



# Defensieve zorgverlening

**Rapportage over onderzoek naar defensieve zorgverlening in  
Nederland, door de Stichting Beroepseer in opdracht van**



**Maart 2016**

**Thijs Jansen, Corné van der Meulen & Mitchel van Gool**

**Stichting Beroepseer**

**Godfried Bomansstraat 8.9**

**Culemborg, ME 4103 WR**

**Netherlands**



# Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>2. Resultaten peiling en interviews zorgverleners</b>	<b>8</b>
<b>2.1 De zorgverlener en de patiënt</b>	<b>8</b>
2.1.1 Druk van patiënten en hun familie	8
2.1.2 Zelf anders handelen als gevolg van druk	10
2.1.3 Anders handelen door andere zorgverleners als gevolg van druk	14
2.1.4 Ontwikkelingen in druk en handelen	15
<b>2.2 Zorgverleners en derden</b>	<b>17</b>
2.2.1 Druk van derden	17
2.2.2 Zelf anders handelen als gevolg van druk	18
2.2.3 Anders handelen door andere zorgverleners als gevolg van druk	21
2.2.4 Ontwikkelingen in druk en handelen	22
<b>2.3 Samenvatting resultaten</b>	<b>24</b>
<b>3. Resultaten literatuuronderzoek ‘Defensive Medicine’</b>	<b>27</b>
<b>4. Resultaten literatuuronderzoek en expertinterviews: Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg</b>	<b>33</b>
<b>5. Methodes</b>	<b>36</b>
<b>6. Conclusie</b>	<b>42</b>
<b>7. Gebruikte literatuur</b>	<b>46</b>
<b>Bijlage 1 Vragenlijst</b>	<b>49</b>
<b>Bijlage 2. Schematisch overzicht literatuuranalyse</b>	<b>57</b>



## 1. Inleiding

Dit onderzoek richt zich op ‘defensieve zorgverlening’ in de praktijk van Nederlandse zorgprofessionals. In de Verenigde Staten woedt al enkele decennia een discussie over de gevolgen die defensieve zorgverlening voor de kwaliteit en de kosten van de zorg kan hebben.

In dit onderzoek is het begrip breed benaderd en onderzocht in hoeverre zorgverleners *andere zorg verlenen dan zij volgens hun beroepseer nodig achten door de druk die zij van patiënten of externe partijen ervaren*. Zorgverleners kunnen vanuit verschillende partijen druk ervaren om anders te handelen dan zij vanuit hun professionaliteit als optimaal beschouwen: vanuit de patiënt, de familie, maar ook vanuit derde partijen zoals directe collega’s, het management, de beroepsvereniging, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en zorgverzekeraars.

In de Nederlandse zorgpraktijk duikt het begrip defensieve zorgverlening steeds vaker op. In het bijzonder recent rondom de invoering van de nieuwe *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)*. Deze wet vervangt de bestaande klachtenprocedure en geldt voor alle zorgverleners in Nederland<sup>1</sup>. De wet beoogt de klachtenprocedure persoonlijker en efficiënter te maken. Dit moet leiden tot een situatie waarin openheid ontstaat over ingediende klachten en incidenten, waarbij zorgverleners leren van eerdere situaties. Er komt een onafhankelijke geschilleninstantie die een laagdrempelig alternatief biedt als patiënt en zorgverlener er samen niet uitkomen. Hier kunnen patiënten een claim tegen een zorgverlener indienen. Als de instantie deze toekent, kan een schadevergoeding tot 25.000 euro worden opgelegd. Dit bedrag is substantieel hoger dan het huidige maximum van 5.000 euro.

Zal deze nieuwe wet leiden tot een claimcultuur binnen de zorg en een juridisering van de relatie tussen zorgverleners en patiënten? Vanuit verschillende kanten binnen de zorg is verzet ontstaan tegen invoering van de wet. Onder leiding van de KNMG is door 13

---

<sup>1</sup> Rijksoverheid (2016). *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)*. Geraadpleegd op 24 februari 2016 van: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/inhoud/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg>



beroepsorganisaties enkele jaren tegen de invoering gelobbyd<sup>2</sup>. Zij vrezen dat de Wkkgz een claimcultuur in de hand gaat werken. Deze zal met name kleine zelfstandige zorgaanbieders hard raken. Huisarts Coen Albers keert zich fel tegen de invoering van de Wkkgz. In Medisch Contact<sup>3</sup> stelde hij dat er bij invoering ‘een juridisering van het arts-patiënt contact’ zal ontstaan. Dit vindt hij onwenselijk in een relatie die door vertrouwen, wederzijds respect en vakbekwaamheid getekend is. Als de vrees voor een mogelijke claim het medisch handelen gaat bepalen, dan zal defensieve zorgverlening het gevolg zijn.

Er bestaan bij professionals in de zorg ook zorgen over de invloed van derden op het werk, zoals zorgverzekeraars. Deze discussie richt zich onder meer op de toenemende administratieve taken die hiermee gepaard gaan, zoals aantasting van privacy en van de professionele verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg. De ‘Roer moet Om’-beweging onder huisartsen is gericht tegen de overmatige controle en bemoeienis met de vakuitoefening door derden. Dezelfde zorgen leven echter bij andere zorgverleners.

Vanuit verschillende partijen wordt door zorgverleners druk ervaren die de ruimte inperkt om te handelen naar de beroepseer; deze trend moet blijkbaar op verschillende fronten gekeerd worden. Blijkens de roep om ‘dappere dokters’ is het ook gewenst dat zorgverleners zelf weer meer opkomen voor de kwaliteit van hun werk en zelf verantwoordelijkheid nemen voor het doorhakken van knopen in moeilijke kwesties, zoals de vraag hoe lang het eigenlijk zinvol is om door te behandelen. Als zij daarover zelf geen doordachte, afgewogen opvattingen en richtlijnen hebben, zullen andere partijen zich daarmee in toenemende mate gaan bemoeien. In het onderzoek zullen wij nagaan hoe Nederlandse zorgverleners een mogelijke ontwikkeling richting defensieve zorgverlening zelf inschatten.

---

<sup>2</sup> De Dokter (2015). Juridisering en claimcultuur dreigen door nieuwe klachtenwet. *De dokter* (9), 8-12.

<sup>3</sup> Medisch Contact (2015). Boetes uitdelen leidt tot defensieve geneeskunde. *Medisch Contact* (37), 1674-1676.



## **Doelstelling**

Dit onderzoek heeft tot doel om inzichtelijk te maken in welke mate defensieve zorgverlening in de praktijk voorkomt door onderzoek te doen onder praktiserende zorgverleners in Nederland. Tevens heeft het onderzoek tot doel om bestaand onderzoek naar defensieve zorgverlening inzichtelijk te maken en de mogelijke gevolgen van invoering van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) in kaart te brengen.

## **Vraagstelling**

In dit onderzoek verstaan we – zoals aangegeven - onder defensieve zorgverlening *dat zorgverleners andere zorg verlenen dan zij volgens hun beroepseer nodig achten door de druk die zij van patiënten of derde partijen ervaren*. De hoofdvraag van het onderzoek is: *In hoeverre vinden Nederlandse zorgverleners dat er bij hen op dit moment sprake is van defensieve zorgverlening en beschouwen zij dit als een ontwikkeling die steeds sterker wordt?*

Deze hoofdvraag kan worden onderverdeeld in een beschrijvende en een trendvraag. De eerste deelvraag is: *In hoeverre vinden Nederlandse zorgverleners dat er bij hen op dit moment sprake is van defensieve zorgverlening?* Deze vraag moet duidelijk maken in welke mate Nederlandse zorgverleners stellen momenteel aan defensieve zorgverlening doen. De tweede deelvraag is: *In hoeverre ervaren Nederlandse zorgverleners een trend van toenemende defensieve zorg?* Deze deelvraag moet duidelijk maken of en in welke mate zorgverleners een toename ervaren van de mate waarin defensieve zorg wordt verleend en in hoeverre zij verwachten dat dit een trend is.

Om de kennis over defensief gedrag van zorgverleners verder te vergroten zijn aanvullende vragen meegenomen in het onderzoek. De eerste aanvullende vraag is: *Wat is er vanuit de wetenschappelijke literatuur bekend over defensieve zorgverlening?* We maken de wetenschappelijke stand van zaken met betrekking tot defensieve zorgverlening op: op basis van internationale wetenschappelijke literatuur geven wij een analyse van bestaand onderzoek en theorieën die een beeld kunnen geven van de internationale trends en van de situatie in de Verenigde Staten die nu vaak als schrikbeeld wordt gebruikt.



De tweede aanvullende deelvraag is: *In hoeverre kan de invoering van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) tot een toename van defensieve zorgverlening onder Nederlandse zorgverleners leiden?* Het antwoord op deze vraag zal een voorspelling zijn in hoeverre de Wkkgz Nederlandse zorgverleners hiertoe zal aanzetten. De voorspelling zal worden gedaan op basis van expertinterviews die mogelijke ontwikkelingen als gevolg van invoering van de wet inzichtelijk moeten maken. In dit rapport is een kort overzicht gegeven van het huidige aansprakelijkheidsrecht en wat hierin wijzigt met de invoering van de Wkkgz.

### **Relevantie**

Er zijn verschillende redenen waarom het van belang is om zicht te krijgen op de stand van defensieve zorgverlening in Nederland. Ten eerste dienen zorgverleners naar (beroeps)eer en geweten te kunnen werken. Zorgverleners beschikken over specifieke kennis, vaardigheden en ervaring om optimale zorg te kunnen verlenen. Daarvoor is het nemen van risico's soms onontkoombaar. Op de persoon toegesneden kwalitatief goede zorg vereist immers meer dan het enkel correct toepassen van protocollen<sup>4</sup>. Angst is hierbij een slechte raadgever. Specifiek voor zorgprofessionals geldt dat zij werken in situaties waar anderen in sterke mate van hen afhankelijk zijn en waar het kan gaan over leven en dood. Op het moment dat zorgverleners druk ervaren om andere - meer of minder - zorg te leveren dan vanuit hun beroepseer gewenst is, brengt dit de kwaliteit van de zorg in gevaar. Bovendien is het demotiverend, wat evenmin goed voor de kwaliteit van de zorg. Daarom dienen oorzaken voor suboptimaal handelen door externe druk zoveel mogelijk te worden weggenomen.

Ten tweede kan defensieve zorgverlening de zorg onnodig duurder maken. Zo kan defensieve zorg onder meer leiden tot overbehandeling: zorgverleners kunnen onder druk van patiënten of familie van patiënten meer behandelen dan zij zelf nodig, nuttig of zinvol vinden. Dit brengt de doelstelling van de overheid om de doelmatigheid in de zorg te vergroten in gevaar. Als het gaat om kostenbeheersing verdient het de voorkeur eerst een mogelijke trend richting

---

<sup>4</sup> Vosselman, E. G. J. (2007). De Dokter als Medicus en Econoom: van Autonom Arts tot Aanbieder op een Markt van Zorgproducten. *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie*, vol. 81, iss. 3, (2007), pp. 54-60



defensieve geneeskunde te keren boven het steeds verder inperken van het zorgaanbod. Verder maakt een (mogelijke) ontwikkeling richting een claimcultuur het verzekeren van zorg steeds duurder, waardoor de zorg zelf uiteindelijk ook duurder zal worden. Gezien de invoering van de Wkkgz is het daarom van belang een maatschappelijk debat te voeren over de vraag of een claimcultuur dreigt. Het ontstaan van defensieve zorgverlening is onderdeel van een bredere sociaal-culturele ontwikkeling van een afreken-cultuur (Kneyber & Evers 2013) waarin er naar gestreefd wordt om alle mogelijke risico's af te dekken in de 'preventiestaat' (Peeters 2013), de 'audit society' (Power 1999) waarin het vooral gaat over 'risk management' (Power 2009). Het idee dat een risico 'prachtig' (Biesta 2015) kan zijn en noodzakelijk voor goed onderwijs of goede zorg, is vrijwel ondenkbaar geworden.

Ten derde zet een mogelijke claimcultuur de vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverlener onder druk. Ondanks dat er steeds meer aandacht komt voor de transformatie van de patiënt tot kritische zorgconsument, is vertrouwen nog altijd van fundamenteel belang<sup>5</sup>. Zo blijkt uit onderzoek (Mainous, 2003) dat vertrouwen tussen patiënt en zorgverlener er toe leidt dat patiënten voor de diagnose en behandeling relevante informatie aan de zorgverlener toevertrouwen en dat de patiënttevredenheid groter is.

### **Leeswijzer**

De leeswijzer dient als leidraad voor het onderzoek. Allereerst bespreekt hoofdstuk 2 de resultaten van de online peiling (een enquête), aangevuld met interviews met verschillende zorgverleners. Vervolgens behandelt hoofdstuk 3 de wetenschappelijke kennis die over defensieve zorgverlening bekend is. In hoofdstuk 4 wordt de link gelegd naar de nieuwe Wet klachten, kwaliteit en geschillen zorg (Wkkgz) en de invloed die dit kan hebben op de mate van defensieve zorgverlening. Hoofdstuk 5 gaat in op de in dit onderzoek gebruikte methoden. Tenslotte geeft de conclusie (hoofdstuk 6) antwoord op de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek.

---

<sup>5</sup> Calnan & Rowe (2006). *Trust relations in health care—the new agenda*. *Journal of health organization and management*, 20(5), 359-375.



## **2. Resultaten peiling en interviews zorgverleners**

Dit hoofdstuk behandelt de resultaten van het onderzoek onder zorgverleners. Hiermee kan antwoord worden gegeven op de hoofd- en deelvragen. De uitkomsten van de peiling (een online enquête) dienen als leidraad, aangevuld met de uitkomsten van de interviews. Paragraaf 2.1 focust op de druk die zorgverleners van patiënten (en hun familie) ervaren, in hoeverre zij hierdoor anders handelen, in hoeverre deze druk zich in de loop der tijd ontwikkeld heeft en de gevolgen die dit heeft voor het handelen. In paragraaf 2.2 wordt hetzelfde gedaan voor de relatie tussen zorgverleners en derden. In paragraaf 2.3 worden de resultaten samengevoegd en samengevat.

### **2.1 De zorgverlener en de patiënt**

#### **2.1.1 Druk van patiënten en hun familie**

De respondenten geven aan druk te ervaren vanuit patiënten om anders te handelen dan zij als (medisch) professioneel optimaal beschouwen. 22 procent van hen geeft aan veel of zeer veel druk te ervaren. 41 procent bestempelt deze als noch weinig, noch veel. Met name artsen in opleiding en huisartsen ervaren in verhouding veel druk. Respectievelijk 35 en 31 procent stelt veel of zeer veel druk te voelen. Ook medisch specialisten ervaren relatief vaak druk om anders te handelen. Paramedici en tandartsen geven juist aan weinig druk vanuit de patiënt te ervaren. De geïnterviewde fysiotherapeut bevestigt het beeld dat de druk van patiënten op paramedici wel meevalt: 'Druk van patiënten bestaat eigenlijk niet. Het is de druk die van bovenaf wordt vastgelegd. Zorgverzekeraars, certificering en audits die langskomen. Dat is de druk. Wel zie je dat de patiënt steeds meer een zorgvragende consument wordt. Dit is echter geen druk om anders te handelen'.





Beroepsgroep	Zeer weinig of weinig	Niet weinig/niet veel	Veel of zeer veel
Huisarts	23	46	31
Medisch specialist	32	47	21
Paramedicus	54	34	12
Tandarts	51	32	17
Ggz-professional	29	57	14
Arts in opleiding	27	38	35
Overig	34	39	27
Totaal	37	41	22

Tabel 1. Ervaren druk van patiënten om anders dan (medisch) professioneel optimaal te handelen (n=993).

Voor de druk die wordt ervaren van de familie van patiënten ontstaat eenzelfde beeld. 24 procent van de respondenten geeft aan veel of zeer veel druk van de familie van patiënten te voelen, 33 procent stelt dat dit noch weinig, noch veel is. Onder artsen in opleiding geeft 46 procent aan veel of zeer veel druk van familie van patiënten te ervaren om anders te handelen dan zij als (medisch) optimaal beschouwen, voor huisartsen (36 procent) en medisch specialisten (29 procent) ligt dit percentage ook relatief hoog. Daarmee geven huisartsen, medisch specialisten en artsen in opleiding aan meer druk vanuit de familie van de patiënt te ervaren dan vanuit de patiënt zelf. Paramedici en tandartsen ervaren juist nog minder invloed van de familie van de patiënt dan van de patiënt zelf.

