

Second opinions in de Orthopedie

I.V. van Dalen, J.W. Groothoff, P. Groenewegen, J.R. van Horn

INLEIDING

Er wordt de laatste jaren een steeds groter beroep gedaan op de gezondheidszorg in Nederland. De aantallen patiënten op de polikliniek groeien jaarlijks en lijken bovendien steeds hogere eisen aan de specialisten te stellen. Door uitgebreide informatievoorziening op televisie en internet, zijn de consumenten steeds beter op de hoogte van de nieuwste medisch diagnostische en -therapeutische mogelijkheden, en willen hier ook gebruik van maken. De indruk bestaat dat patiënten steeds minder genoegen nemen met lichamelijke ongemakken, en steeds minder berusten in het feit dat hun behandelend arts of specialist hiervoor geen therapeutische oplossing heeft. In de hoop een arts te vinden die wel in staat is hun klachten weg te nemen, gaan sommige patiënten in zo'n geval verder zoeken. Zij worden hierin onder meer aangemoedigd door zorgverzekeraars, die de laatste jaren adverteren met de slogan dat verzekerden bij hen 'recht hebben' op een second opinion.

Het aantal second opinions is de laatste jaren internationaal sterk gestegen, en veel specialisten hebben het gevoel dat dit ook het geval is in de Nederlandse praktijken.¹ Er zijn echter tot op heden nog geen Nederlandse studies gepubliceerd over het aantal second opinions, laat staan over de uitkomsten ervan.

Het verschijnsel second opinion is niet nieuw. In Amerika werd in de zeventiger jaren door de ziektekostenverzekeraars een uitgebreid second opinion programma ontwikkeld. Als in Amerika de behandelend specialist een electieve ingreep voorstelt, wordt door een aantal verzekeringsmaatschappijen een second opinion bij een onafhankelijk specialist aangevraagd. Soms is die second opinion een verplichte voorwaarde voor de patiënt om in aanmerking te kunnen komen voor een vergoeding van de peri-

operatieve kosten, in andere gevallen gebeurt de second opinion op vrijwillige basis.

Als de tweede opinie arts het advies van de behandelend arts niet onderschrijft, betekent dat in een aantal gevallen dat de ziektekostenverzekering de eventuele kosten van de operatie niet zal vergoeden. De verzekeringsmaatschappijen hopen om deze manier de groei van de kosten in de gezondheidszorg te kunnen beperken. Deze vorm van second opinions is in ons land (nog) niet gebruikelijk. Volgens een studie van Tyson zouden deze second opinion programma's ervoor zorgen dat de behandelende specialist, in de wetenschap dat zijn operatie-indicatie zal worden getoetst door middel van een second opinion, initieel terughoudender zal worden met het advies tot operatie.² Dit wordt het 'Sentinel effect' genoemd. Of hierdoor inderdaad de kosten in de gezondheidszorg worden verlaagd, blijft nog de vraag. Mogelijk leiden de programma's eerder tot uitstel dan tot afstel van operaties. Als chirurgische interventie inderdaad achterwege blijft zouden andere kosten, zoals die van thuiszorg, fysiotherapie, ziekteverzuim en WAO, juist kunnen toenemen. Dat second opinion programma's kostenbesparend zouden zijn wordt door enkele Amerikaanse publicaties bevestigd, maar er zijn ook studies waaruit het omgekeerde blijkt.^{3,4}

Een interessante bevinding uit de Amerikaanse studies is dat de meningen bij eerste- en tweede opinies nogal van elkaar kunnen verschillen. Deze verschillen worden het meest waargenomen bij de specialisten orthopedie, gynaecologie, urologie en oogheelkunde.^{5,6} Het percentage onbevestigde eerste opinie adviezen bedroeg bij de verplichte programma's tussen de 10% en 19% en bij de vrijwillige programma's tussen de 20% en 34%. Waarom er zo'n verschil in uitkomst tussen verplichte en vrijwillige programma's bestaat, is nog niet onderzocht. Waarschijnlijk moet de verklaring worden gezocht in het feit dat de patiënten uit het vrijwillige programma een geselecteerde groep vormen. Mogelijk stonden de patiënten kritisch tegenover het voorstel van hun specialist en vroegen zij daarom een second opinion aan. Uit de studie van Grafe bleek dat de verplichte groep zich tweemaal zo vaak, tegen het advies van de tweede specialist in, toch liet opereren.⁷ De belangrijkste redenen om zich toch te laten opereren waren persisterende of progressieve klachten.

