

Enkele gegevens over het gebruik van ziekenhuizen in Nederland,\* in de periode 1989-1992<sup>6</sup>

	aantal ( $\times 1000$ ) in			
	1989	1990	1991	1992
polikliniekbezoeken	21302†	21862	22123	21988
opnamen	1546	1538	1550	1564
verpleegdagen	17852	17284	16969	16668
dagverplegingsdagen	387	410	464	522

\* Algemene, academische en categorale ziekenhuizen.

† Gecorrigeerd cijfer (Centraal Bureau voor de Statistiek, hoofdafdeling Gezondheidsstatistiek, schriftelijke mededeling, 16 augustus 1993).

keerd, maar erg waarschijnlijk is dat niet, gegeven de in de figuur weergegeven betrouwbaarheidsintervallen. De representativiteit van het onderzoek voor de Nederlandse bevolking kan zijn afgenomen, bijvoorbeeld door de dalende responscijfers, maar men zou dan daarnaast moeten aannemen dat in het met de steekproef niet gedekte deel van de Nederlandse bevolking de toename van het aantal specialistencontacten veel groter is geweest dan in het wel gedekte deel. De niet-geïstitutionaliseerde bevolking wordt door de CBS-Gezondheids-enquête niet gedekt, maar het gaat hierbij om slechts 1,8% van de bevolking – een percentage dat het afgelopen decennium zelfs enigszins is gedaald.<sup>5</sup> Ten slotte zal de rapportage door respondenten van specialistencontacten niet perfect zijn, maar ook hier geldt dat een additionele aanname nodig is om een maskering van een in werkelijkheid veel sterkere toename te verklaren, namelijk dat de kwaliteit van de zelfrapportage in deze periode sterk is veranderd.

Gelukkig is het helemaal niet nodig om de vraag naar de betrouwbaarheid van deze gegevens met dergelijke ingewikkelde redeneringen te beantwoorden. Er zijn namelijk andere en waarschijnlijk betrouwbaarder gegevens die als vergelijkingsmateriaal kunnen dienen. Helaas is er geen registratie die alle specialistencontacten vastlegt, maar er zijn wel administratieve gegevens over

het aantal polikliniekbezoeken. Deze worden eens per kwartaal bij alle erkende intramurale instellingen opgevraagd en periodiek door het CBS gepubliceerd. De tabel bevat de recentste gegevens, aangevuld met enkele getallen over andere aspecten van de intramurale zorg waarbij specialisten betrokken zijn. Uit deze gegevens blijkt dat in de periode 1989-1992 het aantal polikliniekbezoeken in Nederland licht is toegenomen, namelijk met circa 3%. In dezelfde periode is ook het aantal ziekenhuisopnamen ongeveer gelijk gebleven, terwijl door de daling van de gemiddelde verpleegduren het aantal verpleegdagen is afgenomen. Alleen het aantal dagverplegingsdagen, dat kwantitatief gezien veel minder gewicht in de schaal legt, is toegenomen.<sup>3</sup>

De gegevens over het aantal polikliniekbezoeken, die het merendeel vormen van alle specialistencontacten buiten de contacten tijdens ziekenhuisopname, suggereren dat de CBS-Gezondheidsenquête de toename van het bezoek aan de specialist eerder over- dan onderschat.

De CBS-Gezondheidsenquête is zeker geen perfecte bron van gegevens over gezondheid en gezondheidszorg, maar de staatssecretaris had gelijk toen hij op grond van deze gegevens schreef dat het aantal bezoeken aan specialisten veel minder sterk is toegenomen dan de kosten van specialistische hulp zijn gestegen.<sup>2</sup>

#### LITERATUUR

- 1 Mackenbach JP. De CBS-Gezondheidsenquête. Ned Tijdschr Geneesk 1993; 137: 1488-92.
- 2 Simons HJ. Brief van 17 juli 1993 aan alle specialisten in Nederland, kenmerk VMP/MP-932053.
- 3 Mensing JWAM. Simons hanteert onbetrouwbare cijfers in conflict met specialisten. Persbericht van 29 juli 1993.
- 4 Swinkels H. Trendcijfers gezondheidsenquête 1981-1992. Maandbericht Gezondheid (CBS) 1993; 12: 4-28.
- 5 Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 1993. Den Haag: SDU, 1993.
- 6 Anonymus. Algemene gegevens van de intramurale gezondheidszorg 1992. Maandbericht Gezondheid (CBS) 1993; 12: 13-7.