Beroepsgroep	Zeer weinig of weinig	Niet weinig/niet veel	Veel of zeer veel
Huisarts	27	37	36
Medisch specialist	33	38	29
Paramedicus	70	23	7
Tandarts	58	31	11
Ggz-professional	38	42	20
Arts in opleiding	19	35	46
Overig	40	32	28
Totaal	43	33	24

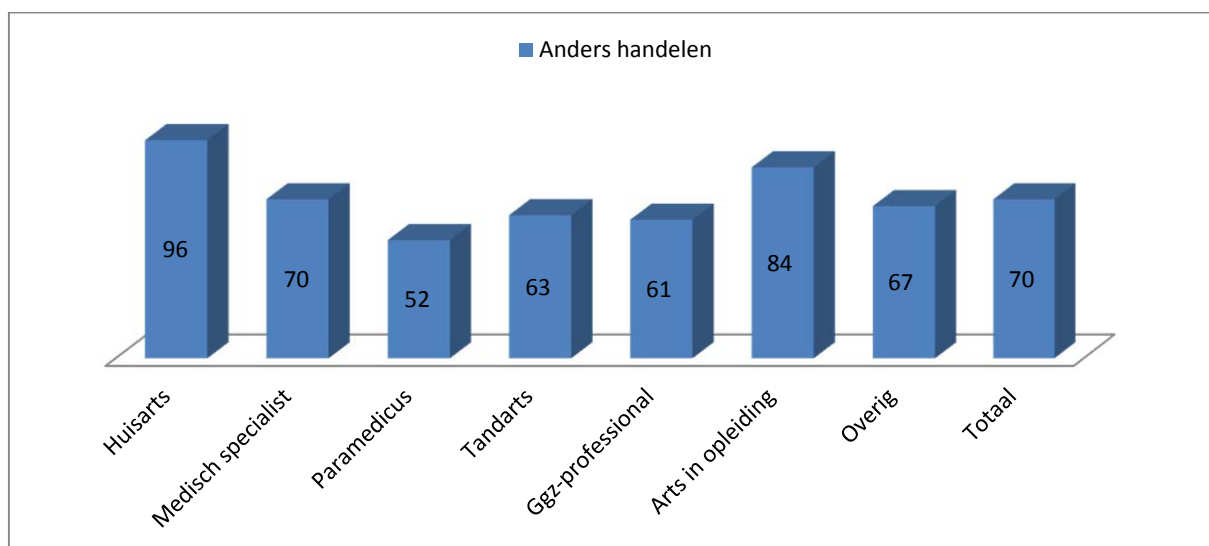
Tabel 2. Ervaren druk van familie van patiënten om anders dan professioneel optimaal te handelen (n=1061).



Samenvattend blijkt dat de respondenten druk ervaren vanuit patiënten en hun familie om anders te handelen dan zij als professioneel optimaal beschouwen. Voornamelijk artsen in opleiding, huisartsen, medisch specialisten en ggz-professionals krijgen met deze druk te maken.

### 2.1.2 Zelf anders handelen als gevolg van druk

Een overgrote meerderheid (70 procent) van de respondenten geeft aan weleens af te wijken van wat zij als professioneel optimaal handelen beschouwen, ten gevolge van druk van patiënten en hun familie. Met name huisartsen (96 procent) stellen dit weleens te doen. Ook artsen in opleiding (84 procent) scoren hier hoog. Paramedici (52 procent) zeggen het minst vaak anders te handelen als gevolg van druk van de patiënt en zijn omgeving. Een geïnterviewde huisarts: "Ik denk dat huisartsen er het meest mee bezig zijn. Specialisten hebben eerder een insteek van: we halen alles uit de kast, die weten alles van één onderwerp. Wij zijn generalisten die constant allerlei dingen zien die een ogenschijnlijk simpele hoofdlijn zijn, maar het kan ook wat anders zijn. Dan ben je constant bezig met zoeken. Wij zijn de groep die hier het meest in moeten balanceren en kwetsbaar zijn. Hoe angstiger wij worden, hoe meer wij zullen doen om onszelf gerust te stellen".



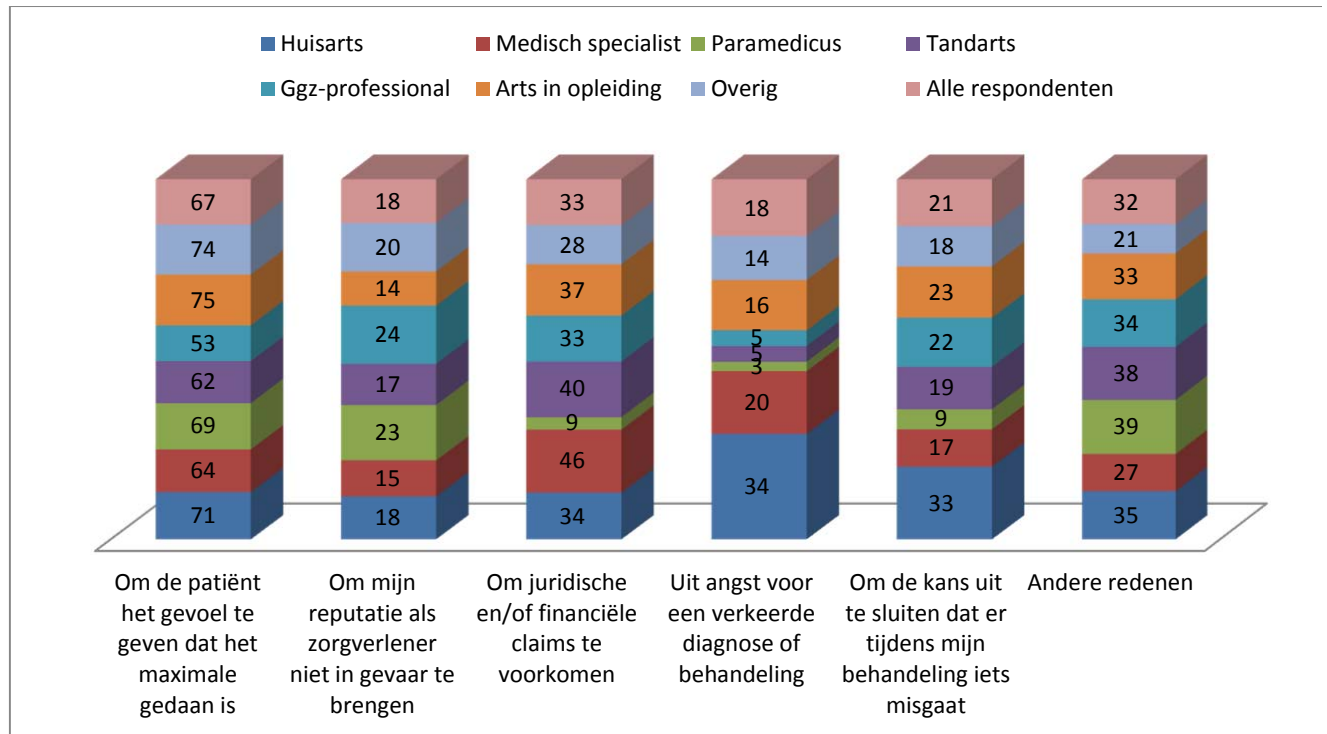
Figuur 1. Percentage van zorgverleners dat weleens anders handelt als gevolg van druk van patiënten en hun familie (n=1067).



Zorgverleners zeggen verschillende redenen te hebben om andere zorg te leveren dan zij vanuit hun professionaliteit als optimaal beschouwen. De meest genoemde reden hiervoor is om de patiënt het gevoel te geven dat het maximale is gedaan. 67 procent van het aantal respondenten zegt het om deze reden te doen. Er valt te discussiëren of hier sprake is van zuivere defensieve zorgverlening. De zorgverlener stelt immers te handelen om de patiënt het gevoel te geven dat het maximale is gedaan. Dit betekent niet dat diegene hier een eigenbelang bij heeft. De geïnterviewde radioloog stelt het dan ook niet als zuiver defensieve zorgverlening te beschouwen: 'Een extra foto ter geruststelling is niet direct defensief. Over het algemeen denk ik dat het ook heel veel onrust en klachten kan wegnemen. Het heeft ook een positief effect als je kan zeggen, we hebben dit onderzocht en dat is het in elk geval niet'. Volgens een geïnterviewde huisarts kleven er gevaren aan anders handelen om deze reden: 'Het punt is dat ieder onderzoek een foutenmarge in zich heeft. Het is gewoon statistiek met een normaalverdeling. Alles wat je doet heeft een bepaald risico in zich. Je kan dan ook verkeerde dingen vinden en onrust creëren. Ook kan er iets verkeerd uitkomen. Dat is het risico dat je loopt door teveel te onderzoeken'. Kortom over de vraag of onderzoeken om de patiënt het gevoel te geven dat het maximale is gedaan, getuigt van professioneel of juist defensief handelen, verschillen de meningen onder zorgverleners.

Een zuiver defensieve reden om anders dan volgens de beroepseer te handelen is het voorkomen van financiële en/of juridische claims. Vooral medisch specialisten (46 procent) en tandartsen (40 procent) geven aan dat hun handelen wel eens door dit motief wordt ingegeven. Voor paramedici (9 procent) blijkt dit minder aan de orde. De geïnterviewde radioloog stelt: 'Op het moment dat je bijvoorbeeld het verzoek om een extra onderzoek weigert, omdat de kans dat je daarmee wat vindt je zeer klein lijkt, maar het achteraf toch in die 0,001 procent blijkt te vallen dan heb je tegenwoordig vaak een groot probleem'. Ondanks dat nu nog relatief weinig zorgverleners zeggen anders te handelen uit angst voor claims stelt 63 procent van de respondenten dat er een claimcultuur binnen de zorg dreigt te ontstaan. 18 procent van de respondenten verklaart anders te handelen dan zij als optimaal zien om hun reputatie als zorgverlener niet in gevaar te brengen.

Huisartsen (34 procent) geven relatief vaak aan anders dan optimaal te handelen uit angst voor een verkeerde diagnose of behandeling. Een groot gedeelte van de respondenten gaf aanvullende redenen (categorie andere redenen). Deze liepen sterk uiteen, maar hielden vaak verband met de directe relatie tussen zorgverlener en patiënt.

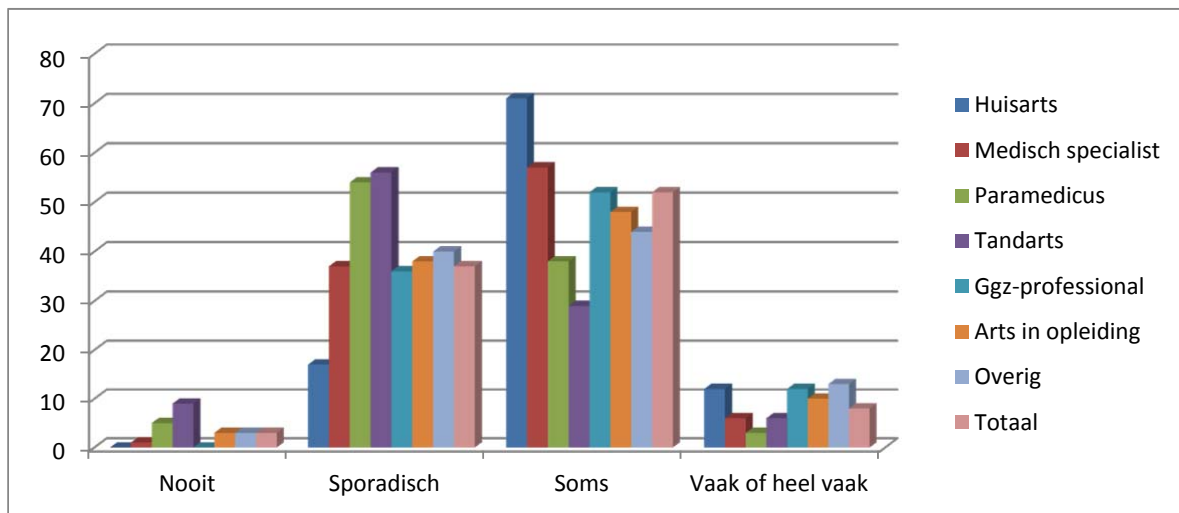


*Figuur 2. Percentage dat aangeeft dat de gegeven optie een reden is om niet volgens eigen (medisch) professioneel inzicht te handelen (n=749)*

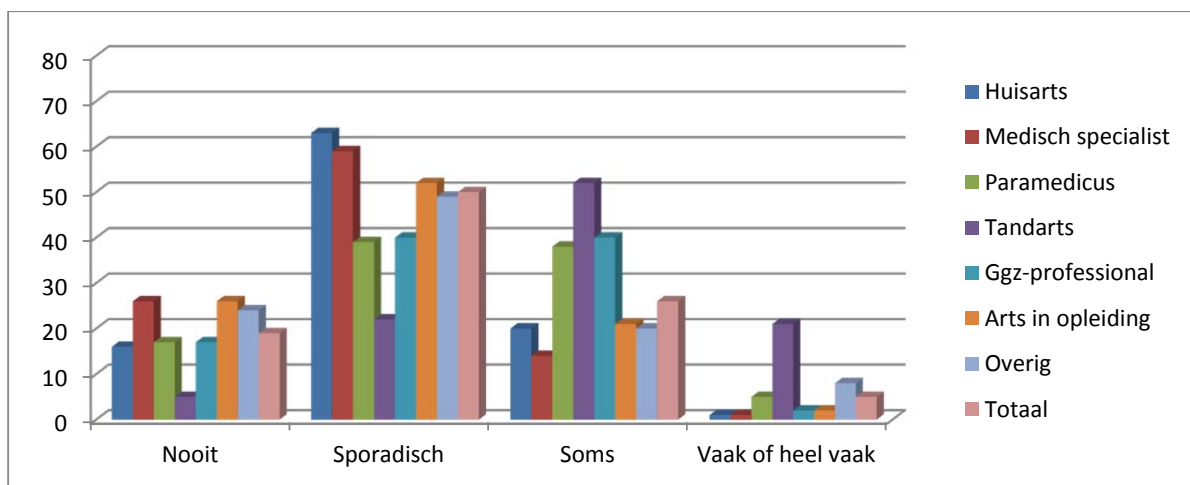
De getallen in de blokken geven per beroepsgroep het percentage aan waarvoor de genoemde optie reden is om niet volgens eigen medisch professioneel inzicht te handelen. De hoogtes van de blokken lijken niet te kloppen met de percentages. Hoe u dit moet lezen: de hoogtes van blokken binnen een staaf laten zien voor welke beroepsgroep de betreffende reden meer of minder speelt dan gemiddeld (alle respondenten).

Anders handelen als gevolg van druk van patiënten en hun familie kan zowel leiden tot het verlenen van *meer* als van *minder* zorg. 61 procent van de respondenten geeft aan dat dit soms, vaak of heel vaak ertoe leidt dat er *meer* zorg wordt verleend dan dat zij als optimaal beschouwen. Voornamelijk huisartsen (83 procent) geven relatief vaak aan dat zij hierdoor *meer* zorg verlenen. Ook medisch specialisten en ggz-professionals geven bovengemiddeld vaak aan dat zij meer zorg verlenen ten gevolge van druk van patiënten en familie.

Dezelfde druk kan er ook toe leiden dat er *minder* zorg wordt verleend. 30 procent van de respondenten geeft aan dat deze soms, vaak of heel vaak ertoe leidt dat er minder zorg wordt verleend dan diegene als optimaal beschouwd. Met name tandartsen (73 procent) stellen dat dit voorkomt. Mogelijk komt dit doordat tandartsenzorg buiten de basisverzekering valt. Ook paramedici en ggz-professionals geven relatief vaak aan dat druk van de patiënt en familie ertoe leidt dat zij minder zorg verlenen.



Figuur 3. Mate waarin *ander* handelen (onder druk van patiënten en hun familie) tot *meer* verleende zorg leidt, uitgesplitst naar beroepsgroep (n=747).



Figuur 4. Mate waarin *anders* handelen (onder druk van patiënten en hun familie) tot *minder* verleende zorg leidt, uitgesplitst naar beroepsgroep (n=747)



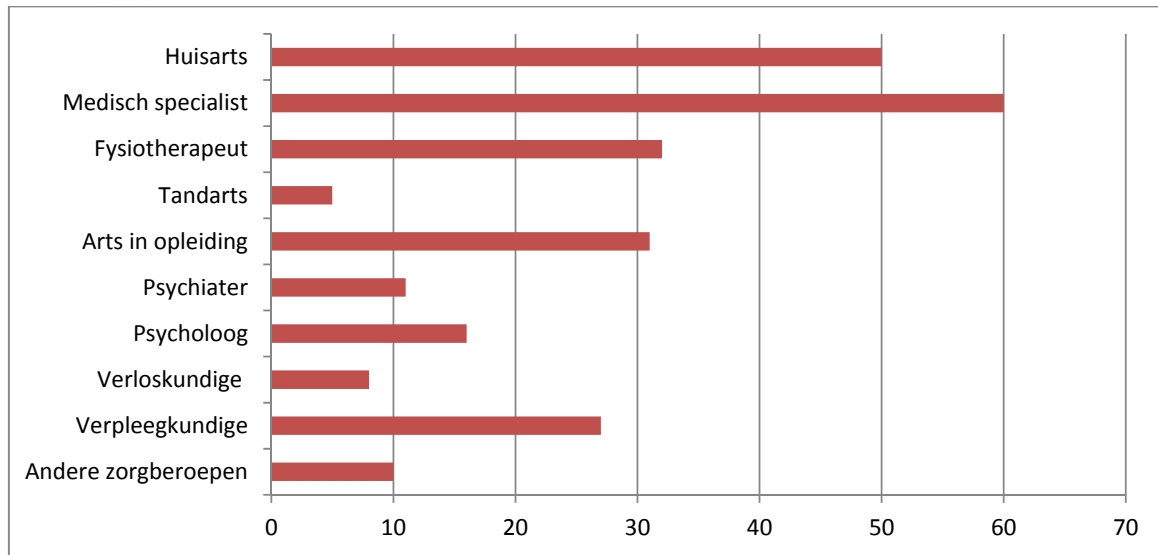
### 2.1.3 Anders handelen door andere zorgverleners als gevolg van druk

Zorgverleners geven aan het gevoel te hebben dat collega's *binnen hun eigen beroepsgroep* anders dan professioneel optimaal handelen als gevolg van druk van patiënten en hun familie. 74 procent van de respondenten geeft aan enigszins, sterk of zeer sterk deze indruk te hebben. Wel is er een sterke oververtegenwoordiging in de categorie die stelt dat dit enigszins het geval is. Onder huisartsen heeft het grootste percentage het idee dat collega's suboptimaal handelen, hierbij gevolgd door tandartsen. Onder paramedici heerst deze indruk het minst.