I.V. van Dalen, orthopedisch chirurg, Prof.dr.J.R. van Horn, orthopedisch chirurg, afdeling Orthopedie, AZG, postbus 30001, 9700 RB Groningen.

Dr. J.W. Groothoff, vakgroep Sociale Geneeskunde, NCG/RUG, Groningen.

Prof. dr. P. Groenewegen, NIVEL, Utrecht.

Correspondentie: I.V. van Dalen.

Ook in Europa stijgt de populariteit van second opinion programma's voor electieve chirurgie. In Duitsland nemen de chirurgen zelf het initiatief om second opinion programma's te ontwikkelen. Zij proberen daarmee te voorkomen dat de vorm en inhoud ervan in de toekomst zullen worden bepaald door de ziektekostenverzekeraars.^{8,10}

In Zwitserland is in 1994 door enkele grote verzekeringsmaatschappijen een gemeenschappelijk second opinion programma gestart.¹¹ Er wordt een korting verleend op de ziektekostenverzekering als de verzekeringsnemers instemmen met een verplicht second opinion programma. Deze verplichte second opinions hebben betrekking op een nauwkeurig omschreven lijst van operaties. Op deze lijst zijn orthopedische operaties sterk vertegenwoordigd (36%); het betreft hallux valgus operaties, discushernia chirurgie, heup- en knieartroplastieken, arthroscopieën, bandplastieken van knie en enkel en het verwijderen van osteosynthesemateriaal. In tegenstelling tot het Amerikaanse programma hebben de Zwitserse patiënten een volledig vrije keuze van behandeling; er zijn (nog) geen financiële consequenties aan verbonden indien er een behandeling wordt uitgevoerd die niet door de second opinion arts is bevestigd. Behalve kostenbesparingen hopen de verzekeringsmaatschappijen op deze manier ook de kwaliteit van de gezondheidszorg te verhogen. Overigens is tot nu toe in geen enkele studie een bewijs geleverd dat de kwaliteit van medische zorg daadwerkelijk wordt verbeterd door second opinions.

In Nederland ligt het initiatief van een second opinion meestal niet bij de verzekeringsmaatschappijen, maar bij de behandelende artsen of de patiënt zelf.

Desalniettemin lijkt ook in ons land het aantal second opinions binnen de orthopedie de laatste jaren sterk te stijgen, vooral in de academische ziekenhuizen. Volgens onze gegevens ligt daar het percentage second opinion patiënten al rond 20% van het totaal aantal nieuwe poliklinische patiënten, en het einde van die stijgende lijn lijkt nog niet in zicht. Met een groeiende vraag naar gezondheid(szorg), en het achterblijven van de financiële middelen, zullen vraag en aanbod beter op elkaar moeten worden afgestemd. Het is daarom van belang te onderzoeken in hoeverre second opinions bijdragen aan een gepast gebruik van de gezondheidszorg.

Om deze reden is in het AZG te Groningen een onderzoek gestart naar de uitkomsten van second opinions in de orthopedie. Zoals reeds in een eerdere uitgave van dit blad is vermeld, is dit onderzoek een deelstudie van de onderzoekslijn doelmatigheid in de Orthopedie, met als opdrachtgever Zorg Onderzoek Nederland (ZON).

