



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de minister van Volksgezondheid  
Welzijn en Sport  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

0530.2014163231

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

Eekholt 4  
1112 XH Diemen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
[www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl)  
[info@zinl.nl](mailto:info@zinl.nl)

T +31 (0)20 797 89 59

**Contactpersoon**

Datum 6 januari 2015  
Betreft Rapport Second opinion in de Zorgverzekeringswet

**Onze referentie**  
2014163231

Geachte mevrouw Schippers,

Hierbij zenden wij u het vandaag vastgestelde rapport Second opinion in de Zorgverzekeringswet.

In 2010 heeft het CVZ (sinds 1 april 2014 Zorginstituut Nederland) in een standpunt geconcludeerd dat een second opinion onder bepaalde voorwaarden een te verzekeren prestatie is die ten laste van de basisverzekering mag worden gebracht.

Het Zorginstituut is van mening dat dit standpunt kan standhouden. De hierin gestelde voorwaarden voor een vergoeding van een second opinion kunnen van kracht blijven en hoeven niet te worden aangescherpt. Het heffen van een eigen bijdrage is niet wenselijk omdat het de toegankelijkheid voor patiënten verlaagt. Overbodige second opinions kunnen worden beperkt door gepast gebruik te bevorderen. In dit rapport worden aanbevelingen gedaan voor gepast gebruik van de second opinion.

We vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp  
*Voorzitter Raad van Bestuur*



Zorginstituut Nederland

## Second opinion in de Zorgverzekeringswet

Datum      6 januari 2015  
Status      Definitief



## Colofon

Contactpersoon            mw. mr. B. Blekkenhorst, mw. dr. J.S. Frankema-Mourer

Afdeling                    Sector Zorg

Uitgebracht aan            De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



## Inhoud

### **Colofon—1**

### **Samenvatting—5**

#### **1 Inleiding—7**

- 1.1 Aanleiding pakketadvies—7
- 1.2 Wat is een second opinion?—7
- 1.3 Overige definities—7
- 1.4 Behoort een second opinion tot de te verzekeren prestaties van de Zvw?—7
- 1.5 Aan welke voorwaarden moet een second opinion voldoen?—8
- 1.6 Recht op second opinion vanuit WGBO—8
- 1.7 Leeswijzer—8

#### **2 Beantwoording van vragen van de Minister—9**

- 2.1 Inleiding—9
- 2.2 Wat zijn de grenzen van de aanspraak op een second opinion, zoals nu opgenomen in het basispakket?—9
- 2.3 Hoe is het gebruik van de second opinion in de praktijk?—9
  - 2.3.1 Voorwaarden in de praktijk—9
  - 2.3.2 Aantal second opinions—10
  - 2.3.3 Motieven van patiënt—11
  - 2.3.4 Effecten van second opinion—11
  - 2.3.5 Herhaalde consulten—12
  - 2.3.6 Alternatieven van second opinion—13
  - 2.3.7 Conclusie—13
- 2.4 Moeten de voorwaarden voor vergoeding van een second opinion worden aangescherpt, rekening houdend met de uitvoerbaarheid van deze aanscherping?—13
  - 2.4.1 Wijziging van de regelgeving—14
  - 2.4.2 Conclusie—14
- 2.5 Is er een wijze waarop gepast gebruik van de second opinion, op een andere wijze dan aanscherping van de voorwaarden, verbeterd kan worden?—15
  - 2.5.1 Zorgaanbieders—15
  - 2.5.2 Zorgverzekeraars—16
  - 2.5.3 Overige mogelijkheden voor het bevorderen van gepast gebruik—17

#### **3 Externe consultatie en Adviescommissie Pakket—19**

- 3.1 Externe consultatie—19
- 3.2 Adviescommissie Pakket—23

#### **4 Conclusie over de te verzekeren zorg: gepast gebruik van een second opinion—25**

- 4.1 Standpunt—25
- 4.2 Aanbevelingen tot gepaster gebruik—25

#### **Literatuurlijst—27**

#### **Bijlage 1: analyse aantal second opinions volgens DIS data—29**

#### **Bijlage 2: overzicht nationale studies over second opinion sinds 2000—31**



## Samenvatting

In 2010 heeft het CVZ (sinds 1 april 2014 Zorginstituut Nederland) in een standpunt geconcludeerd dat een second opinion onder bepaalde voorwaarden een te verzekeren prestatie is die ten laste van de basisverzekering mag worden gebracht. In antwoord op een oproep van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om mee te denken over alternatieven voor noodzakelijke pakketmaatregelen hebben meerdere partijen in de zorg het voorstel gedaan de second opinion (deels) uit het basispakket te schrappen of er een eigen bijdrage voor te vragen. Naar aanleiding van dit voorstel heeft de Minister in haar brief van 20 december 2013 aan het Zorginstituut vragen gesteld over de mogelijke aanscherping van de voorwaarden van de second opinion en de verbetering van gepast gebruik hiervan.

Het Zorginstituut is van mening dat verzekerden het recht op vergoeding van een second opinion ten laste van de zorgverzekering moeten behouden. Het aanvragen van een second opinion is een recht van de patiënt, voortvloeiend uit de WGBO en opgenomen in de modelregeling arts-patiënt. Verder kunnen second opinions bijdragen aan de kwaliteit van zorg en gepast gebruik van behandelingen bevorderen. Ze kunnen leiden tot wijziging van de diagnose en/of het behandeladvies en verbetering van de patiënttevredenheid. Second opinions kunnen echter onnodig worden aangevraagd en extra zorgkosten met zich meebrengen.

Het standpunt uit 2010 over de second opinion kan naar de mening van het Zorginstituut standhouden. De hierin gestelde voorwaarden voor een vergoeding van een second opinion kunnen van kracht blijven en hoeven niet te worden aangescherpt. Het heffen van een eigen bijdrage is niet wenselijk omdat het de toegankelijkheid voor patiënten verlaagt. Overbodige second opinions kunnen worden beperkt door gepast gebruik te bevorderen. In dit rapport worden aanbevelingen gedaan voor gepast gebruik van de second opinion. Hier hebben zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars een belangrijke rol in. Zo is goede communicatie tussen de arts en de patiënt met voldoende voorlichting een essentieel onderdeel in het vermijden van onnodige second opinions. Tevens kunnen zorgverzekeraars in de zorgverzekering aanvullende voorwaarden aan de second opinion stellen. Het is ook mogelijk dat de ontwikkeling van een specialisme overstijgende landelijke richtlijn door de betrokken partijen een bijdrage kan leveren aan gepast gebruik van de second opinion.





## 1 Inleiding

### 1.1 Aanleiding pakketadvies

In 2010 heeft het CVZ (sinds 1 april 2014 Zorginstituut Nederland) een standpunt uitgebracht over de plaats van de second opinion in de Zorgverzekeringswet. De conclusie was dat een verzekerde onder bepaalde voorwaarden recht heeft op (vergoeding van) een second opinion ten laste van de zorgverzekering. Op 10 februari 2013 heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het televisieprogramma 'Buitenhof' aan verschillende partijen in de zorg een oproep gedaan om mee te denken over alternatieven voor noodzakelijke pakketmaatregelen. In antwoord op deze oproep hebben meerdere partijen in de zorg aangegeven, dat een wijziging in de aanspraak op de second opinion een besparingsmogelijkheid kan zijn. Naar aanleiding van deze suggesties heeft de minister vragen gesteld aan het Zorginstituut over mogelijke aanscherping van de voorwaarden voor vergoeding van de second opinion en verbetering van gepast gebruik hiervan.

### 1.2 Wat is een second opinion?

Een *second opinion* is het vragen om een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose/voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is binnen hetzelfde medisch specialisme/vakgebied als de eerste geconsulteerde arts. De patiënt heeft het verzoek in gang gezet en gaat uiteindelijk met de second opinion terug naar de eerste arts voor de verdere behandeling.

### 1.3 Overige definities

Omdat in de praktijk de term 'second opinion' wordt verward en overeenkomsten vertoont met 'overname van de behandeling' en andere verwijzingen, zijn de verschillende definities op een rij gezet.

Indien de verzekerde na de second opinion de behandeling door de tweede arts wil laten overnemen, wordt niet gesproken van een second opinion maar van *overname van de behandeling*.

Een *third opinion* en verder is een consult door een derde, onafhankelijke arts van hetzelfde specialisme/vakgebied, waarbij de diagnose of het behandelplan van de eerste arts opnieuw getoetst wordt.

Een *tertiaire verwijzing* is een door de arts geïnitieerde beoordeling van de gestelde diagnose/voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de initiële arts, vanwege onvoldoende expertise of twijfel over een diagnose/behandeling.

### 1.4 Behoort een second opinion tot de te verzekeren prestaties van de Zvw?

Een second opinion kan gezien worden als een eerste consult bij een tweede arts. Een dergelijk consult – het raadplegen van een arts met betrekking tot een bij de verzekerde gerezen zorgvraag – is zorg die tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet (Zvw) behoort. Het consult moet dan wel te scharen zijn onder één van de in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) opgenomen omschrijvingen. In dit kader is met name artikel 2.4, eerste lid, van het Bzv van belang. Daarin wordt de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' omschreven:

“Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (.....)”. Bij een juiste indicatie kunnen verzekerden onder de basisverzekering aanspraak maken op genoemde zorg. Hierbij geldt nog als voorwaarde dat zij hier naar inhoud en omvang redelijkerwijs op moeten zijn aangewezen zie artikel 2.1, derde lid, van het Bzv.

### **1.5 Aan welke voorwaarden moet een second opinion voldoen?**

Een second opinion is een te verzekeren prestatie die ten laste van de basisverzekering mag worden gebracht, indien is voldaan aan de volgende voorwaarden:

1. Er moet sprake zijn van een verwijzing voor een second opinion door de behandelaar;
2. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg van de verzekerde zoals reeds besproken met de eerste behandelaar, en
3. De verzekerde moet met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.