<i>Beroepsgroep</i>	<i>Niet of nauwelijks</i>	<i>Enigszins</i>	<i>Sterk of zeer sterk</i>
<b>Huisarts</b>	12	62	26
<b>Medisch specialist</b>	27	61	12
<b>Paramedicus</b>	35	57	7
<b>Tandarts</b>	26	56	18
<b>Ggz-professional</b>	23	70	7
<b>Arts in opleiding</b>	28	54	18
<b>Overig</b>	28	55	17
<b>Totaal</b>	26	59	15

*Tabel 3. Percentage respondenten dat het idee heeft dat de eigen collega's anders dan professioneel optimaal handelen onder druk van patiënten en hun familie (n=1049)*

Van de respondenten zegt 54 procent te ervaren dat professionals *in andere zorgberoepen* anders dan professioneel handelen als gevolg van druk van patiënten en hun familie. Om beter onderscheid te kunnen maken tussen de verschillende beroepen zijn bij deze vraag meerdere opties meegenomen. Bij medisch specialisten (60 procent) wordt door andere zorgverleners het sterkst suboptimaal gedrag ervaren. Huisartsen (50 procent) worden het één na meeste genoemd als groep waar dergelijke handelingen worden waargenomen. Tandartsen worden slechts door 5 procent van de respondenten genoemd.



*Figuur 5. Percentage respondentent dat aangeeft anders dan optimaal handelen te ervaren binnen de genoemde beroepsgroep als gevolg van druk van patiënten en hun familie. (N=566-respondenten uit betreffende beroepsgroep zelf).*

#### **2.1.4 Ontwikkelingen in druk en handelen**

Een meerderheid (59 procent) van de respondenten is het eens of helemaal eens met de stelling dat de druk van patiënten en familie op henzelf als zorgverlener de afgelopen jaren is toegenomen. Met name huisartsen (71 procent) en medisch specialisten (68 procent) ervaren dit. Een geïnterviewde huisarts betoogt dat de toegenomen druk van patiënten niet altijd erg is: ‘Ik juich dat alleen maar toe. Maar het vereist wel meer inzet en uitleg. Dat is de laatste jaren wel toegenomen. Ik vind het zelf wel leuk, want ik heb liever iemand die terugpraat dan iemand die ja en amen zegt. Dat moet wel op redelijke gronden zijn natuurlijk. Je moet goed beslagen ten ijs komen, wat dat betreft wordt er wel meer van je gevraagd. Ook de geïnterviewde verpleegkundige merkt dat de houding van patiënten is veranderd: ‘Ja, dat merk je wel. Niet in de zin dat ze direct gaan dreigen met een claim, maar wel dat ze eisen dat er een scan gemaakt wordt, terwijl de arts daar niet direct reden toe ziet. Ook komt het voor dat er onderzoek gedaan wordt met de insteek om de patiënt tevreden te stellen of de familie van de patiënt, zonder dat de arts hier nou echt achter staat’.



Beroepsgroep	Helemaal oneens of oneens	Niet oneens/ niet eens	Eens of helemaal eens
<b>Huisarts</b>	13	16	71
<b>Medisch specialist</b>	13	19	68
<b>Paramedicus</b>	31	30	39
<b>Tandarts</b>	19	25	56
<b>Ggz-professional</b>	25	25	50
<b>Arts in opleiding</b>	19	19	62
<b>Overig</b>	18	22	60
<b>Totaal</b>	19	22	59

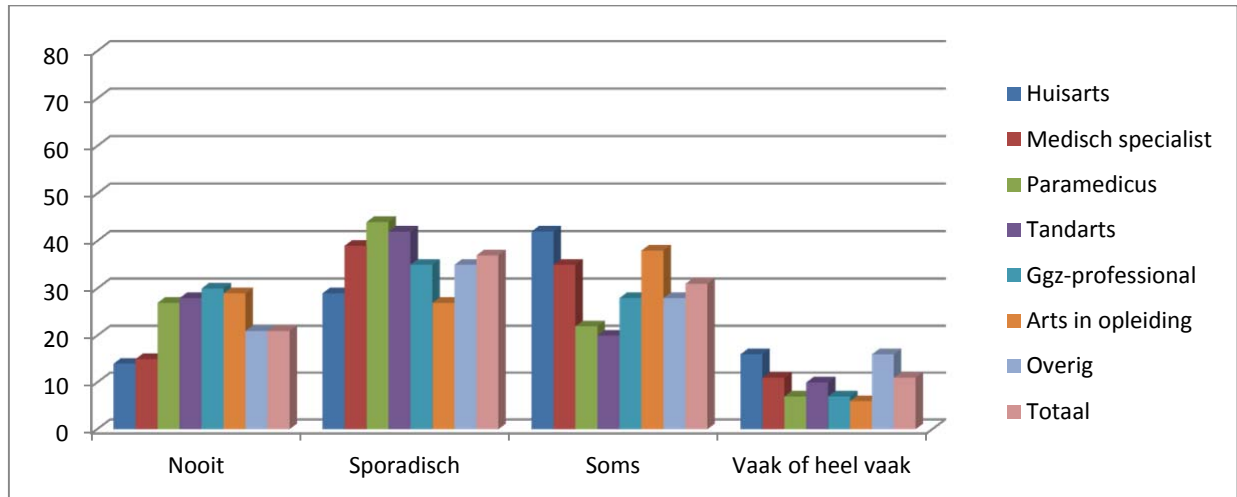
Tabel 4. Antwoord op de stelling: *De druk van patiënten en hun omgeving op mij als zorgverlener is in de afgelopen jaren toegenomen* (n=1039).

Niet enkel de druk die gevoeld wordt is de afgelopen jaren toegenomen. Zorgprofessionals stellen ook eerder geneigd te zijn om *toe te geven* aan de druk die door patiënten en hun omgeving wordt uitgeoefend dan dat zij dat 10 jaar geleden waren. 79 procent geeft in meer of mindere mate aan tegenwoordig sneller toe te geven aan de druk van patiënten. Slechts 11 procent van de respondenten geeft echter aan dat dit vaak of heel vaak het geval is. Huisartsen stellen relatief het meest dat zij nu eerder dan 10 jaar geleden geneigd zijn om 'te zwichten' voor druk van patiënten. 86 procent zegt dat dit het geval is en 16 procent stelt dat dit zelfs vaak of zeer vaak voorkomt.

39 procent van de respondenten zegt het eens of helemaal eens te zijn met de stelling dat er binnen de eigen beroepsgroep een trend gaande is richting het toegeven aan druk van patiënten en hun omgeving. Onder huisartsen (58 procent) is relatief het grootste aantal respondenten het hiermee eens of helemaal eens. Ook artsen in opleiding (49 procent) hebben het gevoel dat deze trend binnen hun beroepsgroep gaande is. Paramedici (15 procent) hebben het minst vaak dit gevoel.

Op de stelling: *Onder zorgverleners in Nederland is een trend gaande richting het toegeven aan druk van patiënten en hun omgeving* geeft 49 procent van de respondenten aan het hiermee eens of helemaal eens te zijn. 15 procent is het oneens of helemaal oneens met deze stelling.





Figuur 6. Percentage respondenten dat aangeeft tegenwoordig eerder geneigd te zijn toe te geven aan de druk van patiënten en hun familie (n=1038).

Beroepsgroep	Helemaal oneens of oneens	Niet oneens/ niet eens	Eens of helemaal eens
<b>Huisarts</b>	18	24	58
<b>Medisch specialist</b>	27	31	42
<b>Paramedicus</b>	46	39	15
<b>Tandarts</b>	22	37	41
<b>Ggz-professional</b>	38	29	32
<b>Arts in opleiding</b>	21	30	49
<b>Overig</b>	26	31	43
<b>Totaal</b>	29	32	39

Tabel 5. Antwoorden op de stelling: Binnen mijn beroepsgroep is een trend gaande richting het toegeven aan druk van patiënten en hun omgeving (n=1039).

## 2.2 Zorgverleners en derden

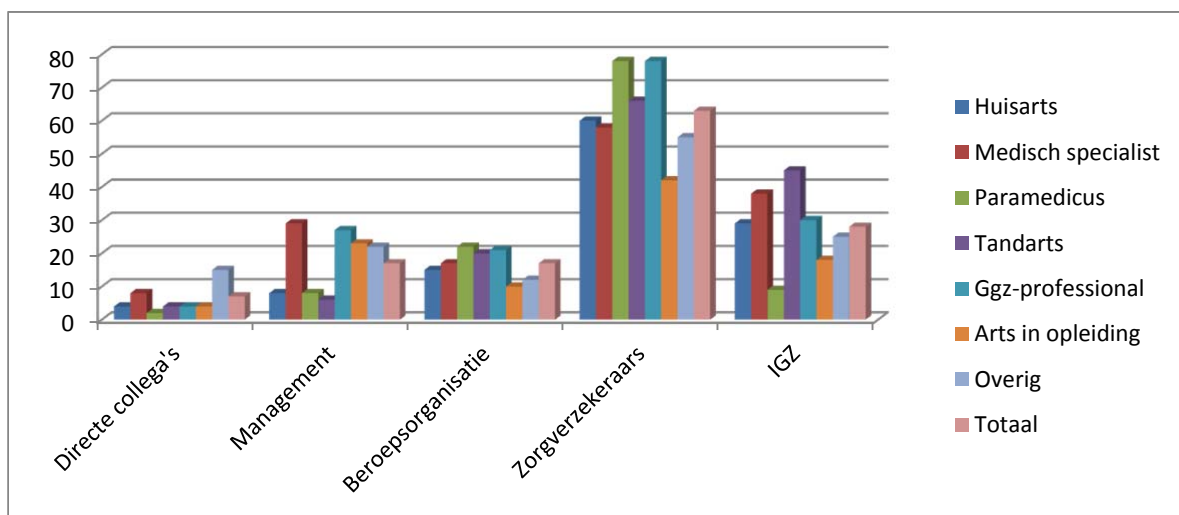
### 2.2.1 Druk van derden

Zorgprofessionals kunnen ook vanuit partijen die geen deel uitmaken van de directe relatie tussen zorgverlener en patiënt druk ervaren om anders te handelen dan zij als professioneel optimaal beschouwen. Deze druk wordt met name gevoeld van zorgverzekeraars. 63 procent zegt veel of zeer veel druk van verzekeraars te ervaren om niet conform de eigen beroepseer te handelen. Paramedici en ggz-professionals (78 procent) geven het meest aan veel of zeer veel druk te ervaren. Voor artsen in opleiding ligt dit percentage (42) het laagst. De



geïnterviewde fysiotherapeut legt uit dat de druk van zorgverzekeraars zeer groot is: ‘De druk van zorgverzekeraars is immens, maar of er daardoor ook anders gehandeld wordt weet ik eigenlijk niet, als het specifiek om de zorgvraag gaat dan tenminste. Van bovenaf hoor ik dat het onmogelijk is om redelijke afspraken met verzekeraars te maken. Hier hangen ook boetes aan, die zijn echt onredelijk. Het is op een gegeven moment alleen maar verantwoording zonder dat je de kwaliteit kan meten. Het verpest het beroep en verpest de relatie tussen zorgverlener en patiënt. Ook al is verantwoord een kracht, het is nu aan het doorslaan’. Tevens vanuit de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) ervaren de respondenten druk, zij het in veel mindere mate dan vanuit verzekeraars. 45 procent van de respondenten geeft aan deze druk als noch als weinig, noch te beoordelen. 28 procent van hen stelt dat de druk van de IGZ groot of zeer groot is. Tandartsen (45 procent) en medisch specialisten (38 procent) geven dit relatief het meeste aan.

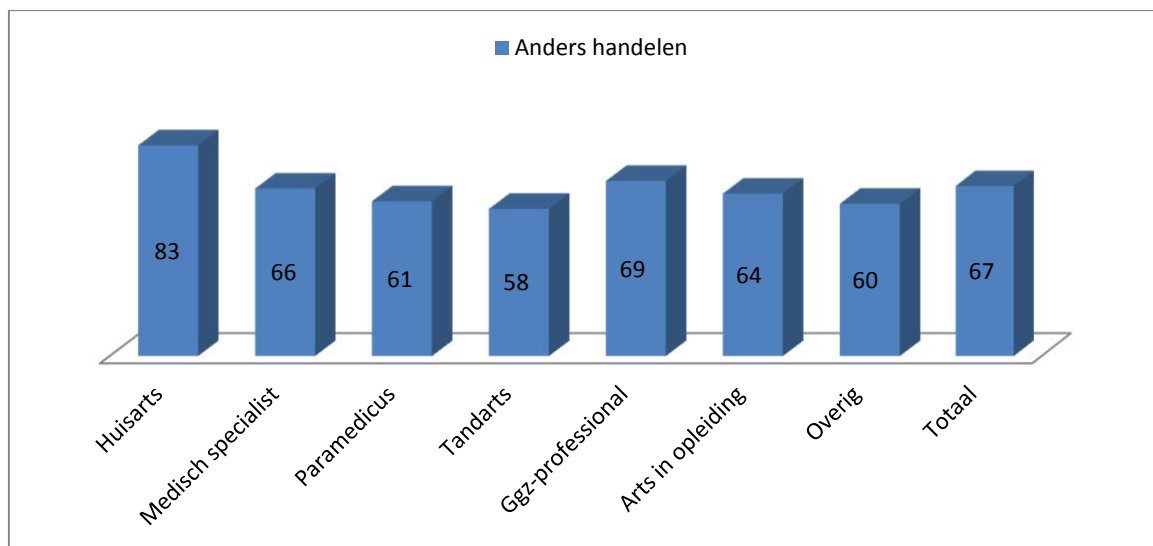
Vanuit directe collega’s ervaren zorgverleners in alle onderzochte beroepsgroepen weinig druk. Slechts 7 procent beschouwt dit als veel of zeer veel. Ook van het management wordt door de meeste zorgverleners relatief weinig druk ervaren. 17 procent van de respondenten geeft aan dat er vanuit deze hoek veel of heel veel druk wordt gevoeld. Wel stelt 29 procent van de medisch specialisten dat deze druk groot of zeer groot is. De druk die gevoeld wordt vanuit de beroepsorganisatie wordt eveneens door 17 procent als veel of zeer veel beschouwd. Paramedici ervaren dit procentueel (22) het meest frequent.



Figuur 7. Percentage respondenten dat aangeeft veel of heel veel druk van de genoemde partij op de x-as te ervaren om anders dan professioneel optimaal te handelen (n=1030).

## 2.2.2 Zelf anders handelen als gevolg van druk van derden

Een overgrote meerderheid (67 procent) van de respondenten geeft aan wel eens anders dan professioneel optimaal te handelen als gevolg van de druk van derden. Met name huisartsen (83 procent) stellen dit weleens te doen. Ook ggz-professionals (69 procent) en medisch specialisten (66 procent) geven dit relatief vaak aan. Tandartsen (58 procent) zeggen het minst vaak dat deze druk reden is om anders te handelen.



*Figuur 8. Percentage van zorgverleners dat weleens anders handelt als gevolg van druk van derden (n=1027).*

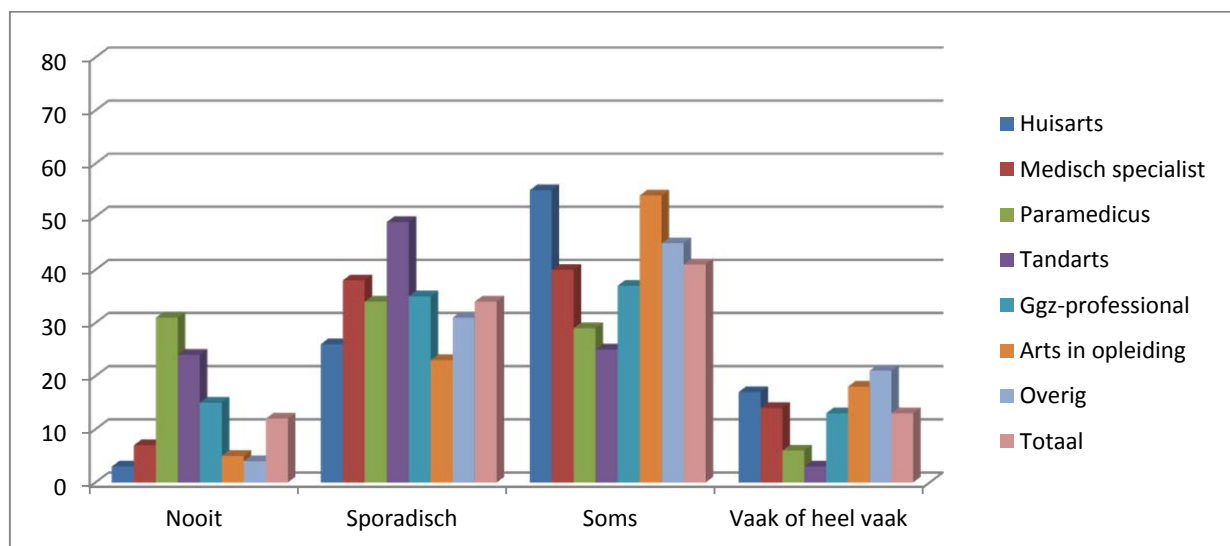
Anders handelen als gevolg van druk van derden kan zowel tot *meer* als *minder* zorg leiden. 13 procent van de respondenten geeft aan dat het effect vaak of heel vaak *meer* zorg is, 41 procent zegt dat dit soms het geval is. Artsen in opleiding en huisartsen stellen met 72 procent het meest frequent dat deze druk soms, vaak of heel vaak leidt tot *meer* zorg. Onder tandartsen (3 procent) en paramedici (6 procent) is het percentage respondenten dat zegt dat de druk van derden vaak of heel vaak tot een toename van de verleende zorg leidt, heel laag.