BEGRIPSBEPALING

Wat is nu eigenlijk een second opinion? Tijdens klinische besprekingen met eigen of andere disciplines worden in de breedste betekenis van het woord ook voortdurend tweede meningen gegeven. Het krijgen van een tweede mening is voor artsen een dagelijkse routine. Deze 'interne' second opinions dragen vooral bij tot de *vorming* van een eigen mening, terwijl bij een 'externe' second opinion de *toetsing* van die mening juist centraal staat. Dit is bijvoorbeeld het geval in Amerika, waar second opinions worden gereduceerd tot consultaties binnen strikt geformuleerde programma's die bedoeld zijn om de indicaties voor electieve chirurgie door collega-specialisten te toetsen. In de Amerikaanse literatuur is de second opinion dus een helder geformuleerd begrip waarbij uitsluitend de juistheid van de indicatie tot chirurgische interventie wordt getoetst. Andere, niet door verzekeraars geïnitieerde second opinions zullen in Amerika ongetwijfeld ook voorkomen, hier is echter nooit over gepubliceerd.

In Nederland wordt niet alleen na een operatieadvies een second opinion aangevraagd, maar juist ook na voorstel tot expectatief beleid of conservatieve behandeling.

Het begrip second opinion heeft hierdoor in ons land een grotere bandbreedte. Voor zover ons bekend, wordt in de literatuur geen definitie voor second opinion beschreven die toepasbaar is op de Nederlandse situatie. Om die reden hebben we ten behoeve van dit onderzoek een eigen definitie voor second opinions moeten ontwikkelen.

In onze studie is een second opinion of tweede mening als volgt gedefinieerd:

'een consult waarbij een patiënt binnen 2 jaar na het eerste consult voor dezelfde klachten door een tweede specialist van tenminste hetzelfde deskundigheidsniveau wordt gezien om een onafhankelijke mening over de diagnose c.q. het therapievoorstel van een eerste specialist te geven'.

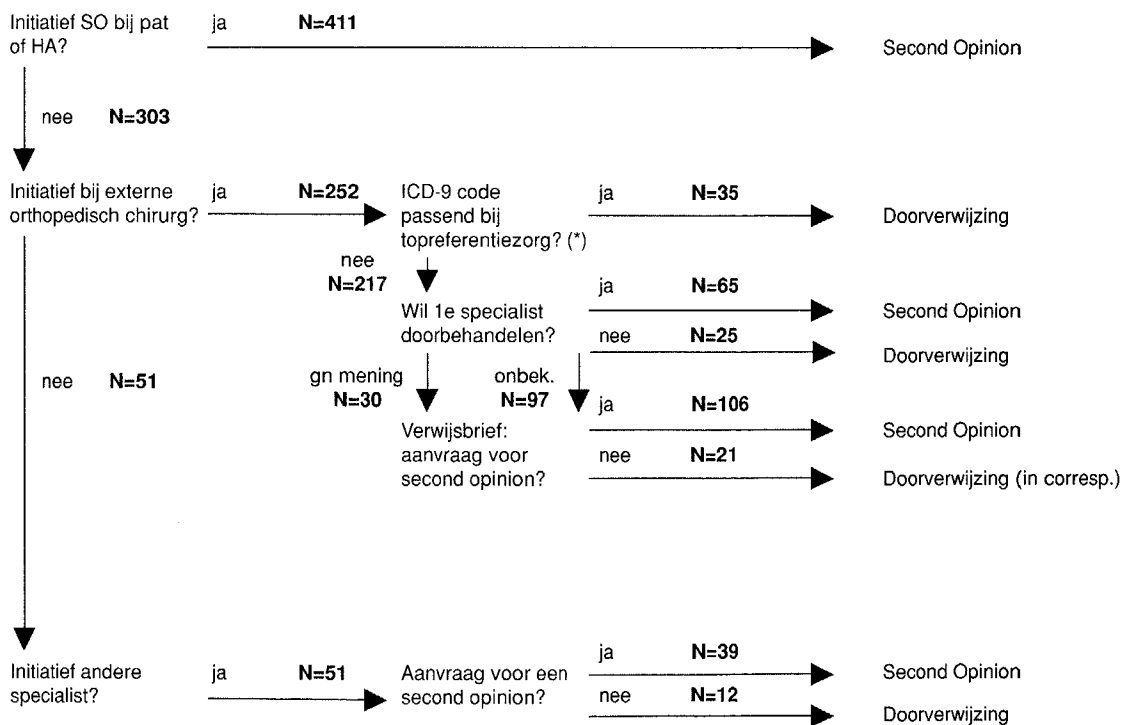
Er wordt in dit onderzoek een onderscheid gemaakt tussen een second opinion en een doorverwijzing.^{12,13} Indien de eerste opinie arts een diagnose stelt die door hem of haar niet kan worden behandeld, wordt dat in deze studie als een doorverwijzing gedefinieerd. Doorverwijzingen ontstaan voornamelijk doordat niet-orthopedische specialisten patiënten doorsturen met de vraagstelling of er een indicatie bestaat voor een orthopedische behandeling, of doordat perifere orthopeden patiënten doorsturen met aandoeningen die een behandeling behoeven in de derde-lijns zorg.

