of kiezen voor goedkoopst alternatief werden voor ruim 50% van de respondenten het belangrijkste onderdeel van kostenbewust werken. Eenzelfde deel gaf aan ook kosten in overweging te nemen bij het aanvragen van diagnostiek of het voorschrijven van een medicament. 62,9% van de huisartsen gaf aan dat wanneer hij of zij meer inzicht in de kosten zou hebben, kostenbewuster zou kunnen werken.

Tabel 11. De mening over verschillende factoren met betrekking tot kostenbewustzijn en onnodige zorg.

	Ze er mee oneens	Niet mee eens	Niet mee eens, niet mee oneens	Mee eens	Ze er mee eens
Het kost een hoop tijd en moeite om patiënten te overtuigen over te stappen van specialité naar generiek geneesmiddel	1,9%	13,5%	12,9%	47,1%	24,5%
Generiek voorschrijven is voor mij het belangrijkste onderdeel van kostenbewust werken	1,3%	15,7%	26,1%	45,8%	11,1%
Uit oogpunt van kosten laat ik patiënten niet al te vaak terugkomen op het spreekuur	3,3%	46,4%	29,8%	19,9%	0,7%
Ik ben terughoudend met verwijzen uit oogpunt van kosten	1,9%	24,7%	24,7%	44,2%	4,5%
Wanneer een patiënt uit de tweedelij terug komt met een spécialité, probeer ik hem te overtuigen hem naar generieke medicijnen te veranderen	0,0%	13,6%	19,5%	55,8%	11,0%
Er is geen financiële prikkel in de eerstelij om kostenbewust te werken	2,0%	35,5%	17,1%	35,5%	9,9%
Ik heb onvoldoende inzicht in de kosten die gepaard zijn met de keuzen die ik maak	0,0%	25,7%	21,7%	43,4%	9,2%
Wanneer ik meer inzicht in kosten zou hebben, zou ik kostenbewuster kunnen werken	0,0%	16,2%	20,8%	54,5%	8,4%
Kosten spelen in mijn beleving voornamelijk een rol bij het kiezen van het goedkoopste alternatief (zowel in het geval van een geneesmiddel als diagnostiek)	1,3%	20,0%	22,6%	52,3%	3,9%
Bij de keuze of ik de patiënt een medicament voorschrijf of voor hem diagnostiek aanvraag, neem ik kosten mee in overweging	2,6%	23,0%	18,4%	53,9%	2,0%
De patiënt is zich niet of nauwelijks bewust van de kosten van zorg	0,0%	2,6%	3,8%	37,8%	55,8%

De organisatie van de huisartsenzorg en onnodige zorg

Sommige mensen zijn van mening dat veel geplande bezoeken aan de huisarts niet nodig zijn. Klachten of problemen waarvoor mensen bij de huisarts komen zouden ook op andere manieren kunnen worden afgehandeld, via de telefoon, e-mail of door personeel dat geen arts is, zoals verpleegkundigen of paramedici. **Taakherschikking** zou hier het antwoord op kunnen zijn. Op de vraag 'de klachten en vragen van hoeveel patiënten die u op een normale dag ziet, zouden ook op andere manieren kunnen worden afgehandeld?' antwoordden de respondenten als volgt: 51,3% van de respondenten gaf aan dat tussen de 10% en 25% klachten of vragen die zij op een normale dag zien op een andere manier zouden kunnen worden afgehandeld. 30,9% en 15,8% kozen voor de antwoordopties 1% tot 9% en 26% tot 50% respectievelijk (N=152).

Gerelateerd aan dit onderwerp is de **poortwachterfunctie** die de huisarts vervult in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Een goed functionerende poortwachter resulteert in de juiste zorg op de juiste plek, met zorg van hoge kwaliteit en minimale kosten. Veel beleid was de laatste jaren erop gericht de patiënt zoveel mogelijk uit de tweedelijns te houden; de huisarts zou een grotere rol in de behandeling van met name chronische patiënten moeten krijgen. Aan de hand van een recent rapport van KPMG Plexus hebben wij de poortwachterfunctie geoperationaliseerd en de respondenten gevraagd hoe hun dag besteding eruit ziet (tabel 12). Vervolgens hebben wij hen gevraagd in hoeverre hun takenpakket is veranderd de laatste tien jaar (tabel 13).