Aanvaard op 16 augustus 1993

## Arts en samenleving

### Op zoek naar een tweede mening

S. VAN DE LANDE, J.J.E. VAN EVERDINGEN EN L.J. KROL

#### INLEIDING

Twee weten meer dan één. Dit universele principe, waarop veel samenwerkingsverbanden zijn gebaseerd, is

Academisch Medisch Centrum, afd. Medische Psychologie, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.

Mw.S.van de Lande; dr.J.J.E.van Everdingen, dermatoloog; prof.dr.L.J.Krol, kinderarts.

Correspondentie-adres: mw.S.van de Lande.

ook in het medische beroep terug te vinden. Door de snelle ontwikkelingen van de medische technologie in de laatste 50 jaar is de geneeskunde verrijkt met nieuwe specialismen, die steeds verder uit elkaar zijn komen te liggen. De mening dat iedere arts precies weet wat er met de patiënt aan de hand is en hoe deze het best behandeld kan worden, is achterhaald. Artsen zijn niet meer in staat hun hele vakgebied te overzien. Het merendeel van de huisartsen en specialisten is dan ook werkzaam in een

groepspraktijk of maatschap waarbinnen de hiaten in kennis en vaardigheden door anderen worden opgevuld.

Ook de patiënt is de mening toegedaan dat de kennis van de geneeskunde niet meer door één persoon kan worden beheerst. Het vertrouwen in de arts is niet meer vanzelfsprekend. De patiënt is steeds kritischer gaan denken over gezondheid en gezondheidszorg. Er is een toenemende invloed van de patiënt op de besluitvorming in de gezondheidszorg te bespeuren. De patiënt wil meer informatie, is minder snel tevreden en gaat op zoek naar alternatieven.<sup>1-4</sup>

In de huisartsenpraktijk wordt dit bijvoorbeeld duidelijk doordat patiënten steeds vaker zelf het initiatief nemen om een specialist te consulteren en daarom op verwijzing aandringen,<sup>5,6</sup> terwijl specialisten steeds vaker worden geconfronteerd met het feit dat patiënten om de mening van een tweede specialist vragen. Over dit laatste, de zogenoemde second opinion, gaat dit artikel.

#### AMERIKAANS ONDERZOEK

Door de toegenomen (super)specialisatie in veel medische vakgebieden voelt zowel arts als patiënt zich geprikkeld om de meest deskundige mening over diagnose en behandeling te verkrijgen.

De ene arts is de andere niet en artsen kunnen verschillend te werk gaan. Zo is uit onderzoek gebleken dat er niet alleen grote verschillen bestaan in de manier waarop artsen gegevens interpreteren die bij het diagnostisch onderzoek verkregen zijn, maar ook dat zij verschillend denken over de keuze van behandeling. Uit een onderzoek in de V.S. naar de waarde en betrouwbaarheid van het klinische oordeel van chirurgen is gebleken dat een groot deel van de chirurgen van mening verschilde over de noodzaak van het al dan niet verrichten van een operatie.<sup>7</sup> Het besef bij arts en patiënt van deze inter-doktervariatie doet mogelijk het aantal verzoeken om een second opinion toenemen. Vooral de patiënt die geconfronteerd wordt met een levensbedreigende aandoening of die het advies krijgt om een ingrijpende behandeling te ondergaan lijkt grote behoefte te hebben aan een tweede mening om aldus een meer overwogen beslissing te kunnen nemen.<sup>8-11</sup>

