



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Kinderartsen zien meer vraag naar diagnostiek ter geruststelling

Ropers, F.G.; Bodegom-Vos L. van; Rietveld, S.; Bossuyt, P.M.; Rings, E.H.H.M.; Hillen, M.A.

Citation

Ropers, F. G., Rietveld, S., Bossuyt, P. M., Rings, E. H. H. M., & Hillen, M. A. (2024). Kinderartsen zien meer vraag naar diagnostiek ter geruststelling. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 168. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/4107188>

Version: Publisher's Version

License: [Licensed under Article 25fa Copyright Act/Law \(Amendment Taverne\)](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/4107188>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTvG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTvG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Kinderartsen zien meer vraag naar diagnostiek ter geruststelling

Fabienne G. Ropers, Leti van Bodegom-Vos, Sophie Rietveld, Patrick M. Bossuyt, Edmond H.H.M. Rings en Marij A. Hillen

Samenvatting

Doel

In kaart brengen welke afwegingen kinderartsen maken bij beslissingen over aanvullende diagnostiek, en welke maatschappelijke veranderingen daarop van invloed zijn.

Opzet

Kwalitatieve interviewstudie.

Methode

We namen semigestructureerde diepte-interviews af bij 20 praktiserende Nederlandse kinderartsen. We vroegen kinderartsen naar waargenomen maatschappelijke veranderingen in de afgelopen 5-10 jaar en invloed daarvan op de diagnostiek.

Resultaten

Kinderartsen zagen een verband tussen maatschappelijke ontwikkelingen, zoals een verminderde bereidheid om risico te accepteren, en de druk die ouders op hen uitoefenen om diagnostiek te verrichten. Ze waren gemotiveerd om schade aan het kind door onnodige diagnostiek te beperken.

Conclusie

Naast inzet van artsen zijn interventies op zorgsysteemniveau nodig om tot passende diagnostiek te komen, zoals het verminderen van de afrekencultuur en het meewegen van het maatschappelijk belang bij het opstellen van richtlijnen.

Ouders willen steeds vaker aanvullende diagnostiek bij hun kind terwijl dat medisch gezien niet nodig is. Hoe gaan kinderartsen daarmee om? En door welke maatschappelijke ontwikkelingen is de vraag naar diagnostische verrichtingen zo toegenomen?

De hoeveelheid aangevraagde diagnostiek stijgt al jaren.¹⁻³ Vaak is onduidelijk of dat ook tot betere uitkomsten leidt. Om de zorg kwalitatief hoogwaardig en toegankelijk te houden, streven we in Nederland naar passende zorg (zie het uitlegkader).^{4,5} Om te kunnen bepalen wat passende zorg is en wat niet, moet een waardeoordeel worden gevormd over wat de zorg moet opleveren om 'passend' te zijn. Bij diagnostiek is het vaststellen van de opbrengst complex. Het positieve effect van diagnostische informatie op patiëntuitkomsten verloopt namelijk vaak indirect, bijvoorbeeld via behandelbeslissingen of leefstijlaanpassingen.⁶ De waarde die we aan zorg toekennen, loopt uiteen en wordt bepaald door ons perspectief – dat van de arts, de patiënt of de maatschappij.⁷ De meerwaarde van diagnostische informatie op het welbevinden van patiënten is soms sterk afhankelijk van hun voorkeuren. Patiënten kunnen tests waarderen en passend vinden, ook wanneer de kans op het vinden van een klinisch relevante uitslag extreem klein is, zoals het geval is wanneer tests worden uitgevoerd ter geruststelling. Naast de 'gepastheid' van diagnostiek, zijn ook andere factoren van invloed op diagnostische beslissingen. Onderzoek binnen de volwassenengeneeskunde suggereert dat eigenschappen van de arts en de patiënt een rol spelen bij diagnostische besluitvorming, net als de lokale context, zoals de professionele normen, en de bredere context, zoals de juridische context.^{8,9} Er is tot nu toe geen zicht op hoe de diagnostische besluitvorming in de kindergeneeskunde verloopt, terwijl de afwegingen vermoedelijk anders zijn dan in de volwassenengeneeskunde. Bovendien vereist het besluitvormingsproces mogelijk extra transparantie aangezien twee belangenbehartigers – de arts en ouder – met elkaar beslissen over en namens een derde persoon: het (jonge) kind. Wij voerden een kwalitatieve interviewstudie uit, met als doel de afwegingen van kinderartsen bij diagnostische beslissingen en de factoren die deze afwegingen beïnvloeden in kaart te brengen. De ondervraagde kinderartsen vonden dat ze diagnostiek in het algemeen weloverwogen inzetten en daarin terughoudender zijn dan collega's uit de volwassenengeneeskunde, vanwege de hogere belasting van diagnostiek op kinderen. Vanuit deze kritische houding geven ze ook veel gewicht aan de nadelen van foutpositieve bevindingen, diagnostische cascades en onnodige kosten. De kinderartsen zeiden ook dat zij druk ervaren vanuit ouders en