Tabel 12. Gemiddelde tijdsbesteding van huisartsen (N=135).¹

Functie	
Het beoordelen van de zorgvraag	20,7%
Het vaststellen van de benodigde zorg (zorgvraag)	11,1%
Het voorkomen van onnodige zorg	11,4%
Het tijdig doorverwijzen van patiënten zodat benodigde zorg niet wordt onthouden	9,3%
Het zelf behandelen van patiënten	42,7%
Anders	4,8%

¹ Respondenten die de antwoorden niet op 100% lieten uitkomen zijn geëxcludeerd. Het merendeel van de respondenten die gebruik maakte van de optie 'anders' vulde hierin 'Administratie' of iets dergelijks.

De deelnemende huisartsen besteden bijna de helft van hun tijd aan het behandelen van patiënten. Ongeveer 20% van de tijd wordt besteed aan het beoordelen van de zorgvraag en telkens ongeveer 10% aan de resterende activiteiten. Ruim 60% van de respondenten gaf aan dat het voorkomen van onnodige (veel) meer op de voorgrond is verschoven de laatste tien jaar. Ook het vaststellen van de zorgvraag, en het zelf behandelen van patiënten is voor een groot deel van de respondenten (veel) meer op de voorgrond komen te staan, in de laatste tien jaar.

Tabel 13. In hoeverre is de afgelopen tien jaar uw takenpakket veranderd?

	Veel meer op de achtergrond	Meer op de achtergrond	Evenveel	Meer op de voorgrond	Veel meer op de voorgrond
Het beoordelen van de zorgvraag¹	2,2%	7,2%	42,0%	42,0%	6,5%
Het vaststellen van de benodigde zorg (zorgvraag)¹	1,5%	10,3%	44,9%	37,5%	5,9%
Het voorkomen van onnodige zorg¹	1,4%	9,4%	27,3%	51,1%	10,8%
Het tijdig doorverwijzen van patiënten zodat benodigde zorg niet wordt onthouden¹	1,5%	7,4%	69,9%	20,6%	0,7%
Het zelf behandelen van patiënten¹	0,7%	18,4%	36,0%	39,7%	5,1%
Anders^{1,2}	0,0%	3,4%	6,9%	20,7%	69,0%

¹ Voor elk onderdeel gold dat 18 tot 21 van de respondenten aangaf dat de vraag niet van toepassing was.

² In de overgrote meerderheid administratie.

Omgevingsfactoren en onnodige zorg

81,7% van de respondenten was het (zeer) eens met de stelling dat kosten in het ziekenhuis niet of nauwelijks een rol spelen (tabel 14). Eenzelfde deel bevestigt de stelling dat door druk van patiëntenverenigingen, farmaceutische industrie en ziekenhuizen het zorgaanbod in Nederland ruim is. Hiernaast was meer dan 90% van de respondenten het (zeer) eens met de stelling dat ziekenhuizen, ZBC's (Zelfstandige Behandel Centra) en privéklinieken hun zorgaanbod verruimen uit oogpunt van marktwerking en concurrentie. Bijna 90% van de respondenten is het (zeer) eens met de stelling dat dokters het in het algemeen moeilijk vinden om nee te zeggen tegen veeleisende patiënten. 70% van de respondenten was het (zeer) eens met de stelling dat zorgverzekeraars meer zouden kunnen sturen om onnodige zorg tegen te gaan. Tenslotte gaf bijna 90% van de respondenten aan dat wanneer een patiënt echt volhoudt en een bepaald type zorg wil krijgen, hij deze zal krijgen.

Tabel 14. De mening over verschillende omgevingsfactoren die met onnodige in verband zouden kunnen staan.