In de V.S. zijn de ziektekostenverzekeraars voor bepaalde chirurgische ingrepen second opinions verplicht gaan stellen in de hoop overbodige behandelingen te voorkomen, het aantal operaties terug te dringen en zo de kosten in de gezondheidszorg beter te beheersen. Het aantal operaties in de V.S. is namelijk vanaf het begin van de jaren zeventig enorm gestegen en het budget dat in de gezondheidszorg hiervoor werd toegekend is inmiddels ver overschreden. De wetenschap dat voor bepaalde ziekten meerdere therapieën mogelijk zijn en operatieve behandeling medisch gezien niet altijd de beste keuze is, leidde ertoe dat hiervoor speciaal geselecteerde specialisten een tweede mening werd gevraagd omtrent een voorgestelde operatie. Op deze wijze werd de noodzaak van bepaalde ingrepen kritisch beoordeeld, kwamen onnodige indicaties voor een operatie aan het licht en konden waar nodig alternatieve, niet-operatieve behan-

delingen worden voorgesteld. In de jaren daarna is veel onderzoek verricht naar de effecten van dergelijke second opinion-programma's. Niet alleen het kostenbesparend effect is uitvoerig onderzocht, maar ook is nagegaan wat de effecten van een second opinion zijn op de besluitvorming van arts en patiënt.<sup>3,7,11-18</sup>

In de Nederlandse gezondheidszorg wordt (nog) geen second opinion verplicht gesteld door de ziektekostenverzekeraars, maar het fenomeen krijgt hier wel meer en meer bekendheid. Zo meldde de *Telegraaf* eind vorig jaar dat de directeur van de Consumentenbond tijdens de jaarlijkse bondsraadvergadering verklaarde dat patiënten het recht moeten hebben een tweede arts te consulteren wanneer zij het oneens zijn met hun eigen huisarts over de diagnose of de behandelingsmethode. Dit recht op een tweede mening dient volgens de Consumentenbond vastgelegd te worden in de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst of in de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. In het *NRC Handelsblad* stond onlangs een advertentie waarin een ziektekostenverzekeraar de consument erop attendeerde dat bij hem een second opinion voor 100% wordt vergoed. In de rubriek 'Help' van de *Viva* werd vorig jaar een second opinion aangeraden bij het nemen van medische beslissingen. In een televisieprogramma werd hier eveneens aandacht aan besteed. Ook de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) wordt in toenemende mate geconfronteerd met vragen over een second opinion.<sup>19</sup>

#### MOTIEVEN

In Nederland is tot nog toe geen systematisch onderzoek gedaan naar de beweegredenen van de aanvrager van de second opinion. Uit literatuur, voornamelijk gebaseerd op ervaringen uit de klinische praktijk en op de resultaten van een onderzoek in Canada, blijkt dat ongerustheid en onzekerheid over de diagnose of het voorgestelde beleid voor de patiënt aanleiding kunnen zijn een tweede specialist te consulteren.<sup>3,8-10</sup> Behoeftte aan bevestiging door een tweede specialist van de diagnose bij een ernstig ziektebeeld of van een voorstel tot een ingrijpende behandeling, of juist de behoefte aan afwijzing van een diagnose of een voorstel kan de motivatie zijn van iemand die een second opinion vraagt. Ook blijken patiënten een second opinion te vragen wegens ontevredenheid over het consult van de behandelende specialist, die bijvoorbeeld weinig tijd, aandacht of informatie bood. Deze ontevredenheid kan nog gevoed worden door een slechte relatie tussen patiënt en specialist; ook kan ze het gevolg zijn van een onbevredigend behandelingsresultaat. De verwachtingen die een patiënt van de resultaten van een second opinion heeft, zullen zeker een belangrijke motief vormen voor zijn verzoek. Het zou zelfs zo kunnen zijn dat de patiënt op zoek is naar een tweede mening, in de hoop dat deze meer overeenkomt met zijn eigen opvattingen over de oorzaak van de klachten en over de beste behandeling ervan. Uit Amerikaans onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat, ook al wordt de mening van de eerste specialist door de tweede specialist gedeeld, de patiënt in een kwart van de gevallen dit advies niet opvolgt.<sup>12,16,17,20</sup>