Als wordt gekeken naar de mate waarin deze druk leidt tot *minder* zorg dan volgens de eigen beroepseer nodig zou zijn, valt op dat 22 procent van de respondenten aangeeft dat dit vaak of heel vaak het geval is, 28 procent geeft aan dat dit soms zo is. Paramedici scoren hier het hoogst. 76 procent van hen zegt dat dit soms, vaak of heel vaak voorkomt, ook onder

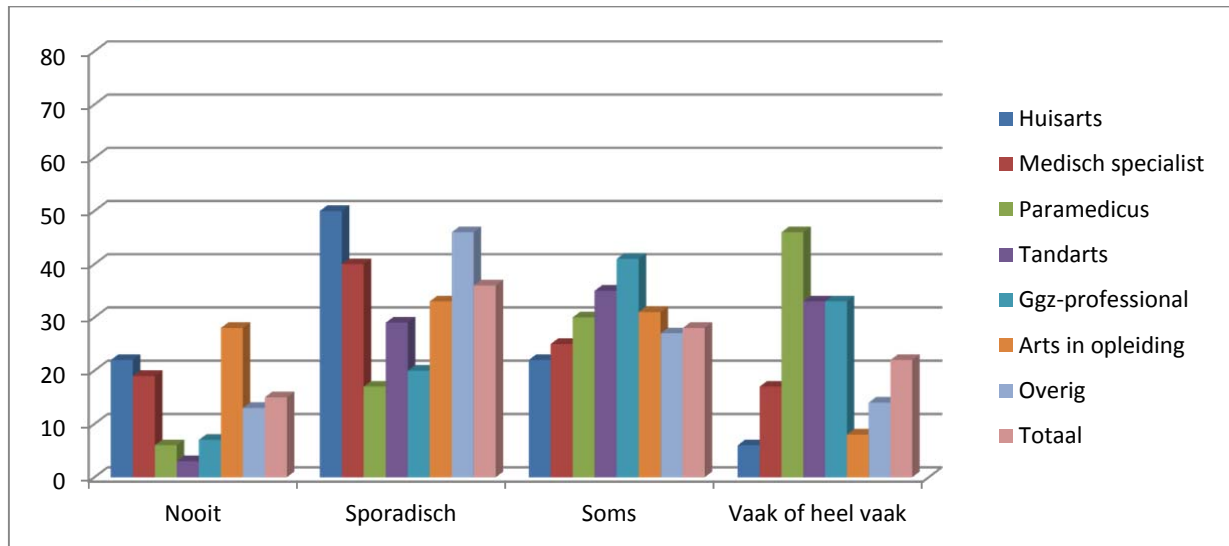


tandartsen (68 procent) en ggz-professionals (74 procent) zegt een relatief groot gedeelte van de respondenten dat dit soms, vaak of heel vaak zo is.

Opmerkelijk is dat huisartsen en artsen in opleiding aangeven dat het eigen suboptimale handelen als gevolg van druk van derden vooral tot *meer* verleende zorg leidt, terwijl tandartsen en paramedici zeggen dat deze druk er frequenter toe leidt dat er *minder* zorg wordt verleend. Bij medisch specialisten lijkt het zowel regelmatig voor te komen dat er meer als minder zorg wordt. De geïnterviewde radioloog zegt daarover: ‘Druk van derden om efficiëntie is niet altijd strijdig met het verlenen van meer zorg. Je kan vaak beter wat extra doen en een verslag maken. Dan kan dat copy-paste het systeem in. Dat is makkelijker dan dat je er heel diep over na moet denken’.



*Figuur 9. Mate waarin anders handelen (onder druk van derden) tot meer verleende zorg leidt uitgesplitst naar beroepsgroep (n=684).*



Figuur 10. Mate waarin anders handelen (onder druk van derden) tot minder verleende zorg leidt uitgesplitst naar beroepsgroep (n=687).

### 2.2.3 Anders handelen door andere zorgverleners als gevolg van druk

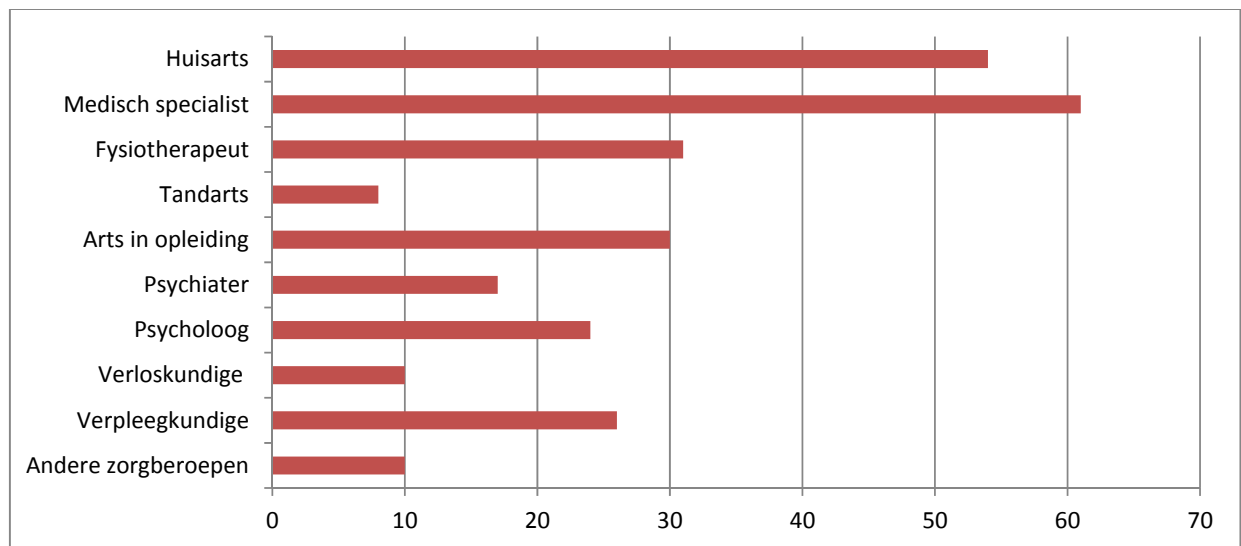
Zorgverleners geven aan het gevoel te hebben dat collega's binnen hun eigen beroepsgroep, als gevolg van druk van derden, in zekere mate afwijken van wat zij als professioneel optimaal beschouwen. 70 procent van de respondenten geeft aan enigszins, sterk of zeer sterk deze indruk te hebben. Onder paramedici heeft het grootste percentage sterk of zeer sterk het idee dat collega's hiervan afwijken, gevolgd door ggz-professionals. Medisch specialisten hebben het minst sterk het gevoel dat collega's anders dan professioneel optimaal handelen. 36 procent van hen zegt dit idee niet of nauwelijks te hebben.

Beroepsgroep	Niet of nauwelijks	Enigszins	Sterk of zeer sterk
<b>Huisarts</b>	20	61	18
<b>Medisch specialist</b>	36	46	18
<b>Paramedicus</b>	29	40	31
<b>Tandarts</b>	34	47	19
<b>Ggz-professional</b>	21	51	28
<b>Arts in opleiding</b>	30	52	18
<b>Overig</b>	31	46	23
<b>Totaal</b>	29	48	22

Tabel 6. Percentage respondenten dat het idee heeft dat professionals binnen hun beroepsgroep anders handelen als gevolg van druk van derden (n=1020)



63 procent van de respondenten stelt te ervaren dat professionals binnen *andere* zorgberoepen toegeven aan de druk van derden. Onder medisch specialisten (61 procent) wordt door andere zorgverleners het sterkst ervaren dat anders wordt gehandeld. Huisartsen (51 procent) worden het op één na meest genoemd als groep waar suboptimale handelingen worden waargenomen. Tandartsen worden slechts door 8 procent van de respondenten genoemd.



*Figuur 11. Percentage respondenten dat aangeeft anders dan professioneel optimaal handelen te ervaren binnen de genoemde beroepsgroep als gevolg van druk van derden (N=645-respondenten uit betreffende beroepsgroep zelf).*

#### **2.2.4 Ontwikkelingen in druk en handelen**

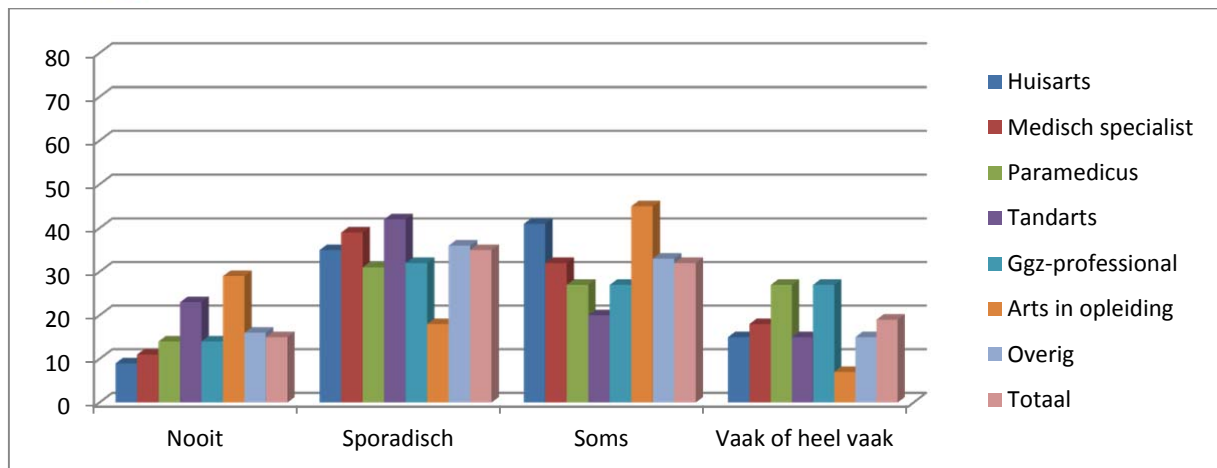
Een ruime meerderheid van de respondenten (77 procent) is het eens of helemaal eens met de stelling dat de druk van derden op hen als zorgverlener in de afgelopen 10 jaar is toegenomen. Onder ggz-professionals is het grootste percentage het hiermee eens of helemaal eens. De verschillen tussen de beroepsgroepen zijn echter beperkt. Enkel voor de categorieën arts in opleiding en overig waren minder dan driekwart van de respondenten het niet eens of volledig eens met de stelling.



Beroepsgroep	Helemaal oneens of oneens	Niet oneens/ niet eens	Eens of helemaal eens
<b>Huisarts</b>	6	13	81
<b>Medisch specialist</b>	10	12	78
<b>Paramedicus</b>	12	10	78
<b>Tandarts</b>	11	13	76
<b>Ggz-professional</b>	8	9	83
<b>Arts in opleiding</b>	20	16	64
<b>Overig</b>	13	19	68
<b>Totaal</b>	11	13	77

Tabel 7. Antwoord op de stelling: De druk van derden op mij als zorgverlener is in de afgelopen jaren toegenomen (n=989).

Niet enkel de ervaren druk om anders te handelen is de afgelopen jaren toegenomen. Zorgprofessionals stellen ook sneller geneigd te zijn om *toe te geven* aan de druk die door derden wordt uitgeoefend dan dat zij dat 10 jaar geleden waren. 85 procent geeft in meer of mindere mate aan dit tegenwoordig eerder te doen. 19 procent van hen geeft zelfs aan dat dit vaak of heel vaak voorkomt. Huisartsen zeggen het meest dat zij sneller geneigd zijn om hieraan toe te geven dan 10 jaar terug. 91 procent van hen zegt dat dit het geval is en 15 procent stelt zelfs dat dit vaak of zeer vaak voorkomt. Artsen in opleiding geven het minst frequent aan sneller geneigd te zijn om toe te geven aan de druk van derden, daarbij dient echter aangetekend te worden dat een groot deel van hen nog geen 10 jaar in de zorg werkzaam is. Een meerderheid (59 procent) is het eens of helemaal eens met de stelling: ‘Binnen mijn beroepsgroep is een trend gaande richting het toegeven aan druk van derden’. Met name ggz-professionals (73 procent) geven relatief vaak aan het hiermee eens te zijn. Voor alle beroepsgroepen (op artsen in opleiding na) geldt dat een meerderheid de mening heeft dat deze trend gaande is. Het percentage respondenten dat het eens of helemaal eens is met de stelling dat er onder zorgverleners in het algemeen een trend gaande is richting het toegeven aan druk van derden is 61.



Figuur 12. Percentage respondentent die aangeeft tegenwoordig eerder geneigd te zijn toe te geven aan de druk van derden (n=987).

Beroepsgroep	Helemaal oneens of oneens	Niet oneens/ niet eens	Eens of helemaal eens
<b>Huisarts</b>	15	22	63
<b>Medisch specialist</b>	17	26	57
<b>Paramedicus</b>	12	28	60
<b>Tandarts</b>	17	24	59
<b>Ggz-professional</b>	11	16	73
<b>Arts in opleiding</b>	23	34	43
<b>Overig</b>	20	22	58
<b>Totaal</b>	16	25	59

Tabel 8 Antwoorden op de stelling: Binnen mijn beroepsgroep is een trend gaande richting het toegeven aan druk van derden (n=990).

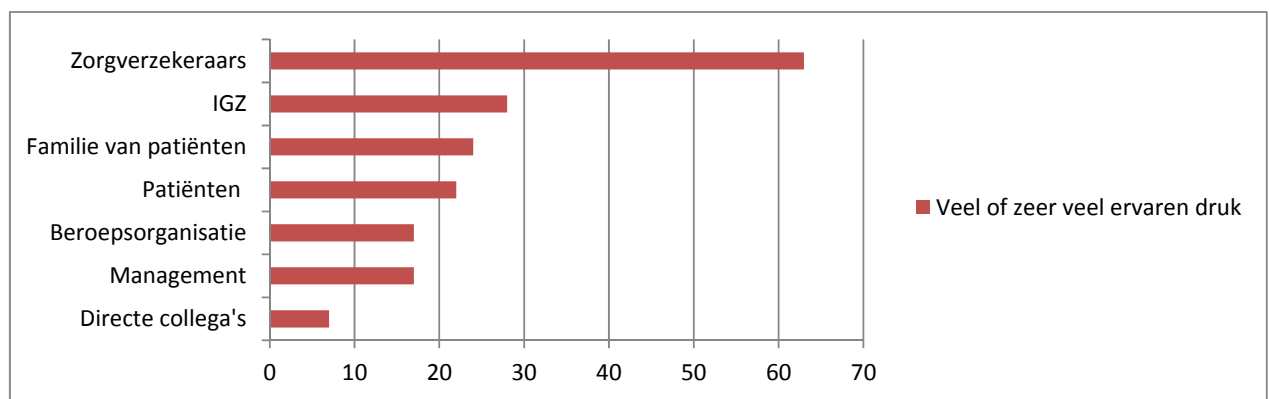
## 2.3 Samenvatting resultaten

Zorgprofessionals geven aan vanuit verschillende partijen druk te voelen om anders te handelen dan zij als professioneel optimaal beschouwen. De grootste druk wordt ervaren vanuit de zorgverzekeraars, 63 procent van de respondenten geeft aan veel of zeer veel druk te ervaren. Paramedici en tandartsen (78 procent) geven dit relatief het meest frequent aan. Ook vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg (28 procent) wordt druk ervaren. Met name tandartsen (45 procent) stellen vaak dat deze druk groot of zeer groot is.



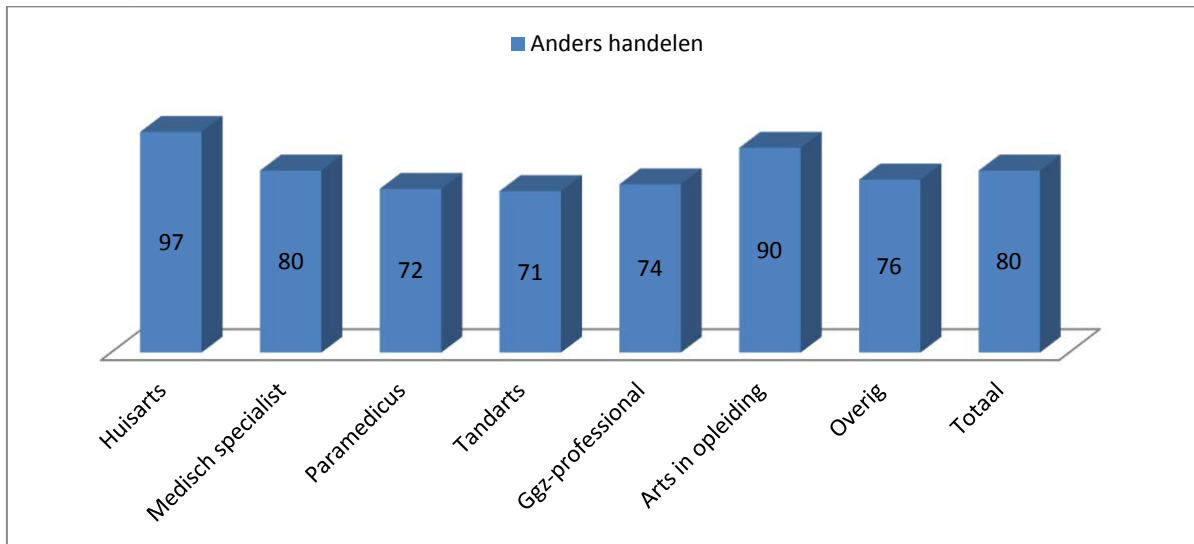


Zorgprofessionals ervaren niet alleen druk van derden. Ook vanuit de patiënt en zijn familie wordt druk ervaren. 24 procent van de respondenten stelt dat de druk vanuit de familie van de patiënt veel of zeer veel is. Voor de druk vanuit de patiënt zelf ligt dit percentage op 22 procent. Met name artsen in opleiding, huisartsen en medisch specialisten ervaren een grote druk van de patiënt en diens familie. Paramedici beoordelen de druk in de directe relatie met de patiënt als het laagst. Van directe collega's wordt het minste druk ervaren. Slechts 7 procent bestempelt dit als veel of zeer veel.