	Ze er mee oneens	Niet mee eens	Niet mee eens, niet mee oneens	Mee eens	Ze er mee eens
Ik heb het idee dat in het ziekenhuis kosten niet of nauwelijks een rol spelen bij het nemen van beslissingen	0,7%	6,5%	11,1%	51,6%	30,1%
Ziekenhuizen, ZBC's en privéklinieken verruimen hun zorgaanbod uit oogpunt van marktwerking en concurrentie.	1,3%	2,0%	2,7%	56,7%	37,3%
Het verstrekkingenpakket binnen de AWBZ is te breed.	2,6%	23,7%	28,9%	36,8%	7,9%
Door druk van patiëntenverenigingen, farmaceutische industrie en ziekenhuizen is het zorgaanbod in Nederland ruim.	0,0%	3,3%	14,6%	62,9%	19,2%
In het algemeen vinden dokters het moeilijk om nee te zeggen tegen veeleisende patiënten.	0,0%	1,3%	10,5%	69,1%	19,1%
Wanneer een patiënt echt volhoudt en een bepaald type zorg wil krijgen, zal hij deze krijgen.	0,0%	5,3%	7,2%	72,4%	15,1%
Zorgverzekeraars zouden meer kunnen sturen om onnodige zorg tegen te gaan.	3,9%	11,8%	13,8%	45,4%	25,0%

Meer dan 80% van de respondenten oordeelde dat door het feit dat de zorgverzekeraar zorg vergoedt in de tweedelij, die ook door de huisarts geleverd zou kunnen worden (zeer sterk) onnodige zorg uitlokt (tabel 15). Ruim 90% van de respondenten oordeelde dat een sterke financiële

prikkel om te produceren in de ziekenhuiszorg (zeer sterk) onnodige zorg uitlokt. Hiernaast lokt de huidige productstructuur van DBC's en DOT's onnodige zorg uit volgens 86,5% van de respondenten. Ruim 90% van de deelnemende huisartsen oordeelde dat de media hypes oproepen en geven patiënten het gevoel dat er verschrikkelijk veel mogelijk is en dat dit onnodige zorg (zeer sterk) uitlokt. 72,4% van de respondenten gaf aan dat financieringsschotten tussen eerste- en tweedelij een belemmering zijn voor goede samenwerking en afstemming en dat dit onnodige zorg (zeer sterk) uitlokt. Hiernaast gaf 66,3% van de deelnemende huisartsen aan dat de grootschaligheid van ziekenhuizen effectieve communicatie en goede afstemming tussen eerste- en tweedelij belemmert en dat dit onnodige zorg (zeer sterk) uitlokt. Het feit dat patiënten zonder verwijzing van de huisarts in de tweedelij terecht kunnen komen lokt onnodige zorg uit volgens 64,3% van de respondenten. Tenslotte, het stijgende aanbod van ZBC's en privéklinieken lokt onnodige zorg uit volgens 80,6% van de respondenten.

De rol van de patiënt en onnodige zorg

In tabel 16 staat weergegeven in hoeverre bepaalde patiëntgerelateerde factoren volgens de respondenten onnodige zorg uitlokken. Ruim 90% van de respondenten oordeelden dat patiënten gezondheidszorg ervaren als een recht en dat dit onnodige zorg (zeer sterk) uitlokt. Eenzelfde deel van de respondenten gaf aan dat patiënten sterk de behoefte hebben aan een verklaring en zekerheid willen en dat dit onnodige zorg (zeer sterk) uitlokt. Bijna 80% van de respondenten oordeelde dat sommige patiënten de HAP uit gemak verkiezen boven het regulier en dat dit onnodige zorg (zeer sterk) uitlokt. Ruim 90% van de respondenten was het (zeer) eens met de stelling dat de patiënt zich niet of nauwelijks bewust is van de kosten van de zorg (tabel 11).

Tabel 15. In hoeverre lokken onderstaande omgevingsfactoren onnodige zorg in Nederland uit?