In de praktijk blijkt het lastig om in onze studie op groepsniveau een scherp onderscheid te maken tussen een doorverwijzing en een second opinion, er bestaat een grijs gebied tussen de twee. Bovendien zijn patiënten, eerste opinie artsen en tweede opinie artsen het vaak onderling niet eens over de vraag of er sprake is van een tweede mening of een doorverwijzing. Daarnaast blijken eerste opinie en tweede opinie artsen niet altijd hetzelfde doel voor ogen te hebben: soms wil de eerste opinie arts zelf verder behandelen, maar vindt de tweede opinie arts dat hij/zij de behandeling moet overnemen. Ook komt het regelmatig voor dat de eerste opinie arts de patiënt wil doorverwijzen voor verdere behandeling, maar dat de tweede opinie arts de patiënt terugstuurt naar de eerste. Verwijsbrieven geven niet altijd voldoende duidelijkheid over wie de vervolgbehandeling op zich zou moeten nemen.

Omdat op voorhand werd verwacht dat het moeilijk zou zijn om een scherp onderscheid te maken tussen doorverwijzingen en second opinions, zijn in eerste instantie alle patiënten geïncludeerd die binnen 2 jaar na het eerste consult voor dezelfde klachten een

tweede specialist raadpleegden. De selectie tussen de werkelijke second opinions en doorverwijzingen op individueel niveau is later verricht. Een belangrijk selectiecriteria hierbij was de initiatiefnemer van de second opinion. Het initiatief van de second opinion kan bij de patiënt, de huisarts, de behandelend specialist of bij een verzekeringsmaatschappij liggen. Wanneer het initiatief bij de patiënt of huisarts ligt, is er volgens onze definitie sprake van een second opinion. Komt het initiatief van een (andere) specialist, dan is het vaststellen van een second opinion wat complexer. Vaak wordt er in de verwijsbrief niet expliciet om een second opinion of doorverwijzing gevraagd. Voor het onderscheid tussen doorverwijzing en second opinion, hebben we de poliklinische diagnose van de patiënt (de ICD-9 code) en het antwoord van de eerste specialist op de vraag wie de vervolgbehandeling op zich zou moeten nemen, meegewogen (figuur 1).

Overigens is niet altijd eenduidig vast te stellen wie nu eigenlijk de initiatiefnemer is geweest. De huisarts, maar ook de behandelend specialist kunnen bijvoorbeeld soms onder zachte druk van de patiënt



(*) afhankelijk van zorginstelling eerste specialist

Figuur 1. Stroomdiagram van doorverwijzingen en second opinions.

hebben besloten dat een second opinion geïndiceerd was. Deze invloed van de patiënt op de arts is in deze studie niet verder onderzocht.