*Figuur 13. Percentage respondenten dat de druk van de genoemde partijen om anders dan professioneel optimaal te handelen als veel of zeer veel beschouwt.*

De druk van verschillende partijen op het werk van de respondenten leidt weleens tot handelen dat niet in overeenstemming is met de eigen beroepscode. 80 procent van de respondenten geeft aan weleens anders dan professioneel optimaal te handelen als gevolg van ervaren druk vanuit de patiënt en zijn omgeving of die van derden. Huisartsen (97 procent) stellen het vaakst dat dit wel eens voorkomt, tandartsen (71 procent) het minst. Huisartsen hebben voornamelijk het idee dat dit gebeurt als gevolg van druk van de patiënt en zijn familie, paramedici hebben dit vooral als gevolg van druk van derden.



*Figuur 14. Percentage respondentens weleens anders handelt als gevolg van druk vanuit de patiënt en diens omgeving of/en derden.*

De belangrijkste reden om toe te geven aan de druk van patiënten is om patiënten het gevoel te geven dat het maximale is gedaan (67 procent), op grote afstand gevolgd door het willen voorkomen van juridische en/of financiële claims (33 procent). 74 procent van de respondenten stelt enigszins, sterk of zeer sterk het gevoel te hebben dat er door collega's (binnen de eigen beroepsgroep) anders dan professioneel optimaal wordt gehandeld als gevolg van druk van patiënten.

De respondenten ervaren dat de druk op hen om anders te handelen is toegenomen. 59 procent stelt dat de druk vanuit patiënten om niet volgens de beroepscode te handelen de afgelopen jaren is toegenomen. In het geval van druk van derden is dit zelfs 77 procent. De respondenten geven ook aan eerder geneigd te zijn om tegenwoordig toe te geven aan deze druk dan 10 jaar geleden. 79 procent zegt dat dit in meer of mindere mate zo is voor de druk van patiënten. Voor de druk van derden is dit zelfs 85 procent. Voor beide vormen geldt dat huisartsen en medisch specialisten het meest frequent aangeven tegenwoordig vaker anders te handelen.



### **3. Resultaten literatuuronderzoek ‘Defensive Medicine’**

In het wetenschappelijk kader wordt bestaande onderzoeksliteratuur over defensieve zorgverlening (defensive medicine) behandeld. Paragraaf 3.1 licht het begrip defensieve zorgverlening en de gevolgen ervan toe. Paragraaf 3.2 beschrijft in welke mate defensieve zorgverlening voorkomt. Paragraaf 3.3 gaat over de mechanismen die de mate waarin defensieve zorg wordt verleend, kunnen beïnvloeden. Tenslotte vat paragraaf 3.4 het weinige onderzoek samen dat tot nu toe gedaan is naar defensieve zorgverlening in Nederland.

De wetenschappelijke literatuur rondom defensieve zorgverlening omvat heel verschillende en zelfs tegenstrijdige resultaten. Dit komt mede omdat het begrip vaak op verschillende manieren wordt geoperationaliseerd. Ook verschillen de onderzoekspopulaties tussen de verscheidene onderzoeken. Dit maakt dat de hieronder genoemde resultaten niet één op één met elkaar vergelijkbaar zijn. Alle gebruikte onderzoeken focussen op het *handelen* van zorgverleners. Enkel het onderzoek van Cantino & Celotti (2009) houdt ook rekening met defensief *administratief* gedrag van zorgverleners. In bijlage 2 zijn de in dit hoofdstuk besproken studies schematisch samengevat .

#### **3.1 Wat is defensieve zorgverlening en wat zijn de gevolgen?**

Er bestaat een brede verzameling van (voornamelijk Amerikaanse) literatuur over defensieve zorgverlening. In deze literatuur gaat het nagenoeg altijd om handelen van zorgverleners dat is ingegeven door het streven de kans op aanklachten en claims te minimaliseren. Al in de jaren 70 omschreven Hershey (1972) en Ritchie (1979) het begrip. Zij kwalificeren defensieve zorgverlening als ‘slecht geneeskundig handelen, afwijkend van wat de arts zelf als goed beschouwd en wat over het algemeen ook zo beoordeeld wordt’ (Lamberts & Janssen, 1984). Men onderscheidt meestal twee verschillende soorten, te weten: *positieve* defensieve zorgverlening en *negatieve* defensieve zorgverlening. Als een zorgverlener extra geneeskundige handelingen uitvoert die in beginsel niet noodzakelijk zijn, spreekt men van positieve defensieve zorgverlening. Negatieve defensieve zorgverlening is aan de orde als een zorgverlener een bepaald onderzoek of een bepaalde behandeling juist achterwege laat, om zo het risico op aanklachten en claims te minimaliseren.



Defensieve zorgverlening wordt in de literatuur vrijwel altijd als onwenselijk en schadelijk beschouwd. Negatieve defensieve zorgverlening kan de kwaliteit van de zorg aantasten (o.a. Lamberts & Janssen, 1984; Van Dijck, 2012). Als een zorgverlener besluit om de behandeling die hij vanuit zijn professionele standaarden optimaal acht niet uit te voeren, krijgen patiënten niet de zorg die zij nodig hebben. Positieve defensieve zorgverlening zou een grote druk leggen op kosten van het zorgstelsel. De schattingen van de kosten die daarmee in de Verenigde Staten gemoeid zijn, wisselen flink. BioScience Valuation stelt dat de totale kosten van onnodig verleende zorg in het Amerikaanse zorgstelsel de 480 miljard overschrijden (Forbes, 2014). Schattingen over de precieze kosten van defensieve zorgverlening lopen echter zodanig uiteen dat het onmogelijk is om deze daadwerkelijk inzichtelijk te maken (Hoffman & Herring, 2015). In onderzoek (Kessler & McClellan, 1996) wordt geconcludeerd dat de totale zorgkosten in de Verenigde Staten met 5 tot 9 procent kunnen worden verminderd als defensieve zorgverlening effectief wordt teruggedrongen. Hermer en Brody (2010) daarentegen schatten dat er zo slechts 1 of 2 procent kan worden bespaard op de kosten voor zorg. Hiermee spreken zij van een klein, maar zeker niet te onderschatten deel van de totale zorgkosten. Ook voor de toegankelijkheid van de zorg kan defensieve zorgverlening gevolgen hebben (Studdert et al, 2005). Als zorgverleners in toenemende mate handelingen uitvoeren om een andere partij tevreden te stellen, zal het gebruik van zorg toenemen. Hierdoor kunnen sommige patiënten mogelijk onvoldoende of niet de juiste zorg krijgen. Het onderscheid tussen negatieve en positieve defensieve zorgverlening is niet eenduidig. Beide begrippen bieden ruimte voor verschillende operationalisering (Van Dijck, 2012).

### **3.2 In welke mate komt defensieve zorgverlening voor?**

Ook over de mate waarin door zorgprofessionals defensieve zorg wordt verleend, lopen de schattingen uiteen. Wel concluderen de meeste onderzoeken dat er door veel zorgverleners in zekere mate defensief wordt gehandeld. Uit een peiling in Amerika (Bishop et al. 2010) bleek dat 91 procent van de zorgverleners (uit verschillende beroepsgroepen) aldaar aangeeft dat artsen meer handelingen dan nodig verrichten om zichzelf in te dekken tegen mogelijke claims. Er werden geen grote verschillen gevonden tussen de verschillende beroepsgroepen. Ondanks dat professionals uit beroepsgroepen waar het gezondheidsrisico voor de patiënt



groter is, ook een grotere kans hebben op claims zorgt dit er volgens hen niet voor dat er meer defensieve zorg wordt verleend. De onderzoekers stellen dat in de hele medische gemeenschap angst voor claims bestaat. Onderzoek (Studdert et al, 2005) onder zes medische beroepsgroepen met een hoge kans op claims laat eenzelfde beeld zien: 93 procent van de zorgverleners gaf in dit onderzoek aan zelf in zekere mate defensief te handelen.

Er bestaat heel veel literatuur over defensieve zorgverlening en we kunnen hier slechts een beperkt deel daarvan bespreken. Het is denkbaar dat de deze cijfers de totale kosten nog onderschatten. Sommigen stellen namelijk dat defensieve zorgverlening inmiddels onderdeel geworden is van de richtlijnen die zorgverleners hanteren (Anderson, 2015). Anderson stelt verder dat het begrijpelijk is dat Amerikaanse zorgverleners zich gedwongen voelen om defensieve zorg te verlenen. In de rechtszaal worden zij beoordeeld aan de hand van standaarden die defensief zijn. Als men daarop 'afgerekend' wordt, is het bijna niet meer mogelijk om *niet* defensief te handelen.

In de Amerikaanse wetenschap is defensieve zorgverlening een belangrijk onderzoeksobject. Dit valt te verklaren uit de daar bestaande 'claimcultuur'. De wetenschappelijke belangstelling buiten de Verenigde Staten blijkt veel minder te zijn. Voor een reviewpaper (Wallace et al, 2013) over claims binnen de eerstelijnszorg konden bijvoorbeeld, naast studies uit de VS, enkel studies uit Groot-Brittannië, Australië, Canada en Frankrijk worden gevonden. Niettemin bestaan er wel enkele onderzoeken naar defensieve zorgverlening in de rest van de wereld. Die onderzoeken geven – verrassend genoeg - veelal eenzelfde beeld als in de Verenigde Staten. Zo zei in een onderzoek (Ortashi et al, 2013) 78 procent van de ondervraagde dokters in Britse ziekenhuizen defensieve zorg te verlenen. In Italië (Cantino & Celotti, 2009) stelde 83 procent van de anesthesisten en chirurgen in de maand voorafgaand aan het onderzoek nog defensieve zorg te hebben verleend. Voor huisartsen lag dit percentage op 78. Van orthopedische chirurgen, traumachirurgen en radiologen in Oostenrijk stelde zelfs 98 procent aan defensieve zorgverlening te doen (Osti & Steyrer, 2015). De spaarzame onderzoeken die te vinden zijn naar defensieve zorgverlening buiten de Verenigde Staten, geven dus aanleiding te denken dat dit buiten de VS net zo goed voorkomt.



Het bestaan van een claimcultuur lijkt niet voorbehouden aan de VS: ook in onderzoeken naar Europese landen legt men de link met angst voor claims. Zo noemt het onderzoek naar defensieve zorgverlening in Italië het ontstaan van een claimcultuur zelfs als een directe reden voor defensieve zorgverlening.

### **3.3 Hoe kan de mate van defensieve zorgverlening worden verklaard?**

Zorgprofessionals kunnen verschillende redenen hebben om defensieve zorg te verlenen. In een Amerikaanse enquête onder artsen (waarvan 75 procent aangaf defensieve zorg te verlenen) werd hen gevraagd wat redenen waren om aan defensieve zorgverlening te doen (Jackson Healthcare, 2012). 78 procent van de respondenten gaf aan dit te doen om te voorkomen dat zij mogelijk zouden worden genoemd in een aanklacht. Als op één na belangrijkste reden werd genoemd dat defensieve zorg ‘de nieuwe standaard’ was geworden. Ten derde werd genoemd dat defensieve zorg wordt verleend, omdat de patiënt vraagt dat alles wordt gedaan wat binnen de mogelijkheden van de zorgverlener ligt. Verder gaf meer dan de helft van de respondenten aan dat het voorkomen van eigen financiële risico’s, de angst om iets te missen en het voldoen aan de standaard die patiënten van artsen verwachten redenen zijn om aan defensieve zorgverlening te doen.

Er bestaat veel empirisch onderzoek naar factoren die van invloed kunnen zijn op de mate waarin zorgverleners defensief handelen. De uitkomsten van deze onderzoeken verschillen echter sterk (Van Dijck, 2012). Lamberts en Janssens (1984) brachten defensieve zorgverlening in verband met onzekerheid. Defensief handelen komt volgens hen vaak voort uit onzekerheid over een diagnose. Verder hebben patiënten bij het eerste contact met de arts meer kans om defensief behandeld te worden.

Zoals eerder benoemd is de angst om aansprakelijk te worden gesteld een belangrijke reden voor zorgverleners om defensief te handelen. Sommige onderzoeken laten een verband zien tussen de aansprakelijkheid van artsen en de mate waarin zij defensief handelen, andere studies slagen er niet in om dit aan te tonen (Van Dijck, 2012). Onderzoeken naar de mate waarin de zorgkosten kunnen worden teruggedrongen als gevolg van hervormingen in het aansprakelijkheidsrecht, suggereren wel dat dit recht daadwerkelijk verbonden is met de mate waarin defensieve zorg wordt verleend (o.a. Kessler & McClellan, 1996; Avraham et al. 2010; Hermer & Brody, 2010).



De vraag rest of zorgverleners die defensiever handelen, daadwerkelijk minder claims tegen zich ingediend krijgen. Amerikaans onderzoek (Jena et al, 2015) laat zien dat artsen die de meeste kosten genereren minder vaak een claim van patiënten krijgen dan artsen die minder kosten maken. Ook keken de onderzoekers naar het aantal keizersneden dat door gynaecologen werd uitgevoerd. De artsen met het laagste percentage keizersneden ontvingen twee keer zoveel klachten als de gynaecologen met het meeste aantal keizersneden. De auteurs kunnen echter niet met zekerheid stellen dat het gevonden verband voortkomt uit defensieve zorgverlening. Het is ook denkbaar dat de extra verleende zorg daadwerkelijk leidt tot betere kwaliteit en daarmee tot minder klachten.

### **3.4 In hoeverre komt defensieve zorgverlening voor in Nederland?**

In Nederland leeft het thema defensieve zorgverlening noch in het maatschappelijke debat noch in de wetenschap. Daarom is er wat betreft de Nederlandse situatie weinig bekend. Er zijn de afgelopen decennia wel een paar studies gepubliceerd waarin men defensieve zorgverlening in Nederland in kaart heeft proberen te brengen. Al in 1984 deden Lamberts & Janssens onderzoek naar defensief handelen onder Nederlandse huisartsen. Anders dan de eerder behandelde onderzoeken, keken zij naar het aantal 'problemen' waarin door de behandelend arts defensief werd gehandeld. De conclusie hieruit was dat dit 2,06 procent van de gevallen gebeurde. Opmerkelijk is dat het hierbij voornamelijk ging om negatief defensief handelen- afzien van een bepaalde behandeling. De beslissing om defensief te handelen bleek vaak samen te hangen met onzekerheid bij de arts.

Dertien jaar later is er opnieuw onderzoek gedaan naar defensief gedrag onder Nederlandse huisartsen (Van Boven et al, 1997). De artsen werd per situatie gevraagd om een aantal redenen te noemen waarom voor een bepaalde handeling werd gekozen. De onderzoekers constateerden dat in 27 procent van alle gevallen in meer of mindere mate sprake was van defensief handelen van de arts. Daarmee concludeerden zij dat defensief gedrag een belangrijk aspect is in het handelen van huisartsen. Voor tandartsen werd slechts in 3,5 procent van alle patiëntontmoetingen defensief gedrag geconstateerd (Assink & Eijkman, 1996). Uit dit onderzoek bleek ook dat de kans op claims hier geen verband hield met de mate van defensief handelen.



Recent onderzoek naar defensieve zorgverlening in Nederland is nauwelijks beschikbaar. In een peiling in 2013 onder medisch specialisten en huisartsen (Mednet, 2013) gaf een kwart van hen aan zich defensiever op te stellen als gevolg van de negatieve publiciteit rondom artsen. De media-aandacht rondom de zaak Jansen-Steur speelde daar een belangrijke rol in. Bijna 60 procent gaf aan buiten het werk steeds vaker door buitenstaanders gevraagd te worden naar de negatieve berichtgeving. Minister Schippers reageerde hier destijds op en stelde dat uit deze cijfers niet de verkeerde conclusies moeten worden getrokken: ‘Hoe meer inzichtelijk wordt wat er in de zorg gebeurt, hoe meer mensen weten dat er ook artsen zijn die hun werk niet goed doen. Deze berichtgeving maakt mensen onzeker en kan het wantrouwen voeden. Onterecht. De Nederlandse arts doet het juist erg goed. De zorg scoort internationaal heel hoog op kwaliteit. Door transparantie van resultaten wordt de zorg van steeds betere kwaliteit en kunnen artsen zich spiegelen en nog beter worden. Van fouten kun je leren en beter worden’.