	Lokt onnodige zorg niet uit	Lokt onnodige zorg in enige mate uit	Lokt onnodige zorg uit	Lokt onnodige zorg zeer sterk uit
De zorgverzekeraar vergoedt zorg in de tweedelij, die ook door de huisarts geleverd zou kunnen worden.	1,9%	12,3%	59,1%	26,6%
In de ziekenhuiszorg is er een sterke financiële prikkel om te produceren.	0,7%	5,2%	52,9%	41,2%
Door de huidige financieringsmethodiek van de tweedelij wordt veel onnodig onderzoek gedaan, omdat deze nu eenmaal onder de DBC of DOT vallen.	2,0%	11,4%	50,3%	36,2%
Financieringschotten tussen eerste en tweedelij zijn een belemmering voor goede samenwerking en afstemming.	7,9%	19,9%	46,4%	25,8%
Huidige belangen in het zorgveld staan veranderingen en hiermee doelmatiger werken in de weg.	4,0%	22,8%	53,0%	20,1%
De grootschaligheid van de ziekenhuizen belemmert effectieve communicatie en goede afstemming tussen eerste- en tweedelij.	11,8%	20,9%	50,3%	17,0%
Steeds meer medisch specialisten werken parttime. Dit belemmert goede communicatie binnen het ziekenhuis en met andere zorgaanbieders.	35,3%	37,9%	19,0%	7,8%
Paramedische zorg is vrij toegankelijk. Hiervoor is geen verwijzing van de huisarts nodig.	20,1%	36,4%	31,2%	12,3%
Door het ontbreken van wachtlijsten kunnen patiënten op zeer korte termijn hun zorg krijgen.	33,1%	33,1%	25,3%	8,4%
Media roepen hypes op en geven patiënten het gevoel dat er verschrikkelijk veel mogelijk is.	0,6%	9,0%	43,2%	47,1%
Patiënten kunnen gemakkelijk zonder verwijzing van de huisarts in de tweedelij terecht.	10,4%	25,3%	37,0%	27,3%
Het stijgende aanbod van ZBC's en privéklinieken.	3,2%	16,2%	35,1%	45,5%

Tabel 16. In hoeverre lokken onderstaande patiëntgerelateerde factoren onnodige zorg in Nederland uit?

	Lokt onnodige zorg niet uit	Lokt onnodige zorg in enige mate uit	Lokt onnodige zorg uit	Lokt onnodige zorg zeer sterk uit
Patiënten ervaren gezondheidszorg als een recht	0,0%	5,2%	54,5%	40,3%
Patiënten hebben sterk de behoefte aan een verklaring en willen zekerheid	0,0%	9,2%	53,9%	36,8%
Patiënten willen aandacht	17,0%	37,3%	35,3%	10,5%
Patiënten hebben weinig geduld	2,0%	38,8%	40,8%	18,4%
Patiënten zijn bereid allemaal medicijnen te slikken, als ze hun gedrag maar niet hoeven veranderen	4,6%	23,0%	58,6%	13,8%
Patiënten hebben een enorm geloof in de (met name specialistische) geneeskunde	3,3%	16,4%	60,5%	19,7%
Patiënten zijn overmatig angstig	4,7%	38,5%	39,2%	17,6%
Patiënten hebben uitgezocht wat ze willen aan zorg, weten wat er te koop is	4,0%	45,3%	42,0%	8,7%
Sommige patiënten verkiezen uit oogpunt van gemak de HAP boven het reguliere spreekuur omdat deze tijden hen beter uitkomen, niet zozeer omdat hun klachten zoveel spoed vereisen.	2,0%	19,5%	36,2%	42,3%
Wanneer je ziek bent in Nederland heb je recht op ziektewet-uitkering	22,3%	44,6%	25,0%	8,1%

Beschouwing

Ruim 80% van de deelnemende huisartsen gaf aan dat patiënten in Nederland (veel) te veel (medische) zorg ontvangen. Dit percentage verschilt substantieel met dat van de Commonwealth Fund IHP Survey in 2012 (57%) en kan duiden op een respons-bias in de zin dat alleen de kritische huisartsen de lijst hebben ingevuld, maar ook op een toegenomen bewustzijn van onnodige zorg onder huisartsen. Volgens de deelnemende huisartsen ontvangen patiënten (veel) te veel onnodige zorg in algemene ziekenhuizen, bij eerstelijns huisartsen en nog veel meer onnodige zorg bij huisartsenposten en in privéklinieken. Hiernaast ontvangen patiënten met name veel onnodige diagnostiek, medische behandelingen en controle en follow-up in Nederland.