Doordat het initiatief bij verschillende groepen kan liggen, bestaat er waarschijnlijk geen homogene onderzoekspopulatie. Het onderzoek zal moeten uitwijzen of de groepen met elkaar vergelijkbaar zijn.

OPZET VAN DE STUDIE

De studie wordt verricht in nauwe samenwerking met het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), en het Noordelijke Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (NCG) van de Rijksuniversiteit te Groningen.

Er is gekozen voor een longitudinaal observationeel cohort onderzoek met ambispectieve timing (deels retrospectief, deels prospectief). Naast empirisch onderzoek is gebruik gemaakt van reeds bestaande (schaarse) literatuur, met name om te toetsen in hoeverre de data uit dit onderzoek overeenstemmen met andere studies.

Het onderzoek beoogt meer inzicht te verkrijgen in het verschijnsel second opinion in de orthopedische praktijk door middel van de volgende vragen:

- hoe vaak komen second opinions voor binnen de orthopedie en om wat voor soort patiënten gaat het?
- wat zijn de motieven geweest om een second opinion aan te vragen en wie was de aanvrager?
- heeft de second opinion invloed gehad op de besluitvorming van de patiënt en op de behandelingsstrategie van de artsen?
- wat is het uiteindelijke effect van de second opinion?
- wat zijn de effecten van de second opinions op de kosten in de gezondheidszorg, werken ze kostenverhogend of juist kostenverlagend?

Één jaar lang is aan alle nieuwe patiënten die op de polikliniek Orthopedie van het AZG kwamen, gevraagd een vragenlijst in te vullen en een informed consent te ondertekenen. Alle nieuwe patiënten kregen dezelfde vragenlijst, de second opinion patiënten kregen nog enkele additionele vragen. De first opinion patiënten zijn gebruikt als referentiegroep. De referentiegroep is een heterogene groep, waarvan een deel in de toekomst mogelijk zelf een second opinion zal aanvragen.

De vragenlijst bevatte 40 gesloten meerkeuze vragen voor de first opinion patiënten en 9 extra gesloten meerkeuzevragen voor de second opinion patiënten.

Naast persoonlijke achtergrondgegevens is gevraagd naar de 'ervaren gezondheid' door middel van de RAND 36, naar functionele klachten door middel van de VOEG-lijst, naar medische consumptie en ziekteverzuim, en naar de aard, duur, ernst en beloop van de klachten. In de aanvullende vragenlijst voor de second opinion patiënten is onder meer gevraagd hoe het contact met de eerste opinion arts is verlopen, en naar de motieven om een second opinion aan te vragen.

De artsen op de polikliniek van het AZG vulden bij alle second opinion patiënten een vragenlijst in. Hierin werd onder andere gevraagd naar het diagnostisch onderzoek dat eerder was verricht, naar het resultaat van eerdere behandelingen, en of zij (de artsen) van mening waren dat er sprake was van een andere diagnose en/of er een ander beleid moest worden gehanteerd. Tevens werd gevraagd wie de vervolgbehandeling op zich zou moeten nemen.

Indien de second opinion patiënt hierin had toegestemd, kreeg de eerste opinie arts een vragenlijst toegestuurd. De eerste opinie arts werd onder andere gevraagd of hij/zij op de hoogte was van deze second opinion, en naar de mogelijke motieven die hiertoe hadden geleid.

De second opinion patiënten kregen 4 weken na afronding van het consult een eerste vervolgvragenlijst toegestuurd. Met deze vervolgvragenlijst wordt inzicht verkregen in de mate van tevredenheid van de patiënt over de second opinion.

Één jaar na het polikliniekbezoek werd een tweede vervolgvragenlijst verstuurd, met de vraag welke therapie uiteindelijk werd uitgevoerd en of de patiënt tevreden was over het resultaat van de behandeling. Om de verandering in de algemene gezondheidstoestand na een jaar te meten, werd in deze vragenlijst wederom een RAND 36 toegevoegd. Deze 1-jaars controle wordt in augustus 1998 afgerond.