### **1.6 Recht op second opinion vanuit WGBO**

De rechten en plichten van cliënten en zorgaanbieders (bijvoorbeeld een huisarts of medisch-specialist) zijn onder meer vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Hieruit kan worden afgeleid dat patiënten recht hebben op een second opinion (tweede mening) van een andere deskundige dan de behandelend arts.

De Nederlandse huisartsen en medisch-specialisten hebben samen met de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) het recht op een second opinion opgenomen in de *Modelregeling arts-patiënt*; patiënten zijn te allen tijde gerechtigd een second opinion bij een andere hulpverlener in te winnen (artikel 38). Heeft een patiënt een andere arts benaderd, dan zal hij indien dit redelijkerwijs mogelijk is, zijn behandelend arts hierover en over de eventuele uitkomst, tijdig informeren.

In de *Gedrageregels voor artsen* van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) staat dat de arts die een verzoek krijgt voor een verwijzing ten behoeve van een second opinion dit moet honoreren, tenzij hij daartegen zwaarwegende argumenten heeft die hij gemotiveerd kenbaar maakt.

### **1.7 Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 beantwoorden wij de vragen van de Minister en doen wij aanbevelingen voor gepaster gebruik. In hoofdstuk 3 worden de uitkomsten van de consultatie besproken. Tenslotte komt in hoofdstuk 4 de conclusie aan bod.

## 2 Beantwoording van vragen van de Minister

### 2.1 Inleiding

Naar aanleiding van de oproep in het televisieprogramma 'Buitenhof' begin 2013 en het voorstel van de partijen in de zorg dat een wijziging in de aanspraak op de second opinion een besparingsmogelijkheid kan zijn, heeft de Minister diverse reacties ontvangen.

Uit de brief van 20 december 2013 van de Minister<sup>1</sup>:

*"Door de branches wordt het voorkomen van onnodige second opinion als besparing op het basispakket genoemd. De Orde van Medisch-specialisten heeft het voorstel gedaan de second opinion (deels) uit het basispakket te schrappen of er een eigen bijdrage voor te vragen. Achtergrond daarvan is een onderzoek, waaruit naar voren is gekomen dat een second opinion in minder dan vijf procent van de gevallen tot een nieuwe diagnose leidt en meer dient ter geruststelling van de patiënt. Een andere veldpartij stelt dat een second opinion alleen vergoed zou moeten worden wanneer deze een andere diagnose oplevert dan de eerste. Indien dit niet het geval is, dan zou de patiënt deze second opinion deels of geheel zelf moeten bekostigen."*

De Minister vraagt ons in deze brief om nader in te gaan op de volgende vragen:

- (i) Wat zijn de grenzen van de aanspraak op een second opinion, zoals nu opgenomen in het basispakket?;
- (ii) Hoe is het gebruik van de second opinion in de praktijk?;
- (iii) Moeten de voorwaarden voor vergoeding van een second opinion worden aangescherpt, rekening houdend met de uitvoerbaarheid van deze aanscherping?;
- (iv) Is er een wijze waarop gepast gebruik van de second opinion, op een andere wijze dan aanscherping van de voorwaarden, verbeterd kan worden?

Wij beantwoorden deze vragen in de volgende paragrafen.

### 2.2 Wat zijn de grenzen van de aanspraak op een second opinion, zoals nu opgenomen in het basispakket?

Een second opinion, zoals omschreven in hoofdstuk 1, paragraaf 1.5 is een te verzekeren prestatie ingevolge de Zvw. De hier omschreven voorwaarden vormen de begrenzing van de aanspraak.

### 2.3 Hoe is het gebruik van de second opinion in de praktijk?

#### 2.3.1 Voorwaarden in de praktijk

Na het verschijnen van ons standpunt in 2010 zijn de definitie en voorwaarden van de second opinion alom erkend. De gestelde voorwaarden zijn overgenomen in de polisvoorwaarden van zorgverzekeraars. Daarnaast hebben een aantal verzekeraars aanvullende voorwaarden zoals een toestemmingsvereiste, opgenomen in de modelovereenkomst. De definitie en de gestelde voorwaarden staan eveneens vermeld op de website van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunde (KNMG) en in de informatiebrochure van de Nederlandse

---

<sup>1</sup> 08-01-2014: kenmerk 175993-114038-Z

Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Voor het recht op een vergoeding vanuit de Zvw verwijst de informatiefolder van de NPCF naar de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraars.

### 2.3.2 Aantal second opinions

#### *DBC gegevens*

Om het aantal second opinions in Nederlandse ziekenhuizen inzichtelijk te maken hebben we naar de declaratiegegevens gekeken.

#### *Declaratiewijze: DBC<sup>2</sup>*

Voor 2012 was er in het DBC-Informatiesysteem (DIS) geen apart product aanwezig voor de second opinion als zodanig. In principe ging de declaratie daarom als volgt: (i) Als een verzekerde bij een andere specialist van hetzelfde specialisme van hetzelfde ziekenhuis kwam voor een second opinion, werd geen nieuwe DBC geopend. De second opinion viel binnen de DBC van de hoofdbehandelaar. (ii) Voor de verzekerde die naar een andere specialist in een ander ziekenhuis ging, werd een nieuwe DBC met zorgtype reguliere zorg geopend. In deze situatie was sprake van een eigen zorgvraag bij het tweede ziekenhuis. Er werd een reguliere DBC getypeerd met de best passende diagnose en behandeladvies bij deze nieuwe zorgvraag van de patiënt. Slechts één specialisme kent een specifieke diagnosecode voor een second opinion, namelijk neurochirurgie (diagnose 4835). Plastische chirurgie heeft ook een diagnosecode voor second opinion, maar deze is niet specifiek voor second opinion, omdat hier ook eenmalig complexe consulten van meer dan 20 minuten onder vallen (diagnose 002).

#### *Declaratiewijze: DOT<sup>3</sup>*

Vanaf 2012 is er inhoudelijk niets gewijzigd, maar is er in de DOT-systematiek wel een zorgactiviteit(ZA)-code voor de second opinion in het subtraject van een zorgproduct gekomen (ZA 190022). Deze ZA-code wordt aanvullend geregistreerd en is geen zelfstandig zorgproduct.

Het Zorginstituut heeft in december 2014 op basis van de DIS-gegevens een oriënterende analyse gedaan (zie bijlage 1). Hierbij dient vermeld te worden dat de DIS bestanden over 2012 nog niet compleet waren, omdat slechts 70% van het aantal verwachte zorgproducten over 2012 waren aangeleverd. Derhalve werd een raming voor 2012 gemaakt. Volgens de DIS data is het aantal geregistreerde second opinions bij de neurochirurgie tussen 2009 en 2011 gestegen van 842 naar 1354 (zie bijlage 1 tabel 1).

Volgens de raming werd in 2012 10.401 keer de ZA-code 190022 voor second opinion bij medisch specialistische zorg geregistreerd, waarvan 53% plaatsvond bij de orthopedie, 7% bij de chirurgie, 7% bij inwendige geneeskunde, 6% bij neurologie en 5% bij longziekten (zie bijlage 1 tabel 2). Additioneel werd volgens de raming voor 2012 1.282 keer de diagnosecode 4835 voor second opinion bij neurochirurgie ingevuld.

We achten het aannemelijk dat deze data een onderschatting zijn, omdat de second opinions die binnen hetzelfde specialisme van het hetzelfde ziekenhuis plaatsvonden, niet geregistreerd werden. Verder werden de second opinions voor plastische chirurgie niet meegenomen, omdat deze samen met eenmalig complexe consulten van langer dan 20 min werden geregistreerd.

Tenslotte codeerden waarschijnlijk in 2012 niet alle medisch-specialisten second opinions al structureel in het subtraject van een zorgproduct.

<sup>2</sup> Diagnose Behandelcombinatie: <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/dbc-dossier/>

<sup>3</sup> DBC's Op weg naar Transparantie: <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/dbc-dossier/>

### *Publicaties*

Naast de hiervoor genoemde cijfermatige analyse hebben we in de literatuur naar aantallen in Nederland na 2000 gezocht. Er zijn in de literatuur echter geen data beschikbaar over hoe vaak patiënten in Nederland worden verwezen voor een second opinion en of het aantal in de loop van de tijd is toegenomen.

#### 2.3.3 *Motieven van patiënt*

Bij literatuuronderzoek werden vanaf 2000 vijf gepubliceerde Nederlandse observationele studies naar second opinions gevonden, die de motivatie/verwachtingen van patiënten onderzochten<sup>1-5</sup> (zie Bijlage 2). Twee onderzoeken werden verricht in oncologische centra<sup>2,3</sup>, twee op een afdeling orthopedie en neurologie in een academische ziekenhuis en één in een expertisecentrum voor duizeligheidsklachten van een algemeen ziekenhuis<sup>5</sup>. De meerderheid van de patiënten in een oncologisch centrum (62%) had een interne motivatie d.w.z. behoefte aan bevestiging en meer zekerheid, terwijl de overige patiënten (38%) ook een externe motivatie hadden zoals ontevredenheid over de eerste behandelaar<sup>2</sup>. Uit de verschillende studies blijkt dat de volgende motiverende factoren bij patiënten een rol spelen:

- behoefte aan informatie over de ziekte, behandeling of prognose<sup>1-5</sup>,
- bevestiging of hoop op wijziging van de diagnose of het behandeladvies<sup>1,3,5</sup>,
- behoefte aan geruststelling<sup>3,5</sup>,
- streven naar een actieve rol in besluitvorming<sup>2,3</sup>,
- ontevredenheid over de eerste arts<sup>1,3</sup> of
- geen verbetering van klachten na behandeling<sup>1</sup>.