De verschillende casussen, die niet één juist antwoord bevatten, illustreren dat er zelfs in het geval van relatief eenvoudige casuïstiek substantiële variatie bestaat in keuze voor medisch handelen. Opvallend is dat er aan de hand van de casussen een bepaalde tweedeling lijkt te bestaan tussen huisartsen die in hoge mate evidence-gericht handelen, tegenover huisartsen die meer patiënt-georiënteerd handelen. Met name de mate van ongerustheid en geïnformeerdheid van de patiënt en de mate waarop de patiënt uitleg accepteert lijken het handelen van de huisarts te bepalen. Hiernaast toonden we aan dat artsen het in het algemeen moeilijk vinden om 'nee' te zeggen tegen eisende patiënten. Wanneer patiënten echt doorgestuurd willen worden, gaat tweederde van de huisartsen hiermee akkoord om de relatie met die patiënt te behouden. Ruim tweederde van de respondenten gaf aan dat patiënten eerder gerustgesteld zijn wanneer hij of zij doorverwijst, en dat dit leidt tot extra doorverwijzingen. Dit schetst een beeld van huisartsen die in hun verwijzingen en behandelbeslissingen zeer patiënt-georiënteerd zijn.

De patiënt-georiënteerde benadering geeft wrijving met de klassieke poortwachterfunctie die de huisarts inneemt in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Patiënten kunnen tegenwoordig makkelijker zonder verwijzing van de huisarts in de tweedelijns terecht komen. Daarentegen gaf ruim 60% van de deelnemende huisartsen aan dat het voorkomen van onnodige zorg (veel) meer op de voorgrond is komen te staan de laatste tien jaar. Dit zou een grotere rol in de behandeling van met name chronische patiënten kunnen illustreren. Toch is hier nog heel veel winst te behalen: volgens de respondenten kunnen zorgverzekeraars meer sturen om onnodige zorg tegen te gaan. Zorgverzekeraars blijven bijvoorbeeld zorg in de tweedelijns vergoeden die ook door de huisarts gedaan zou kunnen worden. Ook de grootschaligheid van ziekenhuizen en financieringsschotten belemmeren goede (communicatie en) afstemming tussen eerste- en tweedelijns en dit resulteert in onnodige zorg. Resumerend kan gesteld worden dat er met betrekking tot de poortwachterfunctie veel winst te behalen is in het terugdringen van onnodige zorg. Oplossingen worden door de deelnemende huisartsen met name gezien in een sterker sturende zorgverzekeraar. Uit onze resultaten blijkt dus dat huisartsen ondersteund willen worden met het voorkomen van onnodige zorg in de tweedelijns. Daarentegen, lijken huisartsen dermate sterk patiënt-georiënteerd dat het stimuleren van terughoudend doorverwijzen zonder verdere ondersteunende financiële of structurele maatregelen waarschijnlijk minder kansrijk is.

Angst voor klachten speelt in Nederland een minder grote rol dan in de Verenigde Staten, terwijl tijdsdruk een iets grotere rol lijkt te spelen in het dagelijks handelen van de huisarts. Het onderzoek van Sirovich en collega's liet zien dat onvoldoende tijd (40%), prestatie-indicatoren (52%) en 'malpractice concerns' (76%) ervoor zorgden dat Amerikaanse huisartsen en internisten er een

'agressievere' praktijkvoering op nahielden (Sirovich et al., 2011). In onze casussen gaven 57,2% en 32,7% van de huisartsen aan dat de hoeveelheid tijd en angst voor klachten een rol speelde in hun keuze van alternatief. Daarentegen, in een vraag waarin alleen gevraagd werd naar de invloed op doorverwijzingen kwam angst om fouten te maken naar voren als factor die ertoe leidt dat het aantal doorverwijzingen toeneemt. Hetzelfde geldt voor onvoldoende tijd. Het merendeel van de respondenten gaf aan dat het veel tijd en moeite kost patiënten te overtuigen dat een extra onderzoek geen nut heeft en dat dit het aantal verwijzingen deed toenemen.