## WAT IS EEN SECOND OPINION?

Terwijl in de V.S. het initiatief om een second opinion te vragen meestal door de ziektekostenverzekeraar wordt genomen, zal in Nederland veelal de patiënt zelf, mogelijk op aanraden van familie of patiëntenvereniging, de initiatiefnemer zijn. In sommige gevallen kan ook de huisarts de eerste stap zetten, bijvoorbeeld wanneer deze niet tevreden is over de behandeling van zijn patiënt bij de in eerste instantie geconsulteerde specialist. Er worden echter ook patiënten op voorstel van de 'eerste' specialist verwezen met de vraag om een second opinion. Vaak betreft het patiënten met langdurige chronische klachten, onbegrepen klachten of ingewikkelde ziektebeelden waar men in het niet-academische ziekenhuis niet uitkomt, reden voor verwijzing naar een academisch centrum. Ook bij dergelijke verwijzingen spreekt men van een second opinion, hoewel de benaming 'doorverwijzing' beter op zijn plaats zou zijn omdat de eerste specialist zich nog geen definitieve mening (first opinion) heeft gevormd.

De begrippen kunnen als volgt van elkaar worden onderscheiden. Bij een second opinion geeft een tweede specialist een onafhankelijke mening over de diagnose en (of) het voorstel tot behandeling van de eerste specialist. Na het geven van een tweede mening is het de bedoeling dat de patiënt wordt terugverwezen naar de eerste specialist voor behandeling volgens de richtlijnen van de KNMG.<sup>19</sup> Bij een doorverwijzing ligt de situatie anders; de eerste specialist verwijst zijn patiënt naar een tweede specialist omdat hij twijfelt over de juiste diagnose, niet tot een diagnose kan komen of onzeker is over de beste behandelingswijze. De mening van de eerste specialist wordt door de tweede specialist in feite geëvalueerd, aangevuld en nader uitgewerkt. Veelal wordt de behandeling ook overgenomen door de tweede specialist. Holdrinet wees al eerder op dit onderscheid tussen second opinions en doorverwijzingen.<sup>10</sup>

De begrippen second opinion en doorverwijzing lijken op dit moment echter door elkaar te worden gebruikt, waardoor het moeilijk te bepalen is hoe vaak een second opinion werkelijk voorkomt en waarom specialisten sommige doorverwijzingen als second opinion menen te moeten aanmerken.

## ORGANISATIE EN INFORMATIEVOORZIENING

Het is onduidelijk welke gedragsregels in de Nederlandse gezondheidszorg worden gehanteerd voor het omgaan met second opinions. Zolang hier geen vaste afspraken over zijn gemaakt, zullen per ziekenhuis en per specialisme eigen regels worden gebruikt. Er bestaat in Nederland dan ook duidelijk behoefte aan regelgeving bij de organisatie van dit fenomeen, zoals blijkt uit een aantal artikelen met aanbevelingen ten aanzien van de omgang met second opinions in de klinische praktijk.<sup>8 10 19 20</sup> Volgens de KNMG die in mei 1990 in *Medisch Contact* een nota met richtlijnen hieromtrent publiceerde, heeft elke patiënt recht op een tweede deskundige mening. De specialist die een second opinion geeft, dient de juiste deskundigheid en ervaring te bezitten op het terrein waarop de tweede mening wordt gevraagd. De eerste

specialist zou zich open moeten opstellen en een second opinion niet bij voorbaat als een motie van wantrouwen moeten beschouwen. Er dient, met toestemming van de patiënt, gestreefd te worden naar zo goed mogelijk overleg tussen de eerste specialist en de specialist die de second opinion geeft. De huisarts kan een bemiddelende rol vervullen wanneer hierbij problemen bestaan.<sup>19</sup>

In de KNMG-nota wordt benadrukt dat vooral een goede communicatie tussen alle betrokkenen van groot belang is voor een goede afhandeling van een second opinion. Een second opinion kan de specialist veel overbodig onderzoek bezorgen. Regelmatig blijkt pas tijdens het consult dat het om een second opinion gaat en is er onvoldoende gelegenheid geweest de reeds beschikbare informatie te bestuderen.