Om meer inzicht te krijgen in processen van defensieve zorgverlening binnen de Nederlandse zorgpraktijk is aanvullend onderzoek nodig. Gezien de toenemende aandacht voor verantwoording en transparantie binnen de zorg, is het interessant om te onderzoeken of dit leidt tot een toename van de mate waarin defensieve zorg wordt verleend. Met de invoering van de Wkkgz ontstaan er ook meer mogelijkheden om een claim in te dienen tegen de zorgverlener. Voor zowel de kwaliteit als de kosten van de zorg is het belangrijk om te blijven onderzoeken of er in de Nederlandse zorg daadwerkelijk een claimcultuur zal ontstaan en zorgverleners hierdoor in toenemende mate overgaan op defensief handelen.





## **4. Resultaten literatuuronderzoek en expert interviews: Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg**

### **4.1 Medische aansprakelijkheid in Nederland**

De drie belangrijkste manieren waarop een arts via een rechterlijke instantie kan worden aangesproken op zorggerelateerde schade bij een patiënt, zijn via de civiele -, straf-, en tuchtrechter. Daarnaast wordt een deel van de schades buiten rechte afgewikkeld.

De belangrijkste kritiek op het civiele aansprakelijkheidsrecht en daarmee op de mogelijkheid tot het vorderen van een substantiële schadevergoeding is de drempel die wordt opgeworpen om naar de rechter te stappen. Deze drempel uit zich vooral in de kosten van een medische expert inschakelen en de juridische bijstand die vereist is.

Wijne (2013) berekende in haar proefschrift dat er naar schatting per jaar ongeveer 50.000 personen een kansrijke vordering als gevolg van zorggerelateerde schade hebben. Het daadwerkelijk aantal potentiële vorderingen ligt al jaren rond de 1600. Daarvan wordt dan weer 40% toegewezen aan de patiënt door de civiele rechter.

In vergelijking met het civiele recht staat het medisch tuchtrecht meer in het teken van het corrigeren van de arts. Hierin staat niet de schadevergoeding voor de patiënt, maar het waarborgen en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening centraal. Een tuchtklacht heeft veel invloed op artsen: zij blijven in dat proces betrokken en moeten in sommige gevallen ook daadwerkelijk op zitting verschijnen. Ook in de tuchtpraktijk komen jaarlijks ongeveer 1600 klachten binnen. Hiervan werd in 2015 14 procent gegrond verklaard.

Tot slot kunnen artsen in Nederland strafrechtelijk vervolgd worden. Naar schatting gebeurt dit jaarlijks ongeveer 25 keer. Cijfers over het afhandelen van klachten buiten de gang naar de rechter om zijn niet openbaar.



## 4.2 Wat wijzigt er met de invoering van de Wkkgz?

Uit de expertinterviews die zijn aangevuld met literatuuronderzoek, concluderen we dat in Nederland nog geen sprake is van een echt claimcultuur zoals we deze bijvoorbeeld kennen uit de Verenigde Staten. Nederland kent in vergelijking tot andere landen minder bescherming van de patiënt op het gebied van bewijslastverdeling bij de rechter. We kennen geen (toren)hoge civielrechtelijke boetes die gebaseerd zijn op draagkracht van de beklagde (punitive damages) zoals in de V.S. en er is in de Nederlandse rechtspraak meer duidelijkheid voor artsen door precedentwerking dan in Amerika. Juryrechtspraak in het Amerikaanse rechtssysteem zorgt tot slot voor meer onzekerheid over rechterlijke uitspraken dan de Nederlandse rechtspraak.

De nieuwe Wkkgz kan onder specifieke omstandigheden echter wel zorgen voor een groei van het aantal claims in ons land en daarmee voor een stapje in de richting van een claimcultuur. Door de Wkkgz verdwijnt namelijk een praktische, financiële en gevoelsmatige drempel tot het vorderen van schadevergoedingen tot 25.000 euro. Er kan nu een stuk gemakkelijker een claim ingediend worden doordat bijvoorbeeld geen medisch expert ingehuurd hoeft te worden door de eiser bij het verzamelen van bewijs: de medische deskundigheid is aanwezig in de geschillencommissie. Ook andere administratieve kosten voor de eiser/patiënt worden door de Wkkgz sterk gereduceerd.

Of het aantal claims daadwerkelijk zal stijgen, is mede afhankelijk van de vraag hoe zorgaanbieders, met de komst van de Wkkgz, omgaan met klachten die in eerste aanleg bij de klachtenfunctionaris terecht komen. Uit empirisch onderzoek over de behoeftes van benadeelde patiënten (en de familie) blijkt dat zij excuses en medeleven van de zorgaanbieder van groter belang vinden dan een financiële compensatie. Ook is de vraag of het aantal claims zal groeien mede afhankelijk van de mate van de verhoging van eigen bijdragen in de zorg. Hoe meer patiënten zelf moeten betalen voor zorg, hoe meer aansprakelijkheidsclaims er zullen komen. Zo lopen tandartsen op dit moment al een grotere kans op claims omdat de eigen bijdrage van de patiënt hier verhoudingsgewijs groter is.

Tot slot kan het aantal claims groeien omdat er simpelweg een grotere groep potentieel beklagden ontstaat met de komst van de Wkkgz, zeker in combinatie met verschraving van



het sociale vangnet. In het tuchtrecht kunnen alleen BIG-geregistreerde zorgaanbieders worden aangesproken. Ook buiten het BIG-register vallende zorgverleners zoals ergotherapeuten, huidtherapeuten en diëtisten kunnen nu via de Wkkgz aangeklaagd worden.

De Wkkgz is geen opzichzelfstaande juridische ontwikkeling in de medische wereld. De juridische positie van de patiënt ten opzichte van de arts wordt steeds verder versterkt. Een van de voorbeelden daarvan is het wetsvoorstel Modernisering Tuchtrecht. Wanneer deze wet wordt ingevoerd kunnen zorgaanbieders eenzijdig veroordeeld worden in de proceskosten van de klager wanneer een klacht gegrond is. Andersom zou dit niet gaan gelden voor de patiënt. De patiënt zou in het wetsvoorstel bij tuchtrechtzaken daarnaast juridische ondersteuning gaan krijgen van een onpartijdige deskundige die verbonden is aan het tuchtcollege bij het opstellen en wijzigen van een klacht.

Concluderend is de vraag of er meer claims zullen komen door de Wkkgz – en met die groei van claims defensieve zorgverlening kan worden aangewakkerd – afhankelijk van allerlei factoren. De drempel om een claim in te dienen wordt lager en bij een verhoging van eigen bijdragen kan het aantal claims stijgen. Ook de groep van potentieel-beklaagden wordt uitgebreid. Een duidelijke rem op die stijging zou kunnen zijn dat er zorgvuldiger om wordt gegaan met fouten in eerste aanleg (écht medeleven en excuses). Het functioneren van de zorgaanbieders en de klachtenfunctionaris zal hierin dus van groot belang zijn.



## 5. Methoden

Dit hoofdstuk gaat in op de methoden die in dit onderzoek gebruikt zijn. Om de stand van defensieve zorgverlening in Nederland inzichtelijk te maken is gebruikgemaakt van een mixed-methods methode. Gegevens over de stand van defensieve zorgverlening zijn voornamelijk verzameld aan de hand van primaire kwantitatieve gegevens. Dit zijn gegevens die specifiek voor dit onderzoek verzameld zijn. Concreet gebeurde dit door middel van een online peiling onder praktiserende Nederlandse zorgprofessionals. De resultaten hieruit zijn aangevuld met enkele interviews met zorgverleners. Het streven hierbij was om meer inzicht te krijgen in processen die rondom defensieve zorgverlening spelen. Om de mogelijke gevolgen van invoering van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) inzichtelijk te maken zijn expertinterviews uitgevoerd. In de volgende paragrafen worden de gebruikte methoden nader toegelicht.

### 5.1 Vragenlijst

De online vragenlijst is uitgezet onder Nederlandse zorgverleners, in eerste instantie exclusief onder het VvAA ledenpanel. Dit panel bestaat uit een gedeelte van de zorgprofessionals in Nederland (VvAA, 2011). Uit dit bestand zijn alle professionals aangeschreven die volgens de administratie van de VvAA op dat moment praktiserend waren. Wij kozen hiervoor aangezien de Wkkgz voor alle zorgverleners gaat gelden. Dit leidde tot een groep van 5500 potentiële respondenten.

Op vrijdag 12 februari ontvingen de deelnemers aan het VvAA ledenpanel per mail een uitnodiging om deel te nemen. Om het bereik te vergroten is in de VvAA nieuwsbrief van maart een link naar de vragenlijst bijgevoegd. De ontvangers van deze nieuwsbrief hadden een week de tijd om de enquête in te vullen. Ook werd een directe link naar de vragenlijst gepubliceerd op [nursestation.nl](http://nursestation.nl) en het forum van de VvAA. Op maandag 7 maart is de enquête gesloten. Hiermee heeft deze ruim 3 weken opengestaan.

Voor de vragenlijst uitgezet werd hebben zorgverleners uit verschillende beroepsgroepen de enquête doorgenomen en hier feedback op gegeven. Hiervoor werd gekozen om te kunnen garanderen dat de enquête dichtbij de praktijk van de zorgprofessional zou staan. Alle respondenten kregen ongeacht de beroepsgroep dezelfde vragenlijst



voorgelegd. De vragen gingen in op verschillende aspecten van het werk. De nadruk hierbinnen lag op de mogelijke druk die zorgprofessionals ervaren en in hoeverre zij als gevolg hiervan anders handelen. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen de druk die zorgverleners ervaren vanuit de patiënt en hun familie en de druk die ervaren wordt van derden. Vooraf waren de respondenten op de hoogte van het onderwerp van de peiling. De volledige vragenlijst is te vinden in bijlage 1.

### **5.1.2 Respons**

Binnen drie dagen werd een respons van meer dan 900 behaald. In de daaropvolgende periode nam dit in een lager tempo toe. Uiteindelijk vulden 1173 respondenten de enquête gedeeltelijk of volledig in. Maar liefst 94 procent van de respons was afkomstig van het ledenpanel. Enkel hieronder is een respons van ongeveer 20 procent behaald. Vergeleken met het VvAA gemiddelde van 10 procent en gezien het gegeven dat er geen reminders zijn verstuurd kan dit als goed worden beschouwd.

Een gedeelte van de respondenten bleek niet meer werkzaam binnen de gezondheidszorg. Hierdoor konden zij de vragenlijst niet verder invullen. Ook gaven enkele respondenten aan binnen een beroep werkzaam te zijn die niet aansloot bij de doelgroep van het onderzoek (zoals advocaat of beleidsadviseur bij een zorgverzekeraar). Zij zijn uitgesloten van de analyses. Uiteindelijk bleven er 1120 respondenten over die konden worden gemarkeerd als actieve zorgprofessional. Zij zijn onderverdeeld in 6 verschillende groepen. Dit zijn de huisartsen, medisch specialisten, paramedici, tandartsen, ggz-professionals, artsen in opleiding (Aio's) en de overige zorgverleners. De groep overig bestaat uit een brede verzameling van zorgprofessionals die niet bij een van de andere groepen konden worden ingedeeld. Hieronder vallen bijvoorbeeld basisartsen, verpleegkundigen, verloskundigen en professionals binnen de alternatieve geneeskunde. Gezien het pluriforme karakter van deze groep zijn zij niet uitgebreid benoemd in de analyses. Een overzicht van de respons is te vinden in tabel 9.



Beroepsgroepen	Aantallen	Percentage
Huisarts	203	18
Medisch specialist	266	24
Paramedisch	220	20
Tandarts	129	12
Ggz-professional	70	6
Arts in opleiding	71	6
Overig	161	14
<b>Total</b>	<b>1120</b>	<b>100</b>

Tabel 9. Overzicht respons

### 5.1.3. Representativiteit en generaliseerbaarheid

Bij een peiling zoals in dit onderzoek uitgevoerd, dringt zich altijd de vraag op of de steekproef representatief is voor de populatie Nederlandse zorgverleners. Gezien de gebruikte methoden is het niet mogelijk om te stellen of dit al dan niet het geval is. Om inzicht te krijgen in de representativiteit van de steekproef hebben wij enkele kengetallen van de populatie vergeleken met de gegevens van de meest voorkomende beroepen uit de steekproef.

Uit de gegeven vergelijking in tabel 10 blijkt dat er een oververtegenwoordiging bestaat van het aantal huisartsen in de data. De gemiddelde leeftijd en het geslacht van de respondenten komen redelijk overeen met dat van de populatie. Algemeen gesteld is er sprake van een relatief licht verouderde groep respondenten. Ook bestaat er voor de meeste beroepsgroepen een lichte oververtegenwoordiging van het aantal vrouwen.

Vanzelfsprekend bestaat er een veelvoud aan factoren die de generaliseerbaarheid van dit onderzoek mogelijk kunnen beïnvloeden. Daarom moeten de resultaten in de eerste plaats voornamelijk als resultaat van een peiling onder het ledenpanel van de VvAA gezien worden. Wel geeft deze een belangrijke indicatie in hoeverre processen van defensieve zorgverlening in de Nederlandse praktijk spelen.



	Aantal		Percentage vrouw		Gemiddelde Leeftijd	
	Populatie	Dataset	Populatie	Dataset	Populatie	Dataset
<b>Huisartsen (NIVEL,2015)</b>	11345	203	45	46	49	50
<b>Medisch-specialisten (Capaciteitsorgaan,2013)</b>	22800	266	37	35	49	51
<b>Fysiotherapeuten (NIVEL, 2012)</b>	17802	162	56	50	42	52
<b>Tandartsen (Staat van de mondzorg, 2013 ; NIVEL, 2010)</b>	8773	129	26	23	50	52
<b>Artsen in opleiding (KNMG, 2016)</b>	10190	71	66	69	?	32

*Tabel 10. Vergelijking tussen steekproef en populatie zorgverleners*

#### **5.1.4 Werkwijze**

In het hoofdstuk resultaten is voornamelijk gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek. De resultaten van de enquête beschrijven de directe antwoorden van de respondenten. Hierbij is gegroepeerd naar verschillende beroepsgroepen in de zorg.

### **5.2 Interviews**

De gegevens uit de peiling hebben wij aangevuld met enkele interviews. Om meer inzicht te krijgen in processen die rondom defensieve zorgverlening spelen, zijn hiervoor zorgverleners uit verschillende beroepsgroepen geïnterviewd. De mogelijke gevolgen van invoering van de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) zijn in kaart gebracht door middel van expertinterviews.

#### **5.2.1 Interviews zorgverleners**

Om het inzicht in processen rondom defensieve zorgverlening te vergroten hebben wij met 6 zorgverleners uit verschillende beroepsgroepen gesproken. Dit gebeurde aan de hand van semi-gestructureerde interviews. De onderwerpen lagen vooraf vast, maar er is ruimte geboden aan de geïnterviewden om dieper op bepaalde thema's in te gaan. De geïnterviewden zijn werkzaam als radioloog, huisarts, psychiater, verpleegkundige of huisarts.



Het onderwerp defensieve zorgverlening lag voor een deel van de geïnterviewden gevoelig. Daarom is besloten de interviews te anonimiseren en wordt in de verslaglegging niet naar individuele personen te verwezen.

### **5.2.2 Expertinterviews**

Om de gevolgen van de Wet klachten, kwaliteit en geschillen zorg in kaart te kunnen brengen hebben wij experts vanuit verschillende achtergronden geïnterviewd. Hieronder is een overzicht weergegeven van de geïnterviewden en hun achtergrond:

#### Rolinka Wijne

Rolinka Wijne is docent gezondheidsrecht aan de Universiteit van Amsterdam en hoofdredacteur van het online gezondheidsrecht tijdschrift GZR Updates. In 2013 promoveerde zij met haar proefschrift "Aansprakelijkheid voor zorggerelateerde schade" waarin zij pleit voor een uitbereiding van de medische aansprakelijkheid. Haar proefschrift werd bekroond met de mr. C.J. Goudsmitprijs, uitgereikt door de Vereniging voor Gezondheidsrecht.

#### Gijs van Dijck

Gijs van Dijck is empirisch-juridisch onderzoeker gespecialiseerd in aansprakelijkheidsrecht. In 2013 publiceerde hij het artikel: 'Aansprakelijkheid en defensief gedrag: nuancering gewenst'. In dit artikel behandelde hij eerder onderzoek naar het verband tussen de aansprakelijkheid van zorgverleners en de mate waarin zij defensief handelen.

#### Annemarie Smilde

Annemarie Smilde is senior consultant gezondheidsrecht voor de VvAA. In deze functie is zij verantwoordelijk voor de opleiding, juridische kwaliteit, kennismanagement als ook de (juridische) kennisdeling zowel binnen de VvAA als ook met andere zorgaanbieders en beroepsorganisaties.





### Richard Anderson

Richard Anderson is oncoloog en directeur van ‘The Doctors Company’, de grootste Amerikaanse medische aansprakelijkheidsverzekeraar die eigendom is van artsen. Anderson heeft in verschillende publicaties gesteld dat defensieve zorgverlening zeer schadelijk en kostbaar is binnen de Amerikaanse zorg.

### Rankie Ten Hoopen

Rankie Ten Hoopen werkt als Universitair Docent aan Maastricht University op het terrein van aansprakelijkheidsrecht en gezondheidsrecht. Tevens is Ten Hoopen juridisch medewerker bij Boels Zanders Advocaten.