Volgens de respondenten ervaren patiënten gezondheidszorg als een recht. Hiernaast hebben patiënten sterk de behoefte aan een verklaring voor hun klachten en willen ze zekerheid, gekoppeld aan een enorm geloof in (met name) specialistische geneeskunde. Deze patiënten zijn zich volgens de deelnemende huisartsen niet of nauwelijks bewust van de kosten van zorg. De meerderheid van de Nederlanders heeft een restitutiepolis, waardoor facturen direct naar de zorgverzekeraar gestuurd worden en patiënten ook niet de gelegenheid krijgen om zich bewust te worden van de kosten. Eenmaal in de tweedelij, spelen kosten volgens huisartsen geen rol meer in besluitvorming rondom benodigde zorg. Het gebrek aan transparantie over kosten is dus op meerdere niveaus in het stelsel aanwezig.

Ruim 80% van de deelnemende huisartsen vindt dat er veel onnodige zorg verleend wordt in huisartsenposten. Één verklaring hiervoor is dat 80% van de respondenten oordeelde dat sommige patiënten de HAP uit gemak verkiezen boven de reguliere zorg en dat dit onnodige zorg (zeer sterk) uitlokt. Met de komst van de HAP wordt dus een vraag bediend die hiervoor minder bediend werd en veel huisartsen beoordelen deze vraag als deels onnodig. Door toegenomen schaalgrootte van huisartsenpraktijken en de introductie van de HAP werd de patiënt anoniemer. Met name deze anonimiteit maakt het voor huisartsen moeilijker de ontrechte zorgvragers te beheersen. In deze studie hebben wij laten zien dat huisartsen sterk vanuit hun traditionele rol handelen (patiënt-georiënteerd) en met name de relatie met hun patiënten in stand willen houden. Dit, gecombineerd met patiënten die steeds mondiger worden, een verklaring en zekerheid willen, resulteert in systeem dat onder druk staat. In deze context lijkt het plaatsen van een HAP voor de SEH om zelfverwijzers op te vangen (het 'voorpostmodel') slechts verplaatsen van het probleem en zal de druk op het HAP-systeem mogelijk alleen maar toenemen.

In de wetenschappelijke literatuur wordt diagnostiek vaak aangehaald als het gebied waar veel onnodige zorg verleend wordt (Moynihan, 2012). Dit wordt in deze studie bevestigd door meer dan 90% van de respondenten. Huisartsen worden regelmatig met toevallige ontdekkingen geconfronteerd. Omdat bijna tweederde van de respondenten in een concreet voorbeeld aangaf niet of slechts in uitzonderlijke omstandigheden van de aanbevelingen van de radioloog af te wijken lijkt hier een potentiële bron van onnodige zorg te zitten. Desalniettemin vindt ruim tweederde van de respondenten toevallige ontdekkingen bij diagnostisch beeldvormend onderzoek geen probleem of een probleem dat voor lief genomen moet worden, gezien de voordelen van modern beeldvormend onderzoek. Deze attitude van de huisarts legt een grote verantwoordelijkheid bij de radioloog, die in zijn rapportage rekening dient te houden met de context van de vraag: bevindingen in de eerstelij kunnen een andere betekenis en vervolgbeleid hebben dan in de tweedelij. In de huisartsenpraktijk gelden andere a priori kansen en is in vergelijking met in de tweedelij slechts beperkt aanvullend onderzoek mogelijk. Het is vooralsnog onduidelijk in hoeverre radiologen zich hiervan bewust zijn en of men elkaars rol in interpretatie en advies goed begrijpt.