Een gevolg van een onvoldoende vertrouwensrelatie tussen patiënt en behandelend specialist kan leiden tot het ontstaan van zogenaamde 'silent' second opinions. Hierbij wordt de behandelend specialist door zijn patiënt niet op de hoogte gesteld van een voorgenomen tweedemeningconsult omdat de patiënt bang is dat de eerste specialist dat als een motie van wantrouwen zal opvatten. Het is denkbaar dat in geval van een silent second opinion de tweede specialist ook niet wordt ingelicht over de eerdere behandeling, omdat de patiënt bang is dat door hem informatie zal worden opgevraagd bij de eerste specialist. In dit geval ontbreekt elke 'feedback' naar de eerste specialist. Deze zal nooit te weten komen of zijn diagnose overeenkwam met die van de tweede specialist en het zal onduidelijk blijven op welk punt zijn voorstel tot behandeling niet voldeed aan de verwachtingen van de patiënt.

Bij de second opinion speelt het al dan niet overnemen van de behandeling door een tweede arts een belangrijke rol. Volgens de voorwaarden in de KNMG-nota dient er bij een second opinion een tweede mening gegeven te worden en geen tweede behandeling te worden ingesteld.<sup>19</sup> Men kan zich echter voorstellen dat een groot deel van de patiënten toch bij de tweede specialist onder behandeling komt, bijvoorbeeld omdat de patiënt dit zelf wenst of vanwege de (veronderstelde) specifieke deskundigheid van de tweede specialist of vanwege bepaalde behandelingsmogelijkheden in het ziekenhuis waar men voor de second opinion komt. Uit Amerikaans onderzoek is gebleken dat ongeveer 30% van de patiënten die voor een second opinion komen ook door de tweede specialist wordt behandeld.<sup>13</sup>

## UITKOMSTEN EN EFFECTEN VAN SECOND OPINIONS

Bij een second opinion kan de mening van de eerste specialist door de tweede specialist al of niet worden bevestigd. Uit een aantal onderzoeken in de V.S. naar de effecten van de eerder genoemde second opinionprogramma's, waarbij patiënten voor bepaalde ingrepen verplicht werd gesteld een tweede specialist te consulteren, is gebleken dat gemiddeld 25% van de second opinions niet overeenstemde met het eerst gegeven advies.<sup>13-17</sup> Voor vrijwillig gevraagde second opinions ligt het percentage iets hoger (29). Opvallend is dat het percentage second opinions dat niet overeenstemt met

het eerst gegeven advies per specialisme en per ingreep nogal kan verschillen. Het gaat dan vooral om de specialismen orthopedie, gynaecologie, urologie en oogheelkunde. Specialismen met een relatief klein percentage van niet-bevestigende second opinions zijn algemene chirurgie en keel- neus- en oorheelkunde.<sup>13 14 16</sup> In een lijst met 14 chirurgische ingrepen waarvoor door de verzekeraar in de V.S. een second opinion aan de patiënt werd aangeboden, ligt het aantal verzoeken het hoogst voor hysterectomieën, knieoperaties en voetoperaties.<sup>14</sup> Van de mogelijkheid tot een second opinion bij andere ingrepen zoals tonsillectomieën, neusseptumcorrecties, hernia nuclei pulposi, borstoperaties en cataractoperaties werd aanmerkelijk minder gebruik gemaakt.

Welk effect een second opinion op de besluitvorming door de patiënt heeft, is eveneens uitgebreid onderzocht in de V.S. Van de patiënten die verplicht werden een second opinion te vragen volgt gewoonlijk 70% het advies van de tweede specialist op. Bij de patiënten die vrijwillig om een second opinion vragen, is dit percentage ongeveer even groot.