#### 2.3.4 *Effecten van second opinion*

Vanaf 2000 zijn in de literatuur zeven Nederlandse onderzoeken verschenen die de opbrengst van de second opinion hebben onderzocht<sup>3-11</sup> (zie Bijlage 2). De studies werden in vier expertisecentra verricht, waarvan drie binnen de oncologie<sup>3,4,6-8</sup> en één bij patiënten met duizeligheidsstoornissen in een algemeen ziekenhuis<sup>5</sup>. De andere drie studies hebben poliklinische settings van de afdelingen neurologie<sup>4,7,8</sup> (1) en de algemene interne geneeskunde<sup>9,11</sup> (2) in een academisch ziekenhuis onderzocht. Het betreft observationele studies met risico op vertekening van de resultaten door onder andere selectie van patiënten.

#### *Verandering van diagnose/behandeladvies*

Binnen de studies is veelal onderscheid gemaakt tussen diagnostische en therapeutische second opinions. Bij een diagnostische second opinion wordt om een verklaring van klachten gevraagd die bij eerder onderzoek niet gevonden is. Bij een therapeutische second opinion wil de patiënt een tweede mening over een reeds voorgestelde behandeling. Dit onderscheid is kunstmatig, omdat zorg veelal in een continuüm wordt geleverd.

De opbrengst met betrekking tot de diagnose was wisselend in de verschillende onderzoeken. In de drie oncologische expertisecentra werd slechts in 3-9% van de gevallen een wijziging van de diagnose vastgesteld<sup>3,6,10</sup>. In het expertisecentrum voor duizeligheidsstoornissen werd de diagnose echter frequent, namelijk bij 52%, veranderd<sup>5</sup>. Binnen de afdelingen interne geneeskunde waren de percentages patiënten met nieuwe diagnoses laag, namelijk 10%<sup>9</sup> en 12%<sup>11</sup>, terwijl het percentage van 33% op een polikliniek neurologie hoger was<sup>7</sup>.

Second opinions resulteerden relatief vaker in wijziging van behandeladviezen, die varieerden van beperkte tot grote veranderingen. In de oncologische expertisecentra was dit het geval bij respectievelijk 22%<sup>3</sup>, 32%<sup>10</sup> en 50%<sup>6</sup>. Bij het

duizeligheidscentrum ontving 60% van de patiënten een nieuw handeladvies<sup>5</sup>. In de studies op de poliklinieken algemene interne geneeskunde en neurologie werd bij respectievelijk 71%<sup>11</sup> en 48%<sup>8</sup> een andere behandeling geadviseerd. Bij deze resultaten moet de kanttekening geplaatst worden, dat een aanpassing van de diagnose en/of behandeling niet per definitie betekent dat de bevindingen van de initiële behandelaar onjuist waren. Bij doorverwijzing naar academische ziekenhuizen of expertise centra zijn de aanwezigheid van nieuwere technieken en specialisatie gunstig voor de diagnostiek en behandeling van patiënten<sup>6</sup>. Een deel van de wijzigingen kan echter berusten op interobserver variatie<sup>10</sup>. Een second opinion is een mening, die berust op de interpretatie en weging van de klinische gegevens en psychosociale patiëntkenmerken<sup>10</sup>. Daarnaast spelen expertise en persoonlijkheidskenmerken van de arts een rol<sup>10</sup>. Bij meerdere therapeutische mogelijkheden kan de second opinion-arts niet voor de standaard therapie kiezen, omdat hij die minder geschikt vindt voor de desbetreffende patiënt<sup>10</sup>.

#### *Gepast gebruik van behandelingen*

Uit bovenstaande onderzoeken kan geconcludeerd worden, dat een therapeutische second opinion een nuttig effect kan hebben op gepast gebruik van behandelingen. Doordat de second opinion wordt verricht door een tweede onafhankelijke arts worden het stellen van de indicatie en het uitvoeren van de behandeling door de eerste arts gescheiden. De second opinion kan derhalve ingezet worden als selectie voor zeer belastende of kostbare therapieën. Wellicht is het meer voor de hand liggend dat de tertiaire verwijzing hiervoor gebruikt wordt, waarbij het initiatief niet van de patiënt uitgaat, maar van de behandelend arts.

#### *Tevredenheid van patiënten*

In drie studies werd de tevredenheid van de patiënten na een second opinion beoordeeld met vragenlijsten of enquêtes<sup>3,4,7,9</sup>. In een oncologisch expertisecentrum was 83% van de patiënten tevreden dat zij een second opinion hadden aangevraagd<sup>3</sup>. Onderzoek op een polikliniek algemene interne geneeskunde liet zien dat patiënten met een nieuwe diagnose significant meer tevreden waren over de zorg ten opzichte van de patiënten die geen nieuwe diagnose ontvingen van de tweede behandelaar<sup>9</sup>. Communicatieve vaardigheden van de arts en de mate van geruststelling van de patiënt correleerden significant met de algemene tevredenheid<sup>9</sup>.

Op een polikliniek neurologie werd de tevredenheid bij patiënten met een second opinion voor en na het consult en na een langere follow-up van 2 jaar gemeten<sup>4,7</sup>. Hieruit bleek dat patiënten direct na het consult meer tevreden waren over de tweede arts dan over de eerste arts<sup>4</sup>. Niet een nieuwe diagnose, maar de hoeveelheid informatie en mate van emotionele ondersteuning gaf aanleiding tot meer tevredenheid. De tevredenheid was echter niet blijvend en na 2 jaar weer gedaald tot het uitgangsniveau<sup>7</sup>.

#### *2.3.5 Herhaalde consulten*

Er zijn patiënten, die uit ontevredenheid na een tweede mening herhaalde meningen (third opinion of meer) blijven vragen of die herhaaldelijk wisselen van behandelend medisch-specialist (overname van behandeling op initiatief van de patiënt) met betrekking tot dezelfde zorgvraag. In de internationale literatuur wordt ook wel van "doctor shopping" gesproken.

In twee studies werd nagegaan of patiënten na het halen van de second opinion opnieuw een consult bij een andere behandelaar hadden gevraagd<sup>7,9</sup>. Na een second opinion op een polikliniek algemene interne geneeskunde raadpleegde 28% van de patiënten een andere behandelaar, waarvan 50% een arts<sup>9</sup>. Deze patiënten waren significant minder gerustgesteld na de tweede mening.

Na een second opinion op een polikliniek neurologie bezocht 30% een andere hulpverlener, waarvan 31% een medisch-specialist en 17% de huisarts<sup>7</sup>. Van deze patiënten had 59% lichamelijk onverklaarde klachten of een psychiatrische aandoening. Naast artsen werden in beide studies ook andere hulpverleners bezocht (zoals alternatieve genezers, fysiotherapeuten en psychologen)<sup>7,9</sup>.

### 2.3.6 *Alternatieven van second opinion*

De zorgverzekeraars houden zich bezig met alternatieven voor de reguliere second opinion. Zo kwam een zorgverzekeraar in 2013 met het plan van een 'light versie' van de second opinion. Het ging om een goedkopere variant waarbij patiënten online en/of telefonisch advies konden krijgen van gepensioneerde artsen, maar dit is (nog) niet geïntroduceerd. Sinds 2007 kan vanuit de aanvullende verzekering bij een aantal zorgverzekeraars aanspraak gemaakt worden op een alternatieve second opinion via de organisatie 'Best Doctors'. Patiënten kunnen hun zorgvraag via een medewerker voorleggen aan een (inter)nationale medisch-specialist, die expert is op een bepaald gebied, waarna de organisatie in een schriftelijk rapport de second opinion levert.

### 2.3.7 *Conclusie*

Op basis van DIS gegevens uit 2012, die nog niet volledig zijn, kan geconcludeerd worden dat het aantal second opinions dat verricht wordt in Nederland niet hoog is, afgezet tegen de totale zorguitgaven. Waarschijnlijk zijn deze data een onderschatting van het werkelijke aantal second opinions. Verder blijkt uit DIS gegevens dat het aantal second opinions bij neurochirurgie is toegenomen tussen 2009 en 2011. We nemen aan, dat ook bij andere medisch specialismen frequenter second opinions worden verricht gezien maatschappelijke ontwikkelingen, waarbij de patiënt steeds beter geïnformeerd is en mondiger wordt. Er is slechts een beperkt aantal observationele studies beschikbaar over het gebruik en de opbrengst van second opinions in geselecteerde patiëntengroepen in Nederland, waarbij enkele van deze studies tegenstrijdige resultaten hebben. Onderzoek in (oncologische) expertisecentra en een aantal poliklinieken van academische ziekenhuizen laat zien, dat second opinions waardevol kunnen zijn. Second opinions kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zorg, doordat ze kunnen resulteren in veranderingen van diagnose en/of behandeladvies. Bovendien ontstaat meer tevredenheid bij patiënten over de zorg na het consult, omdat ze meer informatie over de diagnose of behandeling krijgen, gerustgesteld worden of de tweede arts goed met hen communiceert. Daarnaast kan een (therapeutische) second opinion ook gepast gebruik van behandelingen bevorderen. Uit de literatuur komen echter ook een aantal beperkingen van de second opinion naar voren. Ten eerste kan vooral de diagnostische opbrengst in bepaalde poliklinische settings laag zijn. Ten tweede is de tevredenheid van de patiënt na een tweede mening niet per se blijvend. Een deel van de patiënten bezoekt opnieuw een hulpverlener omdat ze ontevreden blijven of onvoldoende gerustgesteld zijn. Het is daarom van belang van tevoren de verwachtingen van de patiënt te beoordelen op haalbaarheid.

## **2.4 Moeten de voorwaarden voor vergoeding van een second opinion worden aangescherpt, rekening houdend met de uitvoerbaarheid van deze aanscherping?**

De voorwaarden voor vergoeding van een second opinion zoals besproken in hoofdstuk 1, paragraaf 1.5 lenen zich niet voor verdere aanscherping. De



voorwaarden zijn duidelijk en door bijna alle zorgverzekeraars als zodanig opgenomen in de modelpolis. Wel is het mogelijk de toegang tot de second opinion via wijziging van de regelgeving aan te scherpen.