De aanwezigheid van diagnostische tools zorgt volgens de deelnemende huisartsen tot een verhoogd gebruik hiervan ten opzichte van wanneer deze aangevraagd zouden moeten worden. Iets soortgelijks geldt voor M&I modules: wanneer deze geen inkomsten voor huisartsen zouden genereren zouden de handelingen die hieronder vallen minder vaak worden uitgevoerd. Tenslotte gaven de respondenten aan dat 'angst voor klachten' en de perceptie dat in de ogen van de patiënt 'de huisarts pas zorgvuldig wordt gevonden bij het aanvragen van diagnostiek' een rol spelen bij het aanvragen van diagnostiek. Doordat diagnostisch onderzoek de laatste jaren voor huisartsen veel makkelijker aanvraagbaar is geworden, kunnen beide factoren leiden tot een deel van de vermeende onnodige diagnostische zorg. Ook de huidige financieringsmethodiek in de tweedelijns lokt onnodige diagnostiek uit volgens de respondenten; dit zou een volgend deel van onnodige diagnostiek kunnen representeren. In een recent NZa rapport wordt de aanname uitgesproken dat het versterken van de functie eerstelijnsdiagnostiek voorkomt dat er onnodig wordt gemedicaliseerd en/of onnodig wordt doorverwezen naar de tweedelijnszorg. (NZa, 2011) Onze resultaten trekken deze stelling in twijfel.

Door ongeveer 50% van de huisartsen wordt controle en follow-up (zowel in eerste- als tweedelijns) als zorgtype aangemerkt waar patiënten te veel van ontvangen. Eén mogelijke verklaring hiervoor is dat de respondenten verklaren dat sommige richtlijnen dermate veel controle onderzoeken dat hij of zij het gevoel heeft onnodig voor te schrijven. Casus 1 is hiervoor zeer illustrerend: de antwoorden zijn zeer variabel en beslaan gangbare perioden als eens per drie, vier, zes of twaalf maanden. Er is meer onderzoek nodig naar het nut van veel controle onderzoek, dit ontbreekt op dit moment veelal. Hiernaast kan het gedifferentieerd beschrijven van controle en follow-up onderzoeken per patiëntencategorie (naar risico en begeleidingsbehoefte) in richtlijnen onnodige onderzoeken voorkomen. In het geval van CVRM-richtlijn is dit gelukt, maar voor veel aandoeningen zal hiervoor onvoldoende evidence zijn. Voorwaarde is wel dat er voldoende evidence is om gefundeerde richtlijn te maken. Deze evidence ontbreekt voor veel belangrijke onderwerpen nog.

Slechts in een minderheid van medische zorg die geboden wordt is het volgens de huisartsen eenduidig welke zorg geboden dient te worden. Dit biedt ruimte voor de mening van de patiënt binnen de besluitvorming en dit zou mogelijk tot onnodige zorg kunnen leiden, zeker wanneer 'mondige patiënten' echt doorverwezen willen worden. Daarentegen moet ook het gevaar van onderbehandeling niet onderschat worden. Met name de laatste categorie met onzekere effectiviteit is relevant in het kader van onnodige zorg; hier is de verleiding voor veel vervolg diagnostiek en behandelingen groot. Het feit dat zorg uit deze categorie een substantieel van de medische praktijk representeert onderstreept de noodzaak voor meer onderzoek naar de zinnigheid van bepaalde zorg. Met name bij besluiten waarvoor geen eenduidige evidence beschikbaar is, is het actief betrekken van de patiënt in het besluitvormingsproces relevant, zodat er een geïnformeerde keuze gemaakt wordt. Het direct verwijzen van een patiënt is in dergelijke gevallen onjuist. Ook in de huisartsenpraktijk dient informatie beschikbaar zijn over de voor- en nadelen van verwijzen. Een succesvol voorbeeld hiervan werd geleverd door Fleuren en collega's. De inzet een transmurale richtlijn voor patiënten met hernia-achtige klachten, reduceerde het aantal onterechte verwijzingen naar de tweedelijns, in de eerste zes weken nadat de patiënt zich bij de huisarts meldde (Fleuren et al., 2010). Na de implementatie van een gedeelde richtlijn nam het aantal onterechte verwijzingen in twee jaar af van 15 naar 8 procent. Dit voorbeeld laat zien dat onnodig zorggebruik kan worden voorkomen als specialisten en huisartsen onderlinge afspraken maken en als huisartsen patiënten vooraf beter informeren.