Opvallend hierbij is dat dit percentage gelijk is voor de patiënten bij wie de second opinion overeenstemt met de eerste opinie en voor de patiënten bij wie het advies van de tweede specialist anders luidt dan dat van de eerste specialist. De eigen mening van de patiënt over wat het beste voor hem is, speelt vermoedelijk toch een belangrijke rol. Ondanks het feit dat de tweede specialist evenals de eerste een negatief advies heeft gegeven laat 25% van de patiënten zich toch nog door een derde specialist opereren. Omgekeerd volgt de patiënt het dringende advies van twee specialisten om wél de operatie te laten uitvoeren in gelijke mate niet op.<sup>12 14 17 20</sup>

Niet alleen is het effect van een second opinion op de besluitvorming van de patiënt onderzocht, er is in de V.S. tevens uitvoerig onderzoek gedaan naar het kostenbesparend effect van een second opinion. Een aanzienlijk aantal operaties kan er door worden voorkomen: ongeveer een kwart van de voorgestelde operaties wordt niet zinvol geacht door de specialist die de second opinion geeft, terwijl zoals gezegd ongeveer 30% van de patiënten het tweede advies niet opvolgt. Uit follow-up-onderzoek van 2 jaar is gebleken dat patiënten die na een negatief advies bij een second opinion toch waren geopereerd meer kosten met zich brachten dan de patiënten die niet waren geopereerd. Kosten gemaakt voor de ingreep zelf, het aantal ligdagen, het medicijngebruik, de artsconsulten en het verlies van arbeidsproductiviteit werden vergeleken voor de geopereerde en de niet-geopereerde patiënt. Zelfs als men corrigeerde voor de kosten die gemaakt werden in verband met het opzetten en het uitvoeren van een second opinion-programma bleek men gemiddeld per niet-uitgevoerde operatie ongeveer \$ 750 per patiënt te kunnen besparen.

Daar staat tegenover dat een dergelijk second opinion-programma ook stimulerend werkte voor patiënten die een bevestigende second opinion hadden gekregen. Zij waren eerder geneigd een operatie te ondergaan dan wanneer zij geen second opinion hadden gekregen.<sup>16</sup>

Ook kunnen de kosten van de medische zorg aanzien-

lijk worden gereduceerd door de 'setting' van de ingreep te veranderen, bijvoorbeeld door ingrepen poliklinisch in plaats van klinisch te laten plaatsvinden.<sup>14</sup>

Een ander opmerkelijk kostenbesparend effect van een second opinion-programma blijkt het 'sentinel-effect' te zijn, zo genoemd naar het Engelse werkwoord 'to sentinel', dat 'bewaken', 'op je hoede zijn' betekent. Met het 'sentinel-effect' wordt bedoeld op het fenomeen dat wanneer de eerste specialist op de hoogte is van het feit dat zijn mening door een tweede specialist getoetst wordt, deze veel terughoudender blijkt te zijn met het geven van een operatieadvies.<sup>14</sup>

Niet elk second opinion-programma werd opgezet met als doel de kosten in de gezondheidszorg te drukken; er zijn ook programma's opgezet om de effecten op de kwaliteit van de zorg te onderzoeken. Zo werden in een ziekenhuis te Boston aan 88 patiënten aan wie een coronaire bypass-operatie was geadviseerd een second opinion voorgesteld. Bij 84% van deze patiënten werd behandeling met geneesmiddelen geschikter geacht dan operatie en na ruim 2 jaar bleek dat bij de overgrote meerderheid van deze patiënten de medicamenteuze behandeling nog steeds succesvol was.<sup>18</sup> Op dezelfde wijze kon men in de V.S. met een second opinion-programma het aantal keizersneden terugdringen door het indicatiebeleid hiervoor te veranderen.<sup>15</sup>

Wat betreft de door de patiënten beoordeelde kwaliteit van een second opinion is gebleken dat de meeste patiënten een second opinion als een welkome toevoeging aan het eerste consult beschouwen. Uit een enquête, georganiseerd door een Newyorkse ziektekostenverzekeraar onder 800 patiënten die een tweede mening hadden gekregen, bleek dat de overgrote meerderheid het tweede consult als positief ervoer. Een second opinion hielp hen bij hun besluitvorming en had de bestaande twijfels weggenomen; bovendien was hun de mogelijkheid geboden belangrijke vragen te stellen.<sup>18</sup> Een ander Amerikaans onderzoek geeft dezelfde resultaten en voegt eraan toe dat een second opinion ook een geruststellend effect kan hebben.<sup>11</sup> Van de ondervraagde patiënten ervoer 5% de confrontatie met twee verschillende opinies als verwarrend en 12% werd er zelfs angstig door. Volgens Holdrinet kan een second opinion ook bijdragen tot het accepteren van slecht nieuws. 'Het vernemen van een zelfde diagnose, behandelingsplan of prognose, nu geformuleerd door een andere arts, kan de patiënt en zijn familie de realiteit van de ziekte helpen accepteren en hun het gevoel geven dat zij zelf het maximaal mogelijke hebben gedaan aan de ziekte.'<sup>9</sup>