#### 2.4.1 *Wijziging van de regelgeving*

Er zijn een aantal mogelijkheden om de second opinion via regelgeving te bespreken.

##### *Eigen bijdrage*

Het is mogelijk een verplichte eigen bijdrage te introduceren voor het uitvoeren van een second opinion. Het heffen van een dergelijke bijdrage vergt een aanpassing van de regelgeving. Voor welke zorgvormen een eigen bijdrage is vereist, is nu limitatief omschreven in de Regeling zorgverzekering (Rzv).<sup>4</sup> De bevoegdheid om voor aangewezen zorgvormen een eigen bijdrage bij ministeriële regeling vast te stellen is omschreven in het Bzv.<sup>5</sup> Het heffen van een eigen bijdrage heeft als nadeel dat een second opinion minder toegankelijk wordt voor patiënten met lagere inkomens. De invoer van een eigen bijdrage zal naar verwachting dan ook veel maatschappelijke weerstand met zich meebrengen. Verder leidt het heffen van een eigen bijdrage tot administratieve lastenverzwaring en daarmee tot extra uitvoeringskosten. Het is niet zeker of deze uitvoeringskosten zich in positieve zin verhouden tot de besparing die het heffen van een eigen bijdrage met zich meebrengt.

##### *Inperken van de aanspraak op een second opinion*

De aanspraak op een second opinion kan beperkt worden door in de regelgeving vast te leggen dat een patiënt maximaal 1 of 2 keer recht heeft op (vergoeding van) een second opinion voor dezelfde zorgvraag. Dit vergt een aanpassing van de regelgeving, terwijl het aantal opinions voor dezelfde zorgvraag ook beperkt kan worden door gepast gebruik van second opinions. Hier komen we in paragraaf 2.5 op terug.

#### 2.4.2 *Conclusie*

Het Zorginstituut is van mening dat de voorwaarden voor de second opinion duidelijk genoeg gesteld zijn. Er zijn mogelijkheden om de toegang via de regelgeving te beperken, maar we vinden dat dit niet wenselijk om meerdere redenen. Het aanvragen van een second opinion is een recht, zoals afgeleid uit de WGBO en opgenomen in de modelregeling arts-patiënt. Bij het heffen van een eigen bijdrage, zal een second opinion niet meer voor iedere patiënt toegankelijk zijn. Verder kunnen second opinions bijdragen aan de kwaliteit van zorg en gepast gebruik van behandelingen. Ze kunnen leiden tot wijziging van de diagnose en/of behandeling en zorgen voor een significante verbetering van de patiënttevredenheid. Desalniettemin kunnen second opinions onnodig worden aangevraagd en extra zorgkosten met zich meebrengen en moet gepast gebruik hiervan bevorderd worden.

<sup>4</sup> Artikelen 2.31 tot en met 2.33 en artikelen 2.36 en 2.37 van de Regeling zorgverzekering.

<sup>5</sup> Artikel 2.16f van het Besluit zorgverzekering

## **2.5 Is er een wijze waarop gepast gebruik van de second opinion, op een andere wijze dan aanscherping van de voorwaarden, verbeterd kan worden?**

We bespreken de verschillende mogelijkheden voor het bevorderen van gepast gebruik van de second opinion.

### *2.5.1 Zorgaanbieders*

#### *Communicatie tussen arts en patiënt*

Uit literatuuronderzoek blijkt dat een slechte communicatie tussen de eerste arts en patiënt of ontevredenheid over de eerste behandelaar tot de motiverende redenen van patiënten voor een tweede verwijzing behoren<sup>1-3</sup>. Ook factoren die met de communicatie samenhangen zijn van belang, zoals behoefte aan meer informatie, gedeelde besluitvorming en geruststelling<sup>1-4</sup>. Daarnaast dragen de communicatieve vaardigheden van de (tweede) arts, de mate van emotionele ondersteuning en de hoeveelheid verkregen informatie bij aan de tevredenheid na een second opinion<sup>4,9</sup>. Hierbij moeten we overigens opmerken dat de wens van de patiënt om aanvullende informatie te krijgen niet altijd wil zeggen dat de eerste arts niet goed heeft voorgelicht. Het is bekend dat patiënten zich slechts 30-50% van alle verkregen informatie na een consult kunnen herinneren<sup>2</sup>.

Om onnodige second opinions te voorkomen is een goede communicatie tussen de initiële behandelaar en de patiënt essentieel. Een goede voorlichting over de ziekte en de behandeling is van belang, zodat de patiënt de mogelijkheid heeft een rol te spelen in de besluitvorming. Uitbreiding van de voorlichting door een verpleegkundige of op andere wijze kan hierbij helpen. Verder is het raadzaam om de patiënt te informeren wanneer overleg met andere medisch specialisten heeft plaatsgevonden bij multidisciplinair oncologisch overleg of bij consultatie van experts in een ander ziekenhuis, zoals in de dagelijkse praktijk gebruikelijk is. In de studie van Mellink et al. op een polikliniek chirurgische oncologie van een oncologisch expertisecentrum was 51% van de patiënten niet ervan op de hoogte dat in het eerste ziekenhuis overlegd was met een oncologisch expert tijdens de oncologiebespreking<sup>2</sup>. De wetenschap dat de medisch specialist niet individueel een beslissing heeft genomen, kan ertoe bijdragen dat patiënten besluiten geen second opinion aan te vragen.

#### *Verwijzing voor second opinion*

Een verzekerde heeft een verwijzing voor een second opinion nodig, waarbij in de modelpolis voor medisch-specialistische zorg in ieder geval de huisarts als verwijzer moet zijn opgenomen. De huisarts heeft bij verwijzing voor een second opinion een belangrijke rol als poortwachter. Hij kan met de patiënt diens verwachtingen en het nut van een tweede mening bij de desbetreffende zorgvraag bespreken. Eventueel kan hij overleg plegen met de eerste behandelaar of de medisch-specialist naar wie hij de patiënt wil doorsturen. Bij een te verwachten geringe toegevoegde waarde van de second opinion voor de patiënt kan de huisarts adviseren niet een tweede arts te consulteren. Hierdoor kunnen overbodige second opinions worden vermeden. Tevens kan de huisarts signaleren wanneer een patiënt herhaalde consulten voor dezelfde zorgvraag aanvraagt. Hij kan nagaan om welke redenen een patiënt andere hulpverleners blijft consulteren en een nieuwe verwijzing weigeren als hij dat niet (medisch) zinvol vindt.

#### *Verrichten van second opinion*

Bij een second opinion gaat het om de beoordeling van een gestelde diagnose/voorgestelde behandeling door een tweede arts. De verzekerde gaat met

de second opinion terug naar zijn eerste behandelaar, voordat de uiteindelijke behandeling plaatsvindt; de eerste behandelaar behoudt de regie. In de praktijk neemt de patiënt voor de second opinion een kopie mee van het medisch dossier dat is aangelegd door de initiële behandelaar of de tweede arts vraagt de gegevens op. In de regel wordt afgegaan op de uitgevoerde diagnostiek, en wordt een anamnese en lichamelijk onderzoek door de second opinion-arts (over)gedaan. Indien het noodzakelijk is voor de beoordeling, verricht de tweede arts aanvullende diagnostiek. Dubbele diagnostiek, die geen nieuwe informatie oplevert of aanvullende diagnostiek, die niet geadviseerd wordt in de kwaliteitsstandaarden van de beroepsgroep, dient achterwege gelaten te worden. Helaas zijn er geen recente data beschikbaar over hoe vaak onnodig diagnostiek in het kader van een second opinion verricht wordt. De studie van Mustafa et al. op een polikliniek algemene interne geneeskunde in een academisch ziekenhuis liet zien, dat er vaak dubbele diagnostiek plaatsvond, terwijl in deze studie slechts bij 10% de diagnose gewijzigd werd<sup>11</sup> (zie Bijlage 2).

### 2.5.2 Zorgverzekeraars

#### *Verwijzing voor second opinion*

Artikel 14, tweede lid, van de Zvw bepaalt dat in ieder geval de huisarts een verwijzing moet kunnen afgeven voor medisch-specialistische zorg. Het staat zorgverzekeraars vrij om naast de huisarts ook andere categorieën zorgverleners als verwijzer naar een medisch-specialist voor een second opinion op te nemen in hun modelovereenkomst. Het verdient aanbeveling dat zorgverzekeraars ervoor kiezen om in de modelpolis de mogelijkheid van doorverwijzen beperken tot de huisarts, zodat deze als poortwachter de toegang tot een second opinion kan bewaken.

#### *Toestemmingvereiste*

Aanscherping van de toegang tot een second opinion kan op andere wijze plaatsvinden als zorgverzekeraars de mogelijkheid van de aanvullende voorwaarde van voorafgaande toestemming opnemen in de modelpolis. Dit houdt in dat de verzekerde, voordat een second opinion plaatsvindt, toestemming van de zorgverzekeraar nodig heeft.

#### *Herhaalde consulten*

Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om herhaalde consulten bij verschillende medisch specialisten (third opinion en verder), die over dezelfde zorgvraag gaan en geen enkel doel meer dienen, niet te vergoeden. Dit vloeit voort uit de bepaling (in het Bzv en de polis) dat een verzekerde slechts recht op de verzekerde zorg heeft als deze naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de zorg. Indien het om een herhaalde opinion gaat, is het aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of er voor de herhaling(en) nog wel een noodzaak is, gelet op de omstandigheden van het geval. Is de zorgverzekeraar van oordeel dat die noodzaak er redelijkerwijs niet is, dan kan deze vergoeding van de herhaalde second opinion weigeren. Het verdient aanbeveling dat zorgverzekeraars dit opnemen in de modelpolis, zodat patiënten hiervan op de hoogte zijn en niet pas achteraf horen dat de verleende zorg niet vergoed wordt. Het is onduidelijk in hoeverre zorgverzekeraars hierop controleren. Bij invoering van een toestemmingvereiste als aanvullende voorwaarde voor second of herhaalde opinions kunnen zorgverzekeraars eenvoudiger onnodige herhaalde verwijzingen voor dezelfde zorgvraag herkennen.