Dit onderzoek wordt uitsluitend verricht in het AZG te Groningen, reden om te controleren of het percentage second opinion patiënten in de orthopedie overeenkomt met andere (academische) ziekenhuizen. Hiervoor is gedurende een periode van 3 maanden (1 april 1997 - 1 juli 1997) een steekproef verricht op de polikliniek orthopedie van het VU ziekenhuis te Amsterdam. Sedert enkele jaren wordt daar gebruik gemaakt van een pre-registratie systeem waarbij alle nieuw verwezen patiënten enkele weken voorafgaand aan hun polikliniekbezoek een vragenlijst moesten invullen. Hierin wordt onder andere gevraagd door wie de patiënt verwezen is, en of eerdere diagnostiek c.q. behandeling door een specialist voor dezelfde klachten heeft plaatsgevonden. Op deze manier wordt alleen inzicht verkregen in het

percentage patiënten dat zich reeds eerder specialistisch had laten behandelen voor dezelfde klachten, met dit registratiesysteem kan echter geen onderscheid worden gemaakt tussen doorverwijzing en second opinion.

Tijdens de gemeten periode bedroeg het percentage nieuwe patiënten in het VU-ziekenhuis, dat zich reeds eerder specialistisch had laten behandelen voor dezelfde klachten, 20,6%. Dit percentage komt goed overeen met het over een heel jaar in het AZG gemeten percentage (19,6%). In het AZG kwam 85% van deze patiënten voor een second opinion, van het VU ziekenhuis is dit percentage niet bekend.

CONCLUSIE

Uit de eerste resultaten van onze studie blijkt dat een substantieel deel van de poliklinische academische zorg wordt gebruikt voor second opinions. Desondanks zijn er nog steeds weinig gegevens bekend over de omvang van het fenomeen, over de effecten van second opinions op de besluitvorming van patiënt en arts, en over het effect op de kosten-beheersing binnen de gezondheidszorg. Bovendien worden nog geen duidelijke eisen gesteld aan de indicaties en de kwaliteit van tweede meningen. Gezien het beperkte budget en de daaruit voortvloeiende wachttijden binnen de orthopedie, wordt het dringend tijd om te onderzoeken of second opinions bijdragen aan een doelmatig gebruik van onze zorg.

Eerst moest het begrip second opinion exact gedefinieerd worden binnen de Nederlandse context. Een probleem daarbij is dat de scheidslijn tussen second opinions en doorverwijzingen momenteel nog niet erg gemakkelijk te trekken valt.

Een aantal van de doorverwijzingen zijn in het kader van de studies naar doelmatigheid in de orthopedische zorg ook een nadere beschouwing waard. In onze studie blijkt dat ongeveer 6% van de onderzoekspopulatie een aandoening heeft die geen behandeling behoeft in de derde-lijns zorg, en toch op initiatief van een orthopedisch chirurg wordt doorverwezen. Wat zijn hiervoor de indicaties geweest?

Ook blijken er patiënten met aandoeningen, die behandeling behoeven in de derde-lijns zorg, naar het AZG te worden verwezen door andere derde-lijns centra.

Wij beogen met onze studie een duidelijker onderscheid te kunnen maken tussen doorverwijzingen en second opinions, en meer inzicht te krijgen in de omvang en de waarde van de second opinion voor de orthopedische praktijk. Daarnaast hopen we een steentje te kunnen bijdragen aan het ontwikkelen van richtlijnen voor second opinions, en de omgangsregels die daarbij zouden moeten gaan gelden.