### Tom Vandersteegen

Tom Vandersteegen promoveerde in 2016 aan Hasselt University op het onderwerp tort reforms met zijn werk *‘Essays on the medical malpractice reform in Belgium. A law and economics analysis*. Een deel van zijn promotie was een korter vergelijkbaar onderzoek naar defensieve geneeskunde in België.



## 6. Conclusie

Dit onderzoek had tot doel om inzichtelijk te maken in welke mate defensieve zorgverlening in de Nederlandse praktijk voorkomt. Het begrip defensieve zorgverlening is in dit onderzoek breed benaderd en gedefinieerd: daarvan is sprake *als zorgverleners andere zorg verlenen dan zij volgens hun beroepseer nodig achten door de druk die zij van patiënten of externe partijen ervaren.*

Als hoofdvraag is gesteld: *In hoeverre vinden Nederlandse zorgverleners dat er bij hen op dit moment sprake is van defensieve zorgverlening en beschouwen zij dit als een ontwikkeling die steeds sterker wordt?*

De eerste deelvraag was *In hoeverre vinden Nederlandse zorgverleners dat er bij hen op dit moment sprake is van defensieve zorgverlening?* Uit dit onderzoek komt het volgende beeld naar voren. Zorgprofessionals geven aan vanuit verschillende partijen druk te voelen om anders te handelen dan hun beroepseer vereist. De grootste druk wordt ervaren vanuit de zorgverzekeraars, 63 procent van de respondenten geeft aan hiervan veel of zeer veel te ervaren. Paramedici en tandartsen (78 procent) geven dit relatief het meest frequent aan. Ook vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg (28 procent) wordt druk ervaren. Met name tandartsen (45 procent) stellen vaak dat deze druk groot of zeer groot is. Van directe collega's wordt het minste druk ervaren. Slechts 7 procent bestempelt deze druk als veel of zeer veel.

Zorgprofessionals ervaren niet alleen druk van derden. Ook vanuit de patiënt en zijn familie wordt druk ervaren. 24 procent van de respondenten geeft aan dat de druk vanuit de familie van de patiënt veel of zeer veel is. Voor de druk vanuit de patiënt zelf ligt dit percentage op 22 procent. Met name artsen in opleiding, huisartsen en medisch specialisten ervaren een grote druk van de patiënt en diens familie. Paramedici beoordelen de druk in de directe relatie met de patiënt als het laagst.

De druk van verschillende partijen op het werk van de respondenten leidt tot handelen dat niet in overeenstemming is met de eigen beroepseer. 80 procent van de respondenten geeft aan weleens anders dan professioneel optimaal te handelen als gevolg van ervaren druk vanuit de patiënt en zijn omgeving of die van derden. Huisartsen (97 procent) stellen het vaakst dat dit



voorkomt, tandartsen (71 procent) het minst. Huisartsen hebben voornamelijk het idee dat dit gebeurt als gevolg van druk van de patiënt en zijn familie, paramedici hebben dit vooral als gevolg van druk van derden.

De belangrijkste reden voor de respondenten om toe te geven aan de druk van patiënten is om hen het gevoel te geven dat het maximale is gedaan (67 procent), op grote afstand gevolgd door het willen voorkomen van juridische en/of financiële claims (33 procent). 74 procent van de respondenten stelt enigszins, sterk of zeer sterk het gevoel te hebben dat er door collega's (binnen de eigen beroepsgroep) anders wordt gehandeld als gevolg van druk van patiënten en hun familie.

De tweede deelvraag was: *In hoeverre ervaren Nederlandse zorgverleners een stijgende trend in de mate waarin defensieve zorg wordt verleend?* Een ruime meerderheid van de zorgverleners ervaart in toenemende mate druk vanuit zowel de patiënt als vanuit zorgverzekeraars. 59 procent stelt dat de druk vanuit patiënten om niet volgens de beroepscode te handelen de afgelopen jaren is toegenomen. In het geval van druk van derden is dit zelfs 77 procent. Met name huisartsen en medisch specialisten ervaren een toegenomen druk vanuit patiënten. Ggz-professionals gaven het vaakst aan dat de druk vanuit derden sterker is geworden.

De respondenten geven ook aan eerder geneigd te zijn om tegenwoordig anders dan professioneel optimaal te handelen. Alle geïnterviewde zorgverleners merkten dat de rol van de patiënt de afgelopen jaren veranderd was, al werd dit niet door iedereen als volledig negatief beschouwd. 79 procent geeft in meer of mindere mate aan tegenwoordig eerder toe te geven aan de druk van patiënten en hun omgeving dan 10 jaar geleden. Voor de druk van derden is dit zelfs 85 procent. Voor beide vormen geldt dat huisartsen en medisch specialisten het vaakst aangeven anders te handelen.

De eerste aanvullende deelvraag was: *Wat is er vanuit de wetenschappelijke literatuur bekend over defensieve zorgverlening?* Met name vanuit de Amerikaanse literatuur is veel bekend over het verschijnsel defensieve zorgverlening (*defensive medicine*). Het verschijnsel kan leiden tot een toename van de kosten van de gezondheidszorg, een verslechtering van de toegankelijkheid en een vermindering van de kwaliteit van de geleverde zorg. Uit vele



onderzoeken blijkt dat een ruime meerderheid van de artsen aangeeft weleens defensief te handelen. Wel is het debat enorm gepolariseerd, wat het lastig maakt eenduidige conclusies te trekken. De belangrijkste reden die in het bestaande onderzoek wordt gegeven voor het ontstaan van het verschijnsel, is het minimaliseren van de kansen op claims. In de Europese literatuur is minder aandacht voor het thema. Desondanks geeft de spaarzame literatuur aanleiding om aan te nemen dat defensieve zorgverlening ook in Europa aan de orde is.

De tweede aanvullende deelvraag was: *In hoeverre kan de invoering van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) tot een toename van defensieve zorgverlening onder Nederlandse artsen leiden?* Uit de expertinterviews die zijn aangevuld met literatuuronderzoek, concluderen we dat in Nederland nog geen sprake is van een echte claimcultuur zoals we deze bijvoorbeeld kennen uit de Verenigde Staten. Het antwoord op de vraag of er meer claims zullen komen door de Wkkgz – en of met die groei van claims defensieve zorgverlening wordt aangewakkerd – is afhankelijk van allerlei factoren. De drempel om een claim in te dienen wordt lager en bij een verhoging van eigen bijdragen kan het aantal claims stijgen. Ook de groep van potentieel-beklaagden wordt uitgebreid. Een duidelijke rem op die stijging zou kunnen zijn dat er zorgvuldiger om wordt gegaan met fouten in eerste aanleg (écht medeleven en excuses). Het functioneren van de zorgaanbieders en de klachtenfunctionaris zal hierin dus van groot belang zijn.

Op basis van dit onderzoek kan als antwoord op de hoofdvraag worden gegeven dat defensieve zorgverlening een rol speelt in het werk van Nederlandse zorgprofessionals. De ervaren druk van patiënten en derden leidt ertoe dat zorgverleners wel eens anders handelen dan zij vanuit hun beroepseer als optimaal beschouwen. Deze resultaten sluiten voor een groot gedeelte aan bij de gegevens die bekend zijn over defensieve zorgverlening in andere Europese landen. Hierbij dient rekening te worden gehouden dat de resultaten gezien de brede gehanteerde definitie niet één op één vergelijkbaar zijn met buitenlands onderzoek. Waar in buitenlands onderzoek het voorkomen van claims als belangrijkste reden wordt genoemd om af te wijken van wat professioneel als optimaal wordt beschouwd, is dat hier om de patiënt het gevoel te geven dat het maximale is gedaan. In hoeverre dit als zuiver defensief handelen kan worden beschouwd is afhankelijk van de definitie van 'optimale zorg' die gehanteerd wordt.



Ondanks dat veel respondenten stellen dat er een claimcultuur in de Nederlandse zorg dreigt, is de angst voor claims voor een meerderheid nog geen reden om defensief te handelen. Wel voelen zorgverleners dat de druk op hun werkzaamheden de afgelopen jaren groter is geworden. Dit leidt er toe dat een groot gedeelte van hen zich gedwongen voelt om in meer of mindere mate anders te handelen dan zij vanuit hun beroepseer gewenst achten.

Het is lastig om te bepalen in hoeverre de resultaten generaliseerbaar zijn voor alle zorgverleners in Nederland. Gezien de gekozen methoden is het mogelijk dat er een selectie-effect is ontstaan bij het uitvoeren van de enquête. Daarom dienen de exacte uitkomsten vooral beschouwd te worden als de uitkomsten van een peiling onder (voornamelijk) het ledenpanel van de VvAA. Desondanks geeft dit onderzoek een belangrijke aanwijzing dat zorgverleners zowel vanuit patiënten als vanuit derden (toenemende) druk ervaren en als gevolg hiervan weleens anders handelen dan zij volgens hun beroepseer wenselijk achten.



## 6. Gebruikte literatuur

- Anderson, R.E. (2015). *Defensive Medicine in the United States: Pervasive, Insidious, Incredibly Expensive*. [slides]
- Avraham, R., Dafny, L. S., & Schanzenbach, M. M. (2010). The impact of tort reform on employer-sponsored health insurance premiums. *Journal of Law, Economics, and Organization*.
- Biesta, G (2015). *Het prachtige risico van onderwijs*. Uitgeverij Phronese.
- Bishop, T. F., Federman, A. D. & Keyhani, S. (2010). Physicians' views on defensive medicine: a national survey. *Archives of Internal Medicine*, 170(12), 1081-1083.
- Cantino, M & Celotti, S (2009). The problem of defensive medicine: Two Italian surveys. *Studies in health technology and informatics* (2).
- Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013*. Utrecht: Capaciteitsorgaan
- Eijkman, M. A., & Assink, M. H. (1996). [Defensive behavior? Also in dentistry?]. *Nederlands tijdschrift voor tandheelkunde*, 103(12), 501-503.
- Forbes (2014). *Don't Reform The Malpractice System To Reduce Healthcare Costs -- Eliminate It*. Geraadpleegd op 24 februari 2016 van: <http://www.forbes.com/sites/theapothecary/2014/11/05/dont-reform-the-malpractice-system-to-reduce-healthcare-costs-eliminate-it/#26f009523b16>
- Hershey, N. (1972). The Defensive Practice of Medicine: Myth or Reality. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 50(1), 69-97. <http://doi.org/10.2307/3349487>
- Hoffman, E.D. & Herring, B (2015). *REPORT TO THE MARYLAND HEALTH SERVICES COST REVIEW COMMISSION ON DEFENSIVE MEDICINE*. Geraadpleegd op 24 februari 2016 van: <http://www.hsrc.state.md.us/documents/commission-meeting/2015/03-11/Defensive-Medicine-Final-Report-3-16-15.pdf>
- Hermer, L. D., & Brody, H. (2010). Defensive medicine, cost containment, and reform. *Journal of general internal medicine*, 25(5), 470-473.
- Jackson Healthcare (2012). *Physicians on Medical Liability Reform Options*. Geraadpleegd op 24 februari 2016 van: [http://www.jacksonhealthcare.com/media/162770/phys\\_on\\_med\\_liability\\_reform\\_11.26.12\\_weighted\\_by\\_specialty.pdf](http://www.jacksonhealthcare.com/media/162770/phys_on_med_liability_reform_11.26.12_weighted_by_specialty.pdf)
- Jena, A. B., Schoemaker, L., Bhattacharya, J., & Seabury, S. A. (2015). *Physician spending and subsequent risk of malpractice claims: observational study*. *BMJ* 2015; 351



Kessler, D. P., & McClellan, M. (1996). Do doctors practice defensive medicine? *Quarterly Journal of Economics*, v111(2), 353-390.

Kneyber, René en Jelmer Evers (2013), *Het alternatief. Weg met de afrekencultuur in het onderwijs!* Boom Filosofie uitgevers, Amsterdam.

KNMG (2016). *Aantal registraties specialisten/aios*. Geraadpleegd op 14 maart 2016 van: <http://www.knmg.nl/Opleiding-en-herregistratie/RGS-1/Aantal-registraties-specialistenaios.htm>

Lamberts, H. & Janssens, P.M.H. (1984). Defensief handelen door huisartsen. *Nederlands tijdschrift geneeskunde (128: nr 13)*, 598-602.

Mainous, Arch G. e.a. (2003) Doctors developing patient trust: Perspectives from the United States and New Zealand. *New Zealand Family Physician* Volume 30 Number 5, October 2003, pp. 336–341.

MedZ(2014). Bent u nog baas in eigen praktijk? *Medz (1)*, 6-8.

Nederlandse Zorgautoriteit (2014). *Monitor zorginkoop*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit

NIVEL (2010). *Actuele gegevens over het arbeidsaanbod van tandartsen in Nederland*.

Utrecht: NIVEL.

NIVEL (2012). *Cijfers uit de registratie van fysiotherapeuten*. Utrecht: NIVEL

NIVEL (2015). *Cijfers uit de registratie van huisartsen*. Utrecht: NIVEL

Ortashi, O., Virdee, J., Hassan, R., Mutrynowski, T., & Abu-Zidan, F. (2013). The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. *BMC medical ethics*, 14(1).

Osti, M., & Steyrer, J. (2015). A national survey of defensive medicine among orthopaedic surgeons, trauma surgeons and radiologists in Austria: evaluation of prevalence and context. *Journal of evaluation in clinical practice*, 21(2), 278-284.

Peeters, R (2013). *The Preventive Gaze: How Prevention Transforms Our Understanding of the State*. Eleven International Publishers.

Power, M (1999). *The Audit Society: Rituals of Verification*. Oxford University Press.

Power, M (2009). *Organized Uncertainty: Designing a World of Risk Management*. Oxford University Press.

Ritchey, F. J. (1979). Case management of patients perceived as suit-prone. *Ethics in science & medicine*, 7(1), 37-48.



Staat van de mondzorg (2013). *Peilstations. Sekse en leeftijd van tandartsen*. Nieuwegein: KNMT.

Studdert, D. M., Mello, M. M., Sage, W. M., DesRoches, C. M., Peugh, J., Zapert, K., & Brennan, T. A. (2005). Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *Jama*, 293(21), 2609-2617.

Van Boven, K., Dijksterhuis, P., & Lamberts, H. (1997). Defensive testing in Dutch family practice. Is the grass greener on the other side of the ocean? *Journal of family practice*, 44(5), 468-473.

van Dijck, G. (2013). Aansprakelijkheid en defensief gedrag: Nuancering gewenst. In W. H. van Boom, I. Giesen, & A. J. Verheij (editors), *Capita civilologie: Handboek empirie en privaatrecht*. (blz. 459-484). (Civologie / Civilology (6). Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.

VvAA (2011). *Verkiezingsonderzoek VvAA: administratieve lastendruk in zorg verder omhoog*. Geraadpleegd op 4 mei 2015 van: <http://www2.vvaa.nl/verkiezingsonderzoek-vvaa-administratieve-lastendruk-zorg-verder-omhoog>

Wallace, E., Lowry, J., Smith, S. M., & Fahey, T. (2013). The epidemiology of malpractice claims in primary care: a systematic review. *BMJ open*, 3(7)





## Bijlage 1. Vragenlijst

### Werksituatie

De volgende stellingen hebben betrekking op uw werksituatie.

1. Hoe bent u op dit moment werkzaam?

- Arts in opleiding
- Psychiater
- Psycholoog
- Fysiotherapeut
- Huisarts
- Medisch specialist
- Tandarts
- Verpleegkundige
- Verloskundige
- Anders, namelijk.....
- Nee, ik ben niet meer werkzaam binnen de gezondheidszorg (Einde vragenlijst)

### Zorgverlener en patiënt

De volgende stellingen hebben betrekking op de relatie tussen u en uw patiënt.

2. Kunt u aangeven in hoeverre u het met de volgende stellingen eens bent?

	<i>Helemaal mee oneens</i>	<i>Mee onee ns</i>	<i>Niet eens / niet oneens</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Helemaal mee eens</i>
a) Patiënten kunnen de kwaliteit van de door mij geleverde zorg voldoende beoordelen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Patiënten vertrouwen op mijn deskundigheid als zorgverlener.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



c) Patiënten vertrouwen erop dat ik het beste met hen voor heb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Patiënten moeten vrij zijn om hun eigen zorgverlener te kunnen kiezen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Als professional kan ik de zorgbehoefte van patiënten het beste inschatten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) De positie van patiënten binnen de gezondheidszorg dient verder te worden verbeterd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ik durf de zorgbehoefte van patiënten tegen te spreken als ik een bepaalde handeling onnodig acht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ik slaag er goed in om patiënten in een discussie te overtuigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Het imago van zorgprofessionals in de samenleving is de afgelopen jaren verslechterd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Druk op de professional vanuit de patiënt en zijn/haar omgeving**

**De volgende vragen gaan over in hoeverre u druk ervaart van patiënten en hoe u hiermee omgaat. Het gaat hierbij om druk die wordt uitgeoefend om anders te handelen dan u vanuit uw professionaliteit als optimaal beoordeelt. Hierbij kunt u bijvoorbeeld denken aan druk van patiënten om meer zorg te leveren dan nodig of wenselijk is. Het gaat niet om de druk van actoren buiten de directe relatie tussen u en de patiënt ('derden'). Deze komt later aan bod.**



3. In welke mate ervaart u druk van de volgende partijen om anders te handelen dan u vanuit uw professionaliteit als optimaal beschouwt?