#### *Zorginkoop*

Zorgverzekeraars kunnen gepast gebruik van de second opinion bevorderen door bij de zorginkoop te onderhandelen over de voorwaarden waaronder de second opinion wordt vergoed en over de mogelijkheden van gepaster gebruik.

### 2.5.3 Overige mogelijkheden voor het bevorderen van gepast gebruik

#### *Kwaliteitsstandaard voor second opinion*

De betrokken partijen (huisartsen, medisch-specialisten, patiënten en zorgverzekeraars) kunnen een bijdrage leveren aan gepast gebruik van de second opinion door een landelijke specialisme overstijgende module, richtlijn of transmurale afspraak over de second opinion te ontwikkelen. Hierin kan onder meer aandacht besteed worden aan de voorwaarden, het proces en de mogelijke knelpunten van een second opinion.

#### *Meer inzicht in second opinions*

Met de huidige DBC/DOT registratie is het niet goed mogelijk om een reële inschatting te maken van het totale aantal second opinions (bij alle medisch specialismen) in Nederland. Verder is het aantal Nederlandse studies over de opbrengst van een tweede mening beperkt en alleen in geselecteerde patiëntengroepen verricht. Betere registratie van second opinions, mogelijk door de introductie van een apart zorgproduct met een duidelijke omschrijving voor alle medisch specialismen, kan wellicht meer inzicht geven in het totale aantal second opinions. Breder onderzoek naar de onderliggende motieven en de uitkomsten van second opinions, kan de patiëntengroepen identificeren die het meeste baat erbij hebben. Ook is het relevant om meer onderzoek te doen naar onnodige diagnostiek en/of behandelingen in het kader van de second opinion. Deze gegevens kunnen mogelijk handvatten bieden voor de verbetering van gepast gebruik van de second opinion.

#### *Expertisecentra*

Een mogelijkheid om de opbrengst van second opinions met betrekking tot de diagnose en/of behandeling te vergroten is deze alleen te laten verrichten in academische centra of expertisecentra zoals die voor de oncologische zorg in Nederland. Nieuwere onderzoekstechnieken, een multidisciplinaire benadering en (sub)specialisatie kunnen bijdragen aan betere diagnostiek en behandeladviezen. Een voorwaarde is dat de expertisecentra aan kwaliteitseisen voldoen en door de beroepsvereniging als zodanig zijn erkend. Aangezien bij de second opinion de indicatie tot behandeling niet wordt gesteld door de behandelende arts, kan de second opinion of tertiaire verwijzing in deze setting als selectieinstrument voor ingrijpende of zeer kostbare behandelingen ingezet worden. De besluitvorming over dit soort behandelingen vindt echter tegenwoordig meestal in teamverband plaats. Bovendien zal de invoering hiervan consequenties hebben voor de dagelijkse praktijk. Voordat we kunnen komen tot een aanbeveling over de inzet van expertisecentra en de second opinion als selectieinstrument, moet dit veld verder geëxploreerd worden om te inventariseren of dit behoort tot de mogelijkheden.

### 2.5.4 Conclusie

Samenvattend zijn er verschillende mogelijkheden om gepast gebruik van de second opinion te bevorderen. Zowel de zorgaanbieders als de zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol in het tegenhouden van overbodige second opinions. Betere registratie en breder onderzoek naar second opinions kunnen wellicht in de toekomst handvatten bieden voor gepast gebruik hiervan.

Tot slot merken we op dat in de praktijk een deel van de patiënten die ontevreden zijn niet meer zal terugkeren naar de eerste arts. We spreken dan niet meer van een second opinion, maar van overname van de behandeling. Dit kan net als bij de second opinion onnodig zijn en leiden tot extra zorguitgaven.

Ter preventie hiervan gelden dezelfde aanbevelingen voor de zorgaanbieders en zorgverzekeraars als bij second opinions.

## 3 Externe consultatie en Adviescommissie Pakket

### 3.1 Externe consultatie

Dit rapport is ter externe consultatie voor gelegd aan betrokken stakeholders: patiëntenvereniging(en), zorgverzekeraars, zorgaanbieders en overstijgende koepelorganisaties. Daarbij hebben we de volgende vragen gesteld:

1. Samenvattend zijn er argumenten voor beperking/beheersing van de second opinion, maar ook voor selectieve versterking van de mogelijkheden voor second opinion. Wat vindt u daarvan?
2. In dit rapport hebben we aanbevelingen voor gepast gebruik van de second opinion gegeven. Hoe vindt u, dat selectieve versterking of beperking geïnstrumenteerd moet worden?

De volgende partijen zijn schriftelijk op 3 november 2014 geconsulteerd:

- Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen (NVZ)
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)
- Orde van Medisch Specialisten (OMS)
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde (KNMG)
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

Wij hebben inhoudelijke reacties ontvangen van de volgende partijen:

- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
- Orde van Medisch Specialisten (OMS)
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Hieronder staan de reacties samengevat van partijen die hebben gereageerd, met de reactie van het Zorginstituut.

#### *Reactie NPCF*

De NPCF is het met ons eens dat er geen redenen zijn om de toegang tot de second opinion te beperken. Het is niet wenselijk om de regelgeving aan te scherpen door een verplichte eigen bijdrage of een toestemmingsvereiste in te voeren of het aantal te vergoeden second opinions te beperken.

Verbeteren van de communicatie tussen arts en patiënt en goede voorlichting is cruciaal. Naast voorlichting over de ziekte en behandelingsopties, zou ook beter aan patiënten uitgelegd moeten worden wanneer er overleg met andere zorgverleners heeft plaatsgevonden zoals multidisciplinair oncologisch overleg of overleg met een ander ziekenhuis. Het verdient de voorkeur dat zorgverleners met patiëntenorganisaties samenwerken om goed voorlichtingsmateriaal te ontwikkelen.

Indien een patiënt mogelijk een zeldzame aandoening of een onzekere diagnose heeft, wordt geadviseerd om het aantal te vergoeden second opinions te laten afhangen van de vraag of er een definitieve diagnose gesteld is. Verder is het onjuist om het initiatief voor een second opinion bij de arts te leggen bij gebruik van de second opinion als selectieinstrument voor belastende of kostbare behandelingen.

Dubbele diagnostiek is belastend voor de patiënt en kostenverhogend. Een mogelijkheid is om vergoeding van de dubbele diagnostiek aan het ziekenhuis afhankelijk te maken van verantwoording achteraf waarom het onderzoek nodig was.

Het recht op second opinion mag niet via de zorginkoop worden beperkt. Zorginkoop moet ingezet worden om 'samen beslissen' te faciliteren en de communicatie te verbeteren.

Ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard kost veel tijd en geld, die beter aan verbetering van de arts-patient communicatie besteed kunnen worden.

Het verdient aanbeveling om onderzoek te verrichten naar de opvatting van artsen over second opinions en de effecten van second opinion bij patiënten.

#### *Reactie Zorginstituut op NPCF*

- Andere partijen hebben ons er ook op gewezen dat de diagnose/behandeling van een eerste arts vaak voorgesteld wordt na multidisciplinair overleg. Wij zullen hier in het uiteindelijke rapport meer dan in het concept, de nadruk op leggen.
- We zijn het er mee eens dat er omstandigheden zijn waarbij herhaalde consulten (third opinion) gerechtvaardigd zijn, zoals bij een zeldzame aandoening of een onduidelijke diagnose. In het conceptrapport hebben we dan ook vermeld dat het aan de zorgverzekeraar is om te beoordelen of er voor de herhaalde verwijzing een noodzaak is.
- In ons conceptrapport hebben we voorgesteld dat een tweede mening gebruikt kan worden als selectieinstrument voor belastende of kostbare behandelingen. Hiervoor komt zowel een second opinion als een tertiaire verwijzing in aanmerking. Wij hebben voorgesteld dat voor deze toepassing een tertiaire verwijzing meer voor de hand ligt, omdat een arts meer kennis en inzicht heeft over de zwaarte en de kosten van een behandeling.
- Wij adviseren over de inhoud en omvang van het basispakket. De vergoedingssystematiek valt buiten dit bestek. Het is aan verzekeraars en aanbieders onderling om eventueel afspraken te maken over de vraag waar de kosten van onnodige diagnostiek komen te liggen.
- Het rapport stelt niet dat het recht op een second opinion via zorginkoop moet worden beperkt, maar dat bij de zorginkoop over de voorwaarden en gepast gebruik van de second opinion kan worden onderhandeld.
- In ons conceptrapport gaan wij ook in op de mogelijkheid van verder onderzoek naar de uitkomsten van second opinions.