LITERATUUR

1. Sutherland LR, Verhoef MJ. Why do patients seek a second opinion or alternative medicine? *J Clin Gastroenterol* 1994;19(3):194-7.
2. Tyson TJ. The evaluation and monitoring of medicaid second surgical opinion program. *Evaluation and program planning* 1985;8:207-15.
3. Bar E. [Second opinion—from the medical insurance viewpoint]. *Swiss Surg* 1996;2(4):163-6.
4. Schachter M, Oppenheimer G, Cannoodt L, Sieverts S. Evaluation of a surgical second opinion program. *QRB Qual Rev Bull* 1983;9(1):11-9.
5. Martin SG, Shwartz M, Whalen BJ, D'Arpa D, Ljung GM, Thorne JH, McKusick AE. Impact of a mandatory second-opinion program on medicaid surgery rates. *Med Care* 1982;20(1):21-45.
6. McCarthy EG, Widmer GW. Effects of screening by consultants on recommended elective surgical procedures. *N Engl J Med* 1974;291(25):1331-5.
7. Grafe WR, McSherry CK, Finkel ML, McCarthy EG. The Elective Surgery Second Opinion Program. *Ann Surg* 1978;188(3):323-30.
8. Hempel K, Weissauer W. [The "second opinion": a workshop of the Professional Society of German Surgeons, 17 November 1989, in Hamburg]. *Chirurg* 1990;61(2):Suppl-20.
9. Weissauer W. [The "second opinion": a workshop of the Professional Society of German Surgeons, 17 November 1989, in Hamburg. Legal medical aspects of section 137 paragraph 5 of the Federal Penal Code V]. *Chirurg* 1990;61(2):Suppl-9.
10. Hempel K, Rutkow IM. Zum problem der "second opinion". *Erfahrungen in den USA*. *Chirurg* 1990;61(2):13-5.
11. Frei A. [Second opinion in Switzerland. Design of program and evaluation study]. *Swiss Surg* 1996;2(4):145-7.
12. Holdrinet RS. [A special consultation; a closer look at 'second opinion']. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1989;133(26):1310-3.
13. Holdrinet RS. [A second opinion?]. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1988;132(21):950-2.

A067126170
NCC/IBL AANVRAAGBON



KOPIE PERIODIEK

(1)
01-08-2002

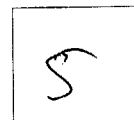
Datum indienen : 31-07-2002 16:07 25331 Clearing House
Datum plaatsen : 31-07-2002 16:07
Aanvrager : 3236
Aanvraagident :
Aanvragerident :
Eindgebruiker :

Telefoonnummer : 030-2319946
Cooperatiecode : R

Leverwijze : E-Mail
Fax :
Ftp :
E-Mail : bibliotheek@nivel.nl
Ariel :

114272557 ; TE 11243 ; depot ; 1994 V1 1 -

(1) [] Origineel gestuurd	(6) [] Niet beschikbaar
(2) [] Copie gestuurd	(7) [] Uitgeleend
(3) [] Overige	(8) [] Wordt niet uitgeleend
(4) [] Nog niet aanwezig	(9) [] Bibliografisch onjuist
(5) [] Niet aanwezig	(0) [] Bij de binder



A067126170
NCC/IBL AANVRAAGBON

Verzamelnota volgt.
KOPIE PERIODIEK

01-08-2002

Datum indienen : 31-07-2002 16:07	6607	STICHTING NIVEL	Aantal
Datum plaatsen : 31-07-2002 16:07		BIBLIOTHEEK	
Aanvrager : 3236		POSTBUS 1568	
Aanvraagident :		3500 BN UTRECHT	
Aanvragerident :		tav	
Eindgebruiker :			

PPN Titel : 114272557
Titel : Nederlands tijdschrift voor orthopaedie : officieel orgaan
: van de Nederlandse Or
Auteur :
Deel/Supplem. :
Corporatie : Nederlandse Orthopaedische Vereniging
Jaar/Editie : 1994
Uitgave : Almere PMSI Bugamor
Serie/Sectie :
Pag-ISSN/ISBN : 1380-653X

114272557 ; TE 11243 ; depot ; 1994 V1 1 -

Jaar : 1998-00-00
Volume : 5
Aflevering :
Auteur : Dalen, I.V. van e.a.
Artikel : Second opinions in de Orthopedie
Bladzijden : 35-39
Bron :
Opmerking : publicat

1-8-2002