richtlijnen om onnodige diagnostiek te doen, maar dat zij gemotiveerd zijn die druk te weerstaan. Toch vragen ze soms tests aan die zij onnodig vinden om ouders (en soms zichzelf) gerust te stellen of richtlijnen te volgen, en zo uiteindelijk negatieve gevolgen te voorkomen.¹⁰

Als onderdeel van de bovengenoemde kwalitatieve studie exploreerden wij welke veranderingen kinderartsen de afgelopen 5-10 jaar hebben waargenomen op het gebied van diagnostiek en diagnostische keuzes. Ook vroegen wij welke maatschappelijke ontwikkelingen volgens hen samenhangen met deze veranderingen.

Methode

Dit betreft een kwalitatieve subanalyse van diepte-interviews onder 20 in Nederland praktiserende kinderartsen – algemene kinderartsen en kinderartsen met een bepaald deelspecialisme. In deze interviews, afgenomen in de periode mei-augustus 2020, werd de kinderartsen gevraagd wat hun afwegingen waren rondom het verrichten van diagnostiek.

Vanuit het netwerk van een van de onderzoekers werden deelnemers geworven door middel van een sneeuwbalmethode: deelnemende artsen werd gevraagd om collega's aan te dragen die van hen verschilden in opvattingen en kenmerken als specialisme en leeftijd. Uit 54 suggesties werden 37 kandidaten geselecteerd, van wie er 32 wilden deelnemen. Deze deelnemers werden geïnccludeerd op basis van maximale variatie; na in totaal 20 interviews was dataverzadiging bereikt. Twee onderzoekers codeerden de interviewgegevens onafhankelijk van elkaar. Vervolgens bespraken ze de codering onderling en met het gehele onderzoeksteam. In supplement 1 is het verkorte interviewprotocol weergegeven. De methoden zijn elders uitgebreid beschreven.¹⁰

Resultaten

Kinderartsen beschreven dat zij in vergelijking met 5-10 jaar geleden een toename zien in diagnostische mogelijkheden. Daarbij gaven ze aan dat ze vergeleken met 5-10 jaar geleden de opbrengst van de diagnostiek nu zorgvuldiger afwegen tegen de belasting en kosten.

In de interviews noemden artsen – soms spontaan en soms bij navraag – verschillende maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op hun diagnostische beslissingen. Deze ontwikkelingen betreffen een groeiende medicalisering, verminderde risicoacceptatie en afgenomen bereidheid tot afwachten bij ouders en patiënten. Als gevolg hiervan vragen ouders volgens kinderartsen vaker en vroegtijdiger om diagnostiek in situaties waarin kinderartsen de kans op een medische aandoening zeer klein schatten. Hierdoor ervaren kinderartsen druk om diagnostiek puur ter geruststelling aan te vragen, terwijl ze de test zelf onnodig of schadelijk vinden. Dit leidt bij hen tot spanning tussen enerzijds de wens te handelen volgens hun professionele waarden en anderzijds de wens blijvende ongerustheid bij de ouders te voorkomen. Ook willen ze voorkomen dat ze in conflict raken met de ouders of een klacht krijgen. In de tabel staan enkele uitspraken van kinderartsen over hoe bepaalde maatschappelijke ontwikkelingen hun diagnostische beslissingen beïnvloeden. De volledige lijst met citaten staat in supplement 2.