	<i>Ze er we inig</i>	Weinig	Niet weinig/niet veel	<i>Veel</i>	Ze er veel
a) Patiënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Familie van patiënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Handelt u weleens anders dan u als optimaal beschouwt als gevolg van de druk die door patiënten en hun omgeving wordt uitgeoefend?

- Ja
- Nee (Door naar vraag 9)

5. Welke redenen heeft u om aan deze druk gehoor te geven (meerdere antwoorden mogelijk)?

- Om de patiënt het gevoel te geven dat het maximale gedaan is
- Om mijn reputatie als zorgverlener niet in gevaar te brengen
- Om juridische en/of financiële claims te voorkomen
- Uit angst voor een verkeerde diagnose of behandeling
- Om de kans uit te sluiten dat er tijdens mijn behandeling iets misgaat
- Anders namelijk, ....

6. Hoe vaak zorgt de druk van patiënten en hun omgeving ervoor dat u **meer** zorg levert dan u als optimaal beschouwt?

- Nooit
- Sporadisch
- Soms
- Vaak
- Heel vaak

7. Hoe vaak zorgt de druk van patiënten en hun omgeving ervoor dat u **minder** zorg levert dan u als optimaal beschouwt?

- Nooit
- Sporadisch
- Soms
- Vaak
- Heel vaak

8. In hoeverre heeft u het idee dat professionals uit uw **eigen** beroepsgroep (als bij vraag 1) niet optimaal handelen door druk van patiënten en hun omgeving?

- Niet
- Nauwelijks
- Enigszins



- Sterk
- Heel sterk

9. In welke mate werkt u samen met zorgverleners uit andere beroepsgroepen?

- Niet
- Weinig
- Niet veel, niet weinig
- Veel
- Zeer veel

10. Ervaart u dat zorgprofessionals in andere beroepsgroepen dan uw eigen, niet optimaal handelen als gevolg van de druk die door patiënten en hun omgeving op hen wordt uitgeoefend?

- Ja
- Nee (door naar vraag 12)

11. Bij welke **andere** beroepsgroep(en) ervaart u dit (meerdere antwoorden mogelijk)?

- Artsen in opleiding
- Psychiater
- Psycholoog
- Fysiotherapeuten
- Huisartsen
- Medisch specialisten
- Tandartsen
- Verpleegkundigen
- Verloskundigen
- Anders, namelijk

12. In hoeverre bent u geneigd om tegenwoordig meer toe te geven aan de druk die door patiënten en hun familie op u wordt uitgeoefend dan 10 jaar geleden (nb. Als u minder dan 10 jaar werkzaam bent in de gezondheidszorg, gaat u dan uit van het begin van uw loopbaan)?

- Niet
- Sporadisch
- Soms
- Vaak
- Heel vaak

13. Kunt u aangeven in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen?

	<i>Helemaal mee oneens</i>	<i>Mee oneens</i>	<i>Niet eens / niet oneens</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Helemaal mee eens</i>
--	--------------------------------	-----------------------	--	---------------------	------------------------------

a) De druk van patiënten en hun omgeving op mij als zorgverlener is in de afgelopen jaren toegenomen.

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|



b) Binnen mijn beroepsgroep is een trend gaande richting het toegeven aan druk van patiënten en hun omgeving.

c) Onder zorgverleners in Nederland is een trend gaande richting het toegeven aan druk van patiënten en hun omgeving.

d) Druk van patiënten en hun omgeving brengt de kwaliteit van de zorg in gevaar.

e) Als mijn financiële aansprakelijkheid als zorgverlener groter wordt, ben ik eerder geneigd om toe te geven aan de druk van patiënten en hun omgeving.

f) Ik verwacht dat zorgprofessionals in de toekomst sneller zullen toegeven aan de druk van patiënten en hun omgeving.

g) Er dreigt een claimcultuur te ontstaan binnen de Nederlandse zorg.

h) Ik durf tegen een richtlijn in te handelen, als ik dat noodzakelijk acht

### Druk op de professional vanuit derden

**De volgende vragen gaan over de druk die u mogelijk ervaart van partijen buiten de directe relatie met de patiënt, zoals van zorgverzekeraars of het management. Het gaat hier opnieuw over de druk om anders met de zorgbehoefte van de patiënt om te gaan dan u vanuit uw professionaliteit als optimaal beoordeelt.**

14. In welke mate ervaart u van de volgende partijen druk om anders te handelen dan u vanuit uw professionaliteit als optimaal beschouwt?

	<i>Ze</i> er <i>w</i> einig	Weinig	Niet weinig/niet veel	<i>V</i> eel	<i>Z</i> eer veel	Niet van toepassing
a) Mijn directe collega's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



b) Het management van de organisatie waarin ik werkzaam ben

c) De beroepsorganisatie

d) Zorgverzekeraars

e) Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

f) Andere partijen, namelijk (ruimte voor toevoeging)

15. Handelt u weleens anders dan u als optimaal beschouwt als gevolg van de druk die door derden wordt uitgeoefend?

- Ja
- Nee (Door naar vraag 18)

16. Hoe vaak zorgt de druk van derden ervoor dat u **meer** zorg levert dan u als optimaal beschouwt?

- Nooit
- Sporadisch
- Soms
- Vaak
- Heel vaak

17. Hoe vaak zorgt de druk van derden ervoor dat u **minder** zorg levert dan u als optimaal beschouwt?

- Nooit
- Sporadisch
- Soms
- Vaak
- Heel vaak

18. In hoeverre heeft u het idee dat professionals uit uw **eigen** beroepsgroep (als bij vraag 1) niet optimaal handelen door druk van derden?

- Niet
- Nauwelijks



- Enigszins
- Sterk
- Heel sterk

19. Ervaart u dat zorgprofessionals in andere beroepsgroepen dan uw eigen, niet optimaal handelen als gevolg van de druk die door derden op hen wordt uitgeoefend?

- Ja
- Nee (door naar vraag 21)

20. Bij welke **andere** beroepsgroep(en) ervaart u dit (meerdere antwoorden mogelijk)?

- Artsen in opleiding
- Psychiater
- Psycholoog
- Fysiotherapeuten
- Huisartsen
- Medisch specialisten
- Tandartsen
- Verpleegkundigen
- Verloskundigen
- Anders, namelijk

21. In hoeverre bent u geneigd om tegenwoordig meer toe te geven aan de druk die door derden op u wordt uitgeoefend dan 10 jaar geleden (nb. Als u minder dan 10 jaar werkzaam bent in de gezondheidszorg, gaat u dan uit van het begin van uw loopbaan)?

- Niet
- Sporadisch
- Soms
- Vaak
- Heel vaak

22. Kunt u aangeven in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen?

	<i>Helemaal mee oneens</i>	<i>Mee oneens</i>	<i>Niet eens / niet oneens</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Helemaal mee eens</i>
a) De druk van derden op mij als zorgverlener is in de afgelopen jaren toegenomen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Binnen mijn eigen beroepsgroep is een trend gaande richting het toegeven aan druk van derden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Onder zorgverleners in Nederland is een trend gaande richting het toegeven aan druk van derden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



- d) Druk van derden brengt de kwaliteit van de zorg in gevaar.
- e) Als mijn financiële aansprakelijkheid als zorgverlener groter wordt, ben ik eerder geneigd om toe te geven aan de druk van derden.
- f) Ik verwacht dat zorgprofessionals in de toekomst sneller zullen toegeven aan de druk van derden.

**Slot: Persoonlijke gegevens.**

Hoe lang bent u al werkzaam in de gezondheidszorg?

- 0-4 jaar
- 5-9 jaar
- 10-19 jaar
- 20-29 jaar
- 30 jaar of langer

Hoeveel uur werkt u gemiddeld per week?

.... Uur





## Bijlage 2. Schematisch overzicht literatuuranalyse

	Auteurs, publicatiejahr	Opvatting Defensieve zorgverlening	Onderzoeksmethode en populatie	Bijzonderheden	Onderzoeksvragen	Uitkomsten
<b>Health Care Reform. Physician's Views on Defensive Medicine: A National Survey.</b>	Bishop, Federman & Keyhani (2010)	'... <i>defensive medical practices, whereby physicians order tests or procedures in excess of their actual need to protect themselves from the risk of lawsuits.</i> '	Nationaal onderzoek van artsen over de hervorming van de gezondheidszorg: 1500 artsen uit 4 gespecificeerde vakgroepen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primaire gezondheidszorg</li> <li>- Niet-chirurgische (medische) specialisten</li> <li>- Chirurgische specialisten</li> <li>- Andere specialisten</li> </ul>	Geen significante verschillen wat betreft geslacht, locatie (landelijk/stedelijk), type praktijken, gespecificeerde categorie	Gebaseerd op de antwoorden op twee stellingen:  Artsen bestellen meer testen en procedures dan patiënten nodig hebben om zichzelf te beschermen tegen aanklachten betreffende wanpraktijken.  Onnodig gebruik van diagnostische testen zullen niet dalen, zonder bescherming voor artsen voor ongerechtvaardigde aanklachten betreffende	Meerderheid respondenten onderschrijft dat artsen meer testen en procedures bestellen dan ze daadwerkelijk nodig achten voor de patiënt om zichzelf te beschermen tegen aanklachten betreffende wanpraktijken  Ook onderschrijft de meerderheid van de respondenten dat bescherming tegen ongerechtvaardigde aanklachten betreffende wanpraktijken nodig zijn om het onnodig gebruik van diagnostische testen af te nemen.



<b>Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment</b>	Studdert et al. (2005)	<i>'Defensive Medicine is a deviation from sound medical practice that is induced primarily by a threat of liability.. Defensive medicine may supplement care (e.g., additional testing or treatment), replace care (e.g., referral to another physician or health facility), or reduce care (e.g., refusal to treat particular patients).</i>	Enquête, Respondenten: artsen in 6 specialiteiten met een hoog risico van aanklachten (rechtspraken): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spoedeisende geneeskunde</li> <li>- Algemene chirurgie</li> <li>- Orthopedische chirurgie</li> <li>- Neurochirurgie</li> <li>- Verloskunde/gynaecologie</li> <li>- Radiologie</li> </ul>	Voornamelijk mannen (87%)	wanpraktijken Gevraagd werd onder andere in hoeverre de aansprakelijkheid van medische professionals ertoe leidde dat zij meer onderzoeken dan nodig aanvragen, meer medicijnen voorschrijven en onnodig doorverwezen naar specialisten  Ook werd gevraagd naar in hoeverre de respondenten bepaalde handelingen vermeden. Zo ontstond een schaal van 6 indicatoren voor defensief handelen.	93 procent van de respondenten geeft aan defensieve zorg te verlenen.  Defensieve zorgverlening correleert sterk met een gebrek aan vertrouwen in de aansprakelijkheidsverzekering van respondenten en door het als last ervaren van de verzekeringspremies.
---	------------------------	--	---	---------------------------	---	--



<p><b>The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom.</b></p>	<p>Ortashi et al. (2013)</p>	<p><i>Defensive medicine is defined as a doctor's deviation from standard practice to reduce or prevent complaints or criticism.</i></p>	<p>Enquête , bestaande uit een gedetailleerde vragenlijst van zeventien punten. Getest op vier factoren: 1. Leeftijd 2. Geslacht 3. Specialiteit 4. Niveau/rang Respondenten: 300 ziekenhuisartsen uit Groot Brittannië heeft vragenlijst ontvangen. 204 heeft vragenlijst beantwoord (68%).</p>		<p>Meerdere vragen naar defensief handelen.  Indicatoren voor defensief handelen zijn: Het aanvragen van onderzoek om aanklachten tegen te gaan, het uitvoeren van onnodige procedures of interventies om aanklachten tegen te gaan, onnodig doorverwijzen, onnodig medicatie voorschrijven, weigeren om patiënten met een hoog-risico profiel te behandelen en het vermijden van handelingen met een hoog risico.</p>	<p>Defensieve zorgverlening komt vaak voor bij artsen die hebben gereageerd op de enquête (159 uit 204: 77,9%). <i>Senior grade</i> wordt geassocieerd met een mindere mate van defensieve zorgverlening.</p>
<p><b>The problem of defensive medicine: Two Italian</b></p>	<p>Catino &amp; Celotti (2009)</p>	<p><i>'Defensive medicine takes place when healthcare</i></p>	<p>Resultaten gebaseerd op twee onderzoek enquêtes betreffende de mate van defensieve zorgverlening van Italiaanse artsen en het de hiervoor betreffende</p>	<p>Ook aandacht voor de redenen van defensief handelen.  Tevens aandacht</p>	<p>Casussen voorgelegd aan de respondenten. De vraag was hoe vaak zij het genoemde</p>	<p>77.9 % (van 37% uit 1000) van de algemene huisartsen gaf aan ten minste 1 keer in de afgelopen</p>



surveys		<i>personnel modify their behaviour with the aim of reducing their exposure to legal challenges from patients.'</i>	redenen van deze artsen: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vragenlijst 1 betreft een nationaal onderzoek met betrekking tot een landelijke steekproef van huisartsen</li> <li>2. Vragenlijst 2 betreft twee specialistische groepen (chirurgen en anesthesisten) in een regionaal ziekenhuis.</li> </ol>	voor administratief defensief handelen.	voorbeeld de afgelopen maand hadden toegepast.  Onder andere werd gevraagd naar het onnodig voorschrijven van medicatie, onnodig doorverwijzen en het vermijden van risicovolle handelingen.	(voorafgaande) maand defensieve zorgverlening te hebben verricht.  Voor het lokale onderzoek was dit 83.3%.
<b>A national survey of defensive medicine among orthopaedic surgeons, trauma surgeons and radiologists in Austria: evaluation of prevalence and context</b>	Osti & Steyrer (2014)	<i>Defensive medicine is defined as medical practices that may exonerate doctors from liability without significant benefit to patients.</i>	Respondenten: Orthopedische chirurgen, trauma chirurgen en radiologen van openbare ziekenhuizen.  Enquête/vragenlijst		Enquête heeft betrekking op een persoonlijke inschatting van de hoeveelheid patiëntcontacten en het aantal defensieve verzoeken in een bepaalde maand, de subjectieve beoordeling van het medisch-juridische klimaat, beschrijven ontwikkelingen van defensieve trends, tijdsbesteding aan defensieve	97,7% van de respondenten heeft ten minste één keer in een bepaalde maand aan defensieve zorgverlening gedaan.  De auteurs stellen dat de defensieve zorgverlening een ernstige gemeenschappelijke uitdaging vormt in Oostenrijk. De resultaten dringen aan op een confrontatie met en de oplossing voor de toenemende inzet van



					overwegingen en eerdere confrontaties met claims wanpraktijken (aansprakelijkheid).	zelfbescherming binnen het zorgstelsel.
<b>Defensief handelen door huisartsen</b>	Lamberts, Janssens (1984)	<i>Defensieve geneeskunde: In beginsel gaat het om slecht geneeskundig handelen, afwijkend van wat de arts zelf als goed beschouwt en wat over het algemeen ook zo beoordeeld wordt.</i>	Data komt uit een monitoringsproject onder Nederlandse huisartsen.	Gedurende twee jaar zijn in 12 huisartsenpraktijken, 190.827 gezondheidsproblemen en geclassificeerd.  Gevalen zijn als defensief geclassificeerd als de huisarts duidelijk afweek van wat hij gewend is te doen en naar zijn mening huisartsgeneeskundig de voorkeur zou verdienen.	Er is geregistreerd dat een arts defensief handelt als hij aangaf duidelijk en expliciet afwijkt van hoe hij normaal zou handelen en als optimaal beschouwt.	Bij 2,06% van 190.827 geclassificeerde gezondheidsproblemen is sprake van defensieve zorgverlening.
<b>Defensive testing in Dutch family practice. Is the grass</b>	Van Boven, Dijksterhuis & Lamberts (1997)	<i>Defensive behavior is defined as a clear deviation from the</i>	In een jaar hebben 16 huisartsen in 11 praktijken alle handelingen gerapporteerd met betrekking tot het aanvragen van laboratorium onderzoek en 'diagnostic imaging'.		Respondenten moesten aangeven welke redenen zij hadden om op een bepaalde manier te handelen. Als	In 27 procent van de gevallen gaf de arts aan dat er in meer of mindere mate sprake was van defensief handelen.



<p><b>greener on the other side of the ocean?</b></p>		<p><i>family physician's usual behavior and from what is considered to be good practice in order to prevent complaints or criticism by the patient or the patient's family</i></p>			<p>toevoeging gaven zij aan in welke mate zij zelf stelden defensief te handelen.</p>	
<p><b>Physicians on Medical Liability Reform Options</b></p>	<p>Jackson Healthcare (2012)</p>	<p>-</p>	<p>Enquête onder Amerikaanse artsen in verschillende staten. 1599 respondenten voornamelijk bestaande uit medisch-specialisten, psychiaters en huisartsen</p>	<p>Vragen richten zich hoofdzakelijk op de redenen waarom defensief wordt gehandeld.</p> <p>In het begin gaf 75 procent van de respondenten aan wel eens defensief werd gehandeld. Alleen zij hebben de enquête afgemaakt.</p>	<p>Direct gevraagd of respondenten weleens defensief handelen.</p> <p>Vervolgens gevraagd naar redenen hiervoor. Welk van de volgende redenen omschrijven uw redenen om defensief te handelen?</p>	<p>De belangrijkste reden om aan defensieve zorgverlening te doen is om claims te voorkomen.</p>