#### CONCLUSIE

Er wordt de laatste tijd, zowel door gezondheidsinstellingen en verzekeraars als door de consument, meer en meer aandacht besteed aan het fenomeen second opinion. Ondanks de toenemende belangstelling zijn er in de Nederlandse gezondheidszorg weinig gegevens bekend over de achtergronden van het vragen van een tweede mening en over de effecten van een second opinion op de besluitvorming van arts en patiënt. Het is onduidelijk hoe vaak second opinions vóórkomen, welke

motieven patiënten kunnen hebben om een second opinion te vragen, in welke specialismen er vaak om een second opinion wordt verzocht of bij welke operaties deze wens groot is. De omgangsregels die zouden moeten gelden bij een second opinion zijn bovendien niet gestructureerd.

Met de groeiende bekendheid over verschillende behandelingsmethoden en de steeds kritischer denkende patiënt valt het te verwachten dat het aantal verzoeken om een second opinion zal toenemen. Enig inzicht in dit fenomeen en gestructureerde omgangsregels lijken dan ook geen overbodige luxe.

Als ook in de Nederlandse gezondheidszorg gemeten kan worden hoe vaak om een second opinion gevraagd wordt, welke motieven daarbij een rol spelen en welke effecten een second opinion heeft op de besluitvorming door arts en patiënt, zou men gerichtere conclusies kunnen trekken over het nut ervan. Momenteel lijkt er een toestand te ontstaan en zich zelfs verder te ontwikkelen waarbij sommige zorgverzekeraars het gebruik van second opinions stimuleren met het idee hiermee cliënten te winnen, zonder dat er duidelijke indicaties en richtlijnen gegeven worden.

Zolang de situatie zo ongestructureerd blijft en er geen eisen worden gesteld aan indicatie en kwaliteit van tweede meningen zal het onduidelijk blijven of patiënten daadwerkelijk profiteren van het principe dat twee meer weten dan één.

#### LITERATUUR

- 1 Anonymus. Overdreven aandacht voor gezondheid. NRC 14 juni 1990.
- 2 Hibbard J, Weeks C. Consumerism in health care. Med Care 1987; 25: 1019-32.

- 3 Sutherland LR, Verhoef MJ. Patients who seek a second opinion: are they different from the typical referral? J Clin Gastroenterol 1989; 11: 308-13.
- 4 Armstrong D. What do patients want? Br Med J 1991; 303: 261.
- 5 Dopheide JP, Nijhout FP. Een ziekenhuis op nieuw land. Utrecht: NHI, 1983.
- 6 Krol LJ. De consument als leidend voorwerp in de gezondheidszorg. Amsterdam, 1985. Proefschrift.
- 7 Rutkow IM, Gittelsohn AM, Zuideman GD. Surgical decision making. The reliability of clinical judgment. Ann Surg 1979; 190: 409-19.
- 8 Bayliss R. Second opinions. Br Med J 1988; 296: 808-9.
- 9 Holdrinet RSG. Een tweede mening? Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 950-2.
- 10 Holdrinet RSG. Een bijzonder consult; de 'tweede mening' nader beschouwd. Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 1310-3.
- 11 Rosenberg SN, Gorman SA, Snitzer S, Herbst EV, Lynne D. Patients' reactions and physician-patient communication in a mandatory surgical second-opinion program. Med Care 1989; 27: 466-77.
- 12 McCarthy EG, Finkel ML. Second opinion elective surgery programs: outcome status over time. Med Care 1978; 16: 984-94.
- 13 McCarthy EG, Widmer GW. Effects of screening by consultants on recommended elective surgical procedures. N Engl J Med 1974; 291: 1331-5.
- 14 McCarthy E, Astor L. Second opinion programs and their impact on alternative forms of health care delivery. JACM 1986; 9: 66-71.
- 15 Myers SA, Gleicher N. A successful program to lower cesarean section rates. N Engl J Med 1989; 319: 1511-6.
- 16 Schachter M, Oppenheimer G, Cannoodt L, Sieverts S. Evaluation of a surgical second opinion program. QRB 1983; 9: 11-9.
- 17 Schlossberg SM, Finkel ML, Vaughan Jr ED, Jensen D, Richle Jr RA, McCarthy EG. Second opinion for urologic surgery. J Urol 1984; 131: 209-12.
- 18 Rosenthal E. When second opinions offer patients more choices than they want. New York Times, June 5, 1991.
- 19 KNMG. Second opinion. Med Contact 1990; 45: 596.
- 20 Graboy TB, Headley A, Lown B, Lampert S, Blatt CM. Results of a second-opinion program for coronary artery bypass graft surgery. JAMA 1987; 258: 1611-4 en 1644-5.