#### *Reactie OMS*

- De OMS is van mening dat de conclusies uit het voorliggende rapport in het algemeen te stellig zijn gezien de beperkte hoeveelheid en de bewijskracht van de literatuur. Desalniettemin onderschrijft de OMS de conclusie dat het op dit moment niet zinvol is om de voorwaarden voor de vergoeding van second opinions in het kader van de basisverzekering te beperken. De OMS adviseert om nader onderzoek te verrichten naar mogelijke ondoelmatigheid in second opinions.
- De focus van het rapport zou meer moeten liggen op ondoelmatig toepassen van second opinions, zoals onnodige dubbele diagnostiek, en niet op de wens van patiënt om een second opinion voor gepaste zorg te krijgen. Herhaalde

- diagnostiek kan nodig zijn om een diagnose te bevestigen of vanwege een andere gerichte vraag. Ook kan een tekort schietende digitale uitwisseling aanleiding zijn voor dubbele diagnostiek.
- De OMS vraagt om een duidelijker onderscheid te maken in de verschillende vormen van (second) opinions in het definitieve rapport en te waken voor bewoordingen die als tendentius kunnen worden ervaren (bijvoorbeeld dat de eerste arts bij het uitvoeren van de behandeling een mogelijk belang kan hebben). Als gestreefd wordt naar goede registratie van second opinions, moet ook meer inzicht in tertiaire doorverwijzingen verkregen worden.
  - In het conceptrapport wordt voorbij gegaan aan het feit dat second opinions als principe een vanzelfsprekendheid zijn in de hedendaagse geneeskunde, zoals bij het ochtendrapport en multidisciplinaire behandelingen in teamverband.
  - Een inhoudelijke duiding ontbreekt bij de vermelding van de stijging van het aantal second opinions in de jaren 2010-2012 bij neurochirurgie. De OMS geeft aan dat in deze periode het aantal operaties aan een lage rughernia verminderd is van 11.000 naar 9.000 en dat het heel goed kan zijn dat de second opinion functioneel is geweest voor het gezamenlijk besluit van arts en patiënt om niet te opereren.
  - Het onderscheid tussen een diagnostische en therapeutische second opinion is kunstmatig, omdat in de praktijk de zorg in een continuüm wordt verleend.
  - De OMS is geen voorstander van een structurele (geïnstrumenteerde) inzet van second opinions om gepast gebruik van belastende en/of kostbare behandelingen te bevorderen. Dit is alleen relevant indien er aanwijzingen zijn dat kostbare interventies ondoelmatig worden ingezet. Hier dient nader onderzoek naar te worden verricht. De besluitvorming voor dit soort behandelingen vindt echter vrijwel altijd in teamverband plaats. Het structureel inzetten van dergelijke second opinions zou de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt negatief kunnen beïnvloeden. Bovendien zou er een groslijst opgesteld moeten worden van interventies waarbij een second opinion nodig is, hetgeen niet haalbaar is. De rol van expertisecentra dient in netwerkvorming te worden bepaald en niet via een discussie over de second opinion.

#### *Reactie Zorginstituut Nederland op OMS*

- Zoals we ook al opmerkten in onze reactie op het commentaar van de NVZ, erkennen we in het conceptrapport dat er slechts beperkt observationeel onderzoek in de Nederlandse situatie is verricht. We delen de mening van de OMS dat breder onderzoek naar de motieven of uitkomsten meer inzicht kan geven en handvatten kan bieden voor de bevordering van gepast gebruik van de second opinion.
- In het conceptrapport wordt de mogelijkheid om de second opinion of tertiaire verwijzing als instrument in te zetten voor gepast gebruik van behandelingen genoemd, maar de nadruk ligt op het verbeteren van gepast gebruik van de second opinion. Dubbele diagnostiek kan nodig zijn bijvoorbeeld vanwege progressie van het ziektebeeld of omdat de tweede arts beschikking heeft over andere of meer geavanceerde apparatuur. Dezelfde diagnostiek herhalen om het ziektebeeld te bevestigen of vanwege een niet functionerende digitale uitwisseling zal in de meerderheid van de gevallen onnodig zijn.
- Het onderscheid tussen second opinions en tertiaire verwijzingen zal verder worden verduidelijkt in het definitieve rapport. Bewoordingen die als tendentius kunnen worden ervaren, zullen worden verwijderd of genuanceerd.
- Zoals we reeds aangaven in onze reactie richting de NPCF, zullen wij in het uiteindelijke rapport verwerken dat in de praktijk de eerste arts vaak tot een diagnose/behandeling komt na overleg in teamverband of multidisciplinair overleg.
- We hebben geen inhoudelijke verklaring voor het stijgende aantal second



opinions bij de neurochirurgie gegeven, omdat dit niet nader onderzocht is. Er kan geen zekere uitspraak gedaan worden over de relatie tussen de afname van het aantal rughernia operaties en de stijging van het aantal second opinions, omdat hier geen onderzoek naar is gedaan.

- We zijn het eens met de opmerking betreffende het onderscheid dat in de studies gemaakt is tussen de diagnostische en therapeutische second opinions en zullen dit in het rapport vermelden.
- We hebben het voorstel gedaan dat de second opinion of tertiaire verwijzing ingezet kan worden als selectieinstrument bij belastende/kostbare behandelingen. Uw overwegingen in aanmerking nemende zal nader onderzoek verricht moeten worden om te evalueren of dit wenselijk en praktisch haalbaar is. We zullen dit toevoegen aan het definitieve rapport.
- Zoals we al kenbaar hebben gemaakt in onze reactie richting de NVZ is de aanwijzing van expertisecentra door ons geopperd als optie om de opbrengst van de second opinions te vergroten. In het conceptrapport is opgenomen dat het veld hierover eerst geëxploreerd moet worden om te beoordelen of dit mogelijk is.

#### *LHV*

- De LHV is van mening dat de huisarts bij verwijzing voor een second opinion een belangrijke rol heeft als poortwachter, zowel ter beperking als ter aanvulling bij dure therapievormen. Dat gebeurt in samenspraak met de patiënt.
- De huisarts heeft geen andere instrumenten nodig dan zijn huisartsgeneeskundige vaardigheden als onderdeel van de trias generalistisch, persoonsgericht en continue zorg.

#### *Reactie Zorginstituut Nederland op LHV*

De punten zoals genoemd door de LHV zijn opgenomen in het rapport. Het Zorginstituut is blij met de steun van de LHV.

#### *Reactie NVZ*

- De NVZ is het eens met onze conclusie de vergoeding van de second opinion te handhaven. De second opinion hoort bij verantwoorde en zorgvuldige zorg en is van belang bij grote onomkeerbare behandelingen.
- De NVZ vindt het geen goed idee om voor een second opinion expertise centra aan te wijzen. Het is discutabel of een keuze aan de patiënt moet worden opgelegd. Verder vindt de NVZ dat opname van voorafgaande toestemming in de polisvoorwaarden terughoudend moet worden ingezet. De NVZ is geen voorstander van de introductie van een apart zorgproduct voor een second opinion en onderhandeling over de voorwaarden voor vergoeding, gepaster gebruik of het aantal second opinions bij de zorginkoop.
- Gepast gebruik van de second opinion kan het beste worden vergroot door verbetering van de communicatie tussen arts en patiënt. Verzekeraars zouden ook gebruik kunnen maken van hun bevoegdheid om onnodige, herhaalde second opinions (dus 'third opinions') te weigeren.
- Uit ons rapport blijkt dat de omvang van de second opinions vanwege gebrekkige dataregistratie niet goed kan worden vastgesteld. De lijst met geraadpleegd onderzoek naar effecten van second opinions is beperkt. De settings van de studies verschillen en spreken elkaar soms tegen. Sommige studies zijn gedateerd. De NVZ adviseert ons te overwegen om eerst breder onderzoek te doen naar de omvang en effecten van een second opinion alvorens met aanbevelingen te komen.

#### *Reactie Zorginstituut Nederland op NVZ*

- De aanwijzing van expertisecentra is door ons geopperd als mogelijkheid om de

opbrengst van de second opinions te vergroten. We hebben al aangegeven dat het veld hierover eerst geëxploreerd moet worden om te inventariseren of dit tot de mogelijkheden behoort. We verwachten dat patiënten het liefst een second opinion aanvragen bij ziekenhuizen met expertise op het gebied van hun aandoening.

- In het conceptrapport wordt voor gesteld om een apart zorgproduct te introduceren, zodat betere registratie kan plaatsvinden en meer duidelijkheid komt over het aantal second opinions dat aangevraagd wordt. Het doel hiervan is niet dat zorgverzekeraars over het aantal bij de zorginkoop gaan onderhandelen.
- We hebben voor het conceptrapport in de literatuur gezocht naar alle Nederlandse studies, die vanaf 2000 gepubliceerd zijn en de motieven en uitkomsten van second opinions hebben onderzocht. We hebben geen gebruik gemaakt van internationale studies, omdat de resultaten niet geëxtrapoleerd kunnen worden vanwege andere gezondheidszorg- en vergoedingssystemen. De kanttekening dat er slechts beperkt observationeel onderzoek beschikbaar is, hebben we in het conceptrapport reeds aangebracht. We zijn het met de NVZ eens dat meer onderzoek naar second opinions meer inzicht kan geven.

#### *Reactie NFU*

- De NFU heeft aangegeven geen inhoudelijke opmerkingen te hebben.

#### *Reactie ZN*

- ZN herkent zich in de analyse van ons conceptrapport en deelt onze visie dat een grote besparing niet in de lijn der verwachting ligt.

### **3.2 Adviescommissie Pakket**

Een belangrijk onderdeel van de beoordelingen van het Zorginstituut vormt de benoeming en weging van de maatschappelijke aspecten, in dit geval van de second opinion, daarbij gebruik makend van wetenschappelijke gegevens.

Het Zorginstituut wordt hierover geadviseerd door de Adviescommissie Pakket (ACP). Deze commissie toetst of het Zorginstituut, voordat het een besluit neemt, alle relevante aspecten heeft benoemd en juist heeft afgewogen, mede gelet op alle reacties van partijen tijdens de consultatie.

De ACP heeft tijdens haar vergadering van 12 december 2014 over dit onderwerp gesproken. In de bespreking stonden de volgende (maatschappelijke) afwegingen centraal:

- vraag of hier wel sprake is van een probleem;
- belang voor de patiënt om de mogelijkheid van een second opinion te hebben;
- belang voor de samenleving (betaalbaarheid, solidariteit) om gepast gebruik van een second opinion te stimuleren.

De commissie vindt het lastig te beoordelen of er veel (ongepast) gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheid van een second opinion. Daarvoor ontbreken er duidelijke cijfers. Een deel van de commissie vindt dat die cijfers er zouden moeten komen, maar andere commissieleden stellen daarin andere prioriteiten. Bovendien zal het lastig zijn de juiste gegevens te krijgen in verband met onderrapportage. Buiten dit punt vindt de commissie het belangrijk dat de mogelijkheid voor patiënten om een second opinion aan te vragen, behouden blijft. Het rapport laat duidelijk zien dat een second opinion positieve effecten heeft zowel voor de behandeling als voor de patiënttevredenheid. De commissie vindt het wel gerechtvaardigd voorwaarden te stellen zoals voorgesteld in het rapport, bv. door een second opinion

altijd via de huisarts te laten verlopen.