Een krappe meerderheid van de respondenten gaf aan kosten in overweging te nemen bij het voorschrijven van een medicament of het aanvragen van diagnostiek. Toch spelen kosten volgens de respondenten met name een rol in het kiezen van het goedkoopste alternatief. Twee-derde van de huisartsen gaf aan dat het een hoop tijd en moeite kost om patiënten te overtuigen over te stappen van spécialité naar generiek. Hiernaast is bekend dat bijvoorbeeld in het geval van depressie overstappen naar generiek verstrekkinge gevolgen kan hebben. Een kostenreducerende oplossing met betrekking tot kostenbewustzijn lijkt daarom met name te zitten in het inzicht bieden te bieden in kosten zelf; ruim 60% van de respondenten gaf aan dat hij of zij meer kostenbewust zou kunnen werken.

Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat vanuit het perspectief van de huisarts verschillende sectoren aan te wijzen zijn waar onnodige zorg voorkomt: in ziekenhuizen, huisartsenposten, privéklinieken en in de eerstelijns huisartsenpraktijken wordt (veel) te veel zorg verleend. Hiernaast blijkt dat hier met name onnodige diagnostiek, medische behandelingen en controle en follow-up verleend worden. Er lijkt een bepaalde tweedeling te bestaan tussen huisartsen die in hoge mate evidence-gericht handelen, tegenover huisartsen die meer patiënt-georiënteerd handelen. Nederlandse huisartsen zijn in hun verwijzingen en behandelbeslissingen zeer patiënt-georiënteerd. Er is veel winst te behalen in de uitvoering van de poortwachterrol, met name door meer sturing van de zorgverzekeraar. Huisartsen stimuleren terughoudender te verwijzen zonder ondersteunende maatregelen lijkt op voorhand minder kansrijk. De vermeende hoge prevalentie van onnodige zorg binnen de HAP zet vraagtekens bij de doelstelling en structuur van de HAP. Omdat toevallige ontdekking vaak voorkomen bij diagnostiek beeldvormend onderzoek en aanbevelingen van de radioloog in de regel gevolgd worden, lijkt hier een bron te zitten van veel onnodige zorg. De relatief grote hoeveelheid onnodig follow-up en controle onderstrepen de noodzaak naar meer onderzoek op dit vlak en gedifferentieerde richtlijnen. Patiënten ervaren gezondheidszorg als een recht, zijn zich niet of nauwelijks bewust van de kosten van zorg, hebben sterk de behoefte aan een verklaring en willen zekerheid en hebben een enorm geloof in (met name) specialistische geneeskunde.

Literatuur

Faber MJ, van Loenen T, Westert GP. International Health Policy Survey 2012. Commonwealth Fund. Onderzoek onder huisartsen in 11 landen. Nijmegen: IQ healthcare, 2012.

Fleuren M, Dusseldorp E, van den Bergh S, Vlek H, Wildschut J, van den Akker E, Wijkel D. Implementation of a shared care guideline for back pain: effect on unnecessary referrals. In J Qual Health Care 2012;22:415-20.

KPMG Plexus, Onderzoek naar de effectiviteit van poortwachters in het Nederlandse zorgstelsel 2000 - 2010, Eindrapport, 20-04-2012.

LINH zorgregistratie huisartsen, <http://www.nivel.nl/contact-huisartspraktijk-2006-2010>, bezocht op 7-5-2013.

Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy BMJ 2012;344:e3502.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), Consultatiedocument, Eerstelijnsdiagnostiek, Goede beeldvorming beter in beeld. November 2011.

Sirovich BE, Woloshin S, Schwartz LM. Too little? Too much? Primary care physicians' views on US health care: a brief report. Arch Intern Med 2011;171:1582-5.