Aanvaard op 29 juli 1992

## Referaten

### Inwendige geneeskunde

#### *Plasmatriglyceridegehalte en sterfte aan coronaire hartziekte*

De plasmatriglyceriden (plasma-TG) staan volop in de belangstelling als risicofactor voor coronaire hartziekte. In een aantal prospectieve onderzoeken bleek de plasma-TG-concentratie een onafhankelijke en statistisch significante risicofactor te zijn; in andere werd deze risicofactor van minder waarde geacht na correctie voor plasmaconcentraties van totaal-cholesterol of 'high-density'-lipoproteïne (HDL)-cholesterol. Het verband tussen de plasma-TG-concentratie en de incidentie van sterfte aan myocardinfarct werd onderzocht in een 12 jaar durend follow-up-onderzoek van de Lipid Research Clinics (LRC). In dit LRC-onderzoek (1972-1976) werd bewezen dat verlaging van de cholesterolconcentratie de sterfte doet dalen. In het onderhavige artikel bestudeerden Criqui et al. 4129 blanke mannen en 3376 vrouwen, allen zonder coronaria-aandoening bij het begin van het onderzoek en ten minste 30 jaar oud.<sup>1</sup> Dit waren allen mensen met een hyperlipidemie afkomstig uit het oorspronkelijke LRC-onderzoek en 15% van de overige onderzoeksgroep, als controlegroep. Bij iedereen werd een volledige analyse van de lipiden uitgevoerd. Over de reproduceerbaar-

heid van de TG-meting en de mate van intra-individuele variabiliteit van de meting wordt de lezer niet geïnformeerd.

Er deden zich 140 infarcten bij de mannen voor en 61 bij de vrouwen. De samenhang werd geanalyseerd met de natuurlijke logaritme van TG, onderverdeeld in quintielen. In dit prospectieve onderzoek werd gevonden dat een verhoogde plasma-TG-concentratie in de hoogste 2 quintielen bij mannen ( $\geq 1,48$  mmol/l) en in de hoogste 3 quintielen bij vrouwen ( $\geq 0,94$  mmol/l) een significante samenhang toonde met een toegenomen kans op een myocardinfarct. Het relatieve risico bij mannen was 1,54 (95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 1,19-1,98;  $p \leq 0,001$ ) en 1,88 bij vrouwen (1,19-2,98;  $p \leq 0,01$ ). De auteurs hebben ook gecorrigeerd voor HDL-cholesterolgehalte, roken, bloeddruk, 'body mass index' en postmenopauzale toestand. Het effect van de hoogste TG-quintielen was na correctie statistisch niet langer significant (95%-BI van het relatieve risico voor mannen was 0,92-1,86 en voor vrouwen 0,66-2,16). De belangrijkste nieuwe bevinding is echter dat in de groep mannen met een laag HDL-cholesterolgehalte ( $\leq 0,90$  mmol/l) degenen met een verhoogde TG-concentratie (2 quintielen) statistisch significant meer myocardinfarcten hadden. Voor vrouwen werd in de groep met een 'laag' HDL-choleste-