De reacties naar aanleiding van de externe consultatie en bespreking in de ACP hebben wij verwerkt in het definitieve standpunt.

## 4 Conclusie over de te verzekeren zorg: gepast gebruik van een second opinion

### 4.1 Standpunt

Meerdere partijen in de zorg hebben het voorstel gedaan de second opinion (deels) uit het basispakket te schrappen of er een eigen bijdrage voor te vragen. Naar aanleiding van dit voorstel heeft de Minister in haar brief van 20 december 2013 aan Zorginstituut Nederland vragen gesteld over de mogelijke aanscherping van de voorwaarden voor vergoeding en verbetering van gepast gebruik van de second opinion.

Concluderend is het Zorginstituut van mening dat verzekerden het recht op vergoeding van een second opinion ten laste van de zorgverzekering moeten behouden. We beschouwen het aanvragen van een second opinion als een recht van de patiënt, voortvloeiend uit de WGBO en opgenomen in de modelregeling arts-patiënt. Verder blijkt dat second opinions kunnen leiden tot wijziging van de diagnose en/of het behandeladvies en verbetering van de patiënttevredenheid.

Het standpunt uit 2010 over de second opinion kan naar de mening van het Zorginstituut standhouden. De hierin gestelde voorwaarden voor een vergoeding van een second opinion kunnen van kracht blijven en hoeven niet te worden aangescherpt. Het heffen van een eigen bijdrage is niet wenselijk omdat het de toegankelijkheid voor patiënten verlaagt. Overbodige second opinions kunnen worden beperkt door gepast gebruik ervan te bevorderen.

### 4.2 Aanbevelingen tot gepaster gebruik

We komen tot de volgende aanbevelingen ter verbetering van gepast gebruik van de second opinion.

#### *Zorgaanbieders*

Goede communicatie tussen de arts en de patiënt met voldoende voorlichting is een essentieel onderdeel in het vermijden van onnodige second opinions. Daarnaast heeft de verwijzende arts, in de meeste gevallen de huisarts, een belangrijke rol als poortwachter. Hij kan beoordelen wat de verwachtingen van de patiënt zijn en of deze haalbaar zijn. Tevens kan hij herhaalde consulten herkennen en voorkomen. Bij een second opinion blijft de eerste arts hoofdbehandelaar en vindt een beoordeling van de gestelde diagnose of voorgestelde behandeling door de tweede arts plaats. Deze verricht alleen aanvullend onderzoek indien dit medisch noodzakelijk is. Na de second opinion keert de patiënt terug naar de eerste arts.

#### *Zorgverzekeraars*

Zorgverzekeraars kunnen aanvullende voorwaarden aan de second opinion stellen in de zorgverzekering. Ze hebben de mogelijkheid om door te verwijzen te beperken tot de huisarts en kunnen een toestemmingsvereiste invoeren voor het verkrijgen van een second opinion. Een striktere beoordeling of een verzekerde bij herhaling van de second opinion nog wel redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg, kan ertoe leiden dat herhaalde opinions voor dezelfde zorgvraag afnemen. Tenslotte kunnen de zorgverzekeraars bij de zorginkoop sturen op gepaster gebruik.

*Andere overwegingen*

Mogelijk kan de ontwikkeling van een specialisme overstijgende landelijke richtlijn door de betrokken partijen (huisartsen, medisch specialisten, patiënten en zorgverzekeraars) een bijdrage leveren aan gepast gebruik van de second opinion. Betere registratie, bijvoorbeeld door het maken van een apart zorgproduct, en breder onderzoek kunnen meer inzicht geven in hoe gepast gebruik van de second opinion bevorderd kan worden. Tenslotte is het een mogelijkheid om second opinions alleen te verrichten in expertisecentra of in academische ziekenhuizen om de opbrengst te vergroten. Dit moet nader geëxploreerd worden, voordat hier aanbevelingen over gedaan kunnen worden.

**Zorginstituut Nederland**

*Voorzitter Raad van Bestuur*

Arnold Moerkamp

## Literatuurlijst

1. van Dalen I, Groothoff J, Stewart R, et al. Motives for seeking a second opinion in orthopaedic surgery. *J Health Serv Res Policy* 2001;6:195-201.
2. Mellink WA, Dulmen AM, Wiggers T, et al. Cancer patients seeking a second surgical opinion: results of a study on motives, needs, and expectations. *J Clin Oncol* 2003;21:1492-7.
3. Maaskant JM, van Muilekom HAM. Second opinion: patient zoekt vooral info, hoop en geruststelling. *Medisch Contact* 2009;64:605-7.
4. Wijers D, Wieske L, Vergouwen MD, et al. Patient satisfaction in neurological second opinions and tertiary referrals. *J Neurol* 2010;257:1869-74.
5. van Leeuwen R, an der Zaag-Loonen H. Second opinion wel degelijk zinnig. *Medisch Contact* 2014;882-3.
6. Schook R, ter Avest M, van Setten C, et al. Longkanker: retrospectief onderzoek ondersteunt concentratiegedachte. Second opinion in expertcentrum zinvol. *Medisch Contact* 2012;67:1119-21.
7. Wieske L, Vergouwen MDI, Wijers D, et al. Beperkte opbrengst van een diagnostische second opinion op een neurologieafdeling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2011;155:1-7.
8. Wieske L, Wijers D, Richard E, et al. Second opinions and tertiary referrals in neurology: a prospective observational study. *J Neurol* 2008;255:1743-9.
9. Westland GJ, Nanayakkara PWB, Kramer MHH, et al. Diagnostische second opinion: wat levert het op? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2009;153:1-6.
10. Mellink WA, Henzen-Logmans SC, Bongaerts AH, et al. Discrepancy between second and first opinion in surgical oncological patients. *Eur J Surg Oncol* 2006;32:108-12.
11. Mustafa M, Bijl M, Gans R. What is the value of patient-sought second opinions? *Eur J Intern Med* 2002;13:445.



## Bijlage 1: analyse aantal second opinions volgens DIS data

Tabel 1. Second opinions van neurochirurgie tussen 2009 en 2011 (volgens Zvw)

<b>Medisch specialisme</b>	<b>Aantal second opinions</b>		
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Neurochirurgie	842	1263	1354



Tabel 2. Raming second opinions voor 2012 (volgens Zvw)

<b>Medisch specialisme</b>	<b>Aantal second opinions</b>
Oogheelkunde	60
Keel- neus- en oorheelkunde	34
Chirurgie	687
Plastische chirurgie	141
Orthopedie	5.472
Urologie	218
Verloskunde en gynaecologie	459
Dermatologie	320
Neurochirurgie	90
Inwendige geneeskunde	684
Kindergeneeskunde	262
Cardiologie	209
Longziekten	560
Reumatologie	535
Allergologie	6
Revalidatie	11
Neurologie	640
Geriatricie	12
Radiologie (voorheen radiodiagnostiek)	1
	10.401
Neurochirurgie	1.282

Bijlage 2: overzicht nationale studies over second opinion sinds 2000

Eerste auteur, jaar van publicatie	Centrum/afdeling Indicatie(s)	Aantal patiënten	Type onderzoek, follow-up	Motivatie	Wijziging diagnose	Wijziging behandeladvies	Patiënten tevredenheid	Overige uitkomsten	Opmerkingen
Van Leeuwen et al, 2014 <sup>5</sup>	Apeldoorns Duizeligheids centrum Gelre ziekenhuizen (expertisecentrum)	N=327, 60% vrouwen leeftijd 54 jaar	Observationeel onderzoek Vragenlijst ingevuld door neuroloog en KNO arts	Alle patiënten: 56% duidelijkheid over diagnose. 36% bevestiging van diagnose 8% behandeladvies 5% geruststelling	Second opinion: 52% nieuwe diagnose Tertiaire verwijzing: 64% nieuwe diagnose	Second opinion: 60% nieuw behandeladvies Tertiaire verwijzing: 67% nieuw behandeladvies			Onduidelijk of patiënten vragenlijst hebben ingevuld.  Risiko op interpretatie/selec tiebias.
Schook et al, 2012 <sup>6</sup>	VU Medisch Centrum; Expertisecentrum longkanker  Second opinion longkanker	N=428	Observationeel onderzoek  Retrospectief statusonderzoek		9% andere diagnose. 9% ander stadium ziekte.	50% verandering behandeladvies.			Bij 10% was eerste diagnose niet bekend.  Bij 27% (n=115) verandering met evidence-based majeure effecten op overlevingsduur, morbiditeit en/of kwaliteit van leven.

Wieske et al, 2011 <sup>7</sup>	Academisch Medisch Centrum (AMC) Polikliniek Neurologie (dagopname) Diagnostische opinion tussen februari 2006-juli 2006; Top 5: 1. pijnklachten bewegingsapparaat 2. hoofdpijn syndroom 3. somatoforme stoornis 4. radiculair syndroom 5. neurovasculaire ziekte	N=183 55% vrouw leeftijd 47 jr N=72: vragenlijst na 2 jaar Follow-up 2 jaar	Observationeel onderzoek Vragenlijst direct en 2 jaar na consult (patiënt) Vragenlijst direct na consult (arts) Patient Satisfaction Questionnaire met VAS schaal (0-10)	33% nieuwe diagnose, waarvan 23% aanpassing behandeling (beperkte wijzigingen: medicatie of paramedisch consult). Meeste veranderingen bij: 1. epilepsie (58%) 2. somatoforme stoornis (53%)	PSQ vragenlijst (0-10) mean VAS direct na consult 7.5. (mean VAS eerste arts 5.3). Geen verschil tussen patiënten met en zonder nieuwe diagnose. Na 2 jaar VAS significant gedaald tot uitgangscore: geen blijvend positief effect op tevredenheid.	Nut second opinion (neuroloog): Medisch inhoudelijk: mean VAS= 4.7 Psychologisch: mean VAS= 6.6. Direct na consult: 7% nieuwe consultatie na second opinion. Na 2 jaar: 30% nieuwe consultatie voor dezelfde klachten bij $\geq 1$ hulpverleners. (74%=1 hulpverlener; 26%=2 hulpverleners). Een medisch-specialist (31%) of fysiotherapeut (24%) werden het meest geconsulteerd. 59% van deze patiënten had medisch onverklaarbare	Periode onbekend. Risico op selectiebias. Na 2 jaar N=105 (58%) uitvallers. Deze waren significant minder tevreden direct na consult tov de groep die wel aan FU mee deden (mean VAS 7.1 vs. 7.9 (p=0.03)) Totaal aantal aanpassing therapievoorstel niet genoemd. Discrepantie data met publicaties in 2008, 2010 en 2011. Risico op selectiebias.
---------------------------------	--	--	---	---	---	---	--

Wijers et al, 2010 <sup>4</sup>	Academisch Medisch Centrum (AMC) Polikliniek Neurologie (dagopname)  Diagnostische opinion tussen februari 2006-juli 2006	N=183 55% vrouw leeftijd 47 jr	Observationeel onderzoek  Vragenlijst voor en na consult (patiënt) Vragenlijst na consult (arts)  Tevredenheid gemeten met Patient Satisfaction Questionnaire met VAS schaal (0-10)  Geen follow-up	Verwachting: 59% andere diagnose/behandeling, 28% uitleg diagnose/behandeling.				Toename (mean) VAS tevredenheid na consult: 1.9. (Mean) VAS na consult: 7.4.  Mn toename tevredenheid op items: -informatie -emotionele ondersteuning.  Geen verschil in tevredenheid bij nieuwe diagnose.  Indien intentie om na second opinion andere arts te consulteren (9%): (mean) VAS lager (4.5 vs. 7.9 (p<0.001)).  Voorspellende factoren tevredenheid: -meer tevredenheid met eerste arts	klachten/psychiatrische aandoeningen (p=0.07) tov de groep patiënten die geen andere hulpverlener bezocht.	Zie onderzoek Wieske et al.  Bij 174 (95%) preconsult vragenlijst ingevuld. Voor post-consult en artsen vragenlijst niet bekend. (>90%)  Risiko op selectiebias, recall bias.
---------------------------------	---	--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	---

Maaskant et al, 2009 <sup>3</sup>	NKI-AVL Polikliniek Pulmonale Oncologie en Gastroenterologie  2006: statusonderzoek  November 2007- mei 2008: schriftelijke enquête	N=104 : statusonderzoek.  N=69: enquête.	Observationeel onderzoek  Geen follow-up	Enquête: Informatie over therapie: 38%, prognose: 30%, ziekte: 16%. Hoop op ander advies: 38%. Bevestiging beleid: 35%. Zelf bewuster keuzes maken: 30%. Aandringen van omgeving: 20%. Slechte communicatie eerste arts: 13%.	Statusonderzoek: 3% andere diagnose 3% onbekend	Statusonderzoek -66% hetzelfde behandeladvies, -22% ander behandeladvies, -12% onbekend.  Enquête: 23% ander behandeladvies.	-korte duur van symptomen -hogere leeftijd.  Enquête: 83% tevreden over second opinion.  36% kreeg uitleg over ziekte/behandeling. 31% gerustgesteld.	Aanvullende diagnostiek: 77% revisie radiologie 29% revisie PA- onderzoek. radiologisch onderzoek: 1-7% PA-onderzoek:14% Bloedonderzoek:40%	N=104 dossiers , waarvan N=53 (51%) bij longarts N=51 (49%) bij gastroenteroloog. Obv aselechte steekproef uit N=432 patiënten.  Aan N=151 patiënten enquête aangeboden, N=69 (46%) gereageerd.  Risico op selectiebias.
Westland et al, 2009 <sup>9</sup>	VU Medisch Centrum polikliniek Algemene Interne Geneeskunde  Second opinions	N=86  66% vrouw Leeftijd 47 jr  84% geen specifieke	Observationeel onderzoek  Telefonische enquête na afloop van de second opinion	12% andere diagnose	Tevredenheid in de groep met nieuwe diagnose was beter tov tevredenheid in de groep zonder nieuwe diagnose (p<0.05).  Factoren die sterk	76% doorverwezen door HA 19% doorverwezen door specialist → in deze groep veranderd de diagnose significant vaker.	Van de 2185 nieuwe patiënten 91 diagnostische second opinion, waarvan 5 (5%) na eerste consult niet verschenen.		

	januari-december 2007:	diagnose	over tevredenheid.			correleren met algemene tevredenheid:	6% zelfverwijzers → geen verandering.	Respons enquete:74%.
	-Vermoeidheid, -buikklasten, -pijn (niet abdominaal) -overige klachten		Follow up periode niet bekend			(p<0.001) -mate van geruststelling na second opinion (p<0.001).	28% na de second opinion opnieuw andere behandelaar geconsulteerd, waarvan: -50% een arts -50% een alternatieve genezer. Patienten significant minder gerustgesteld (p<0.01)	Risico op selectiebias, recall bias.
Wieske et al, 2008 <sup>8</sup>	Academisch Medisch Centrum (AMC) Polikliniek Neurologie (dagopname)  Diagnostische opinion tussen februari 2006-juli 2006	N=183 55% vrouw leeftijd 47 jr	Vragenlijst voor en na consult (patiënt) Vragenlijst na consult (arts)  Tevredenheid gemeten met Patient Satisfaction Questionnaire met VAS schaal (0-10)	26% nieuwe diagnose, waarvan 21% ander behandeladvies.	48% andere behandeladvies:	Oordeel arts: 39% medisch relevant (VAS≥6), 66% psychologisch/informatief relevant (VAS≥6).	148 aanvullende onderzoeken in 94 patiënten (52%).	Zie ook Wijers et al.  Risico op recall bias.
			Geen follow-up					

Mellink et al, 2006 <sup>10</sup>	Erasmus MC-Daniel den Hoed Second Opinion polikliniek Chirurgische Oncologie Second opinions tussen Oktober 1996-januari 2000 72% mammacarcinoom	N=403. 87% vrouw leeftijd 52 jr N=321 (80%) revisie pathologie N=247 (61%) revisie radiologie	Observationeel onderzoek Geen follow-up	6% andere diagnose pathologie, waarvan 3% consequenties voor prognose/therapie. 5% andere diagnose, radiologie, waarvan 3% consequenties voor prognose/therapie.	16% kleine verandering, 16% grote verandering.	-	91% 1 consult 22% ≥1 diagnostische tests 87% terug naar eerste arts 16% overname behandeling 6% ander ziekenhuis.	Van 466 patiënten waren 403 patiënten geschikt voor onderzoek.  Om logistische redenen geen patiënten met longkanker/urologische maligniteiten /sarcomen/melanomen.  21% geen vergelijking eerste en tweede opinie.  Risico op selectie bias.
Mellink et al, 2003 <sup>2</sup>	Erasmus MC-Daniel den Hoed Second Opinion polikliniek Chirurgische Oncologie Second opinions tussen November 1997-januari 2000	N=212. 82% vrouw leeftijd 53 jr	Observationeel onderzoek naar motivatie Vragenlijst voor eerste consult Geen follow-up	62% interne motivatie (zekerheid/bevestiging), 38% interne en externe motivatie (ontevredenheid over over zorg), 31% ontevreden over eerste behandelaar. Behoeftte aan extra			Slechts 51% op de hoogte dat casus was besproken met experts (oncologie bespreking).	Van 230 namen 212 patiënten (92%) deel aan het onderzoek.  Risico op selectiebias.

Mustafa et al, 2001 <sup>11</sup>	76% mamma	Academisch Medisch Centrum Groningen polikliniek Algemene Interne Geneeskunde	Second opinions tussen maart 1998-juli 2000. 85% diagnostisch, 15% therapeutisch.	Mn moeheid (34%), buikpijn (27%).	N=201 58% vrouw leeftijd 46 jr Geen follow-up	Observationeel onderzoek Retrospectief onderzoek	informatie over ziekte: 89%, over behandeling: 97%, over prognose: 93%. 68% hoop op andere second opinion. 85% voorkeur voor gedeelde besluitvorming of meer.	10% definitieve diagnose bij vage (functionele) klachten.	71% nieuw behandelplan	Aanvullend onderzoek herhaald: bloedonderzoek 86-90%, urine 78%, radiologisch onderzoek 65%, ECG 42%.	Risico op selectiebias.
-----------------------------------	-----------	---	---	-----------------------------------	--	---	---	---	------------------------	---	-------------------------



van Dalen et al, 2001 <sup>1</sup>	Academisch Medisch Centrum Groningen Polikliniek Orthopedie  Second opinions augustus 1996- augustus 1997	N=2079, waarvan N=625 (30%) second opinion  58% vrouw leeftijd 39 jr	Vragenlijst voor second opinion  Geen follow-up	62% op initiatief van patiënt, 3% zelfverwijzing, 35% op initiatief van eerste arts.  Belangrijkste redenen voor second opinion op initiatief van patiënt: -informatie over ziekte: 67% of over behandelingsmogelijkheden: 84%, -geen oplossing voor probleem: 61%, -slechte resultaten therapie: 60%, -ontevredenheid eerste arts: 51%.				26% van second opinion >1 opinion voor second opinion.  48% van eerste artsen niet op de hoogte van second opinion.	Van 2880 nieuwe patiënten vulden 2079 (72%) de vragenlijst in.  35% tertiaire verwijzing ipv second opinion.  Risiko op selectiebias.
------------------------------------	--	--	---	--	--	--	--	---	---