kinderarts-subspecialist, 42 jaar	'Ik heb wel een beetje moeite met het algemene fenomeen in Nederland dat steeds meer ouders denken dat hun kinderen van alles hebben. Dat ouders steeds minder accepteren dat bijvoorbeeld kinderen van 4 of 5 jaar oud geen avondvierdaagse kunnen lopen. Is dat nou een medisch probleem of is dat gewoon? De vraag is natuurlijk of dat een maatschappelijk probleem is, en of wij daar op deze manier aan meewerken door met z'n allen alles zo te medicaliseren.'
algemeen kinderarts, 36 jaar	'Onze maatschappij is zo maakbaar: alles is te bestellen, dag en nacht, alles kun je fixen. En zo gaan mensen ook om met zorg en gezondheid, en dat werkt niet zo. En je hebt continu van die existentiële discussies met mensen. Het voelt soms een beetje als heropvoeden of zo, dat is heel ingewikkeld.'
kinderarts-subspecialist, 42 jaar	'Ik denk dat mensen minder risico's durven nemen. We zijn bang voor klachten, patiënten zijn mondiger geworden. Mensen accepteren minder dat we dingen niet weten, artsen accepteren minder dat we dingen niet weten. Ik denk dat we daardoor meer diagnostiek doen.'

Tabel

Enkele uitspraken van kinderartsen over maatschappelijke ontwikkelingen

Kinderartsen rapporteerden verschillende strategieën te gebruiken om het kind te behoeden voor onnodige diagnostiek. Zo noemden zij het geven van goede uitleg en toepassen van verwachtingsmanagement, net als de inzet van bepaalde professionele vaardigheden, zoals het uitvragen van de echte hulpvraag, overleggen met (ervaren) collega's en het doelmatiger maken van richtlijnen.

Beschouwing

Kinderartsen zien een toename in diagnostische mogelijkheden. Tegelijkertijd hebben ze een kritische houding ten aanzien van aanvullende diagnostiek, omdat ze kinderen voor onnodige schade willen behoeden. Kinderartsen zien een verband tussen bepaalde maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de verminderde bereidheid om risico te accepteren of af te wachten, en de druk die ouders op hen uitoefenen om diagnostiek te doen die zij zelf onnodig vinden.

Tests worden gewaardeerd

De maatschappelijke verklaringen die kinderartsen geven voor een toegenomen vraag naar diagnostiek overlappen met eerder beschreven factoren, zoals een groot publiek vertrouwen in de opbrengst van diagnostiek en een toegenomen behoefte aan eigen regie bij zorgconsumenten.¹¹⁻¹³ De vraag om diagnostiek kan echter ook voortkomen uit een andere onderliggende behoefte van patiënten of ouders, bijvoorbeeld aan betere uitleg of meer regie vanuit de zorgverlener. Eerdere studies beschreven dat patiënten meerdere gelijktijdige hulpvragen hebben en dat hierover misverstanden kunnen ontstaan tussen zorgverleners en patiënten.¹⁴

Diagnostiek die op basis van een misverstand wordt verricht om aan een veronderstelde verwachting te voldoen, is ondoeltreffend doordat de onderliggende vraag niet beantwoord wordt.¹⁵ Daarom blijft het voor passende diagnostiek erg belangrijk goed uit te vragen wat de onderliggende vragen en verwachtingen zijn.

Niet alleen patiënten maar ook artsen waarderen het verrichten van diagnostiek en onderschatten de nadelen.^{11,16} Daarentegen kan het afzien van diagnostiek negatieve consequenties hebben, zoals gezondheidsschade bij de patiënt bij een vertraagde diagnosestelling, ontevredenheid als niet aan verzoeken wordt voldaan, reputatieschade, angst voor klachten of tuchtzaken en gederfde inkomsten.¹⁷⁻¹⁹ Welke consequenties zorgverleners vrezen en in welke mate hangt af van maatschappelijke en zorgsysteemfactoren, zoals het klachtensysteem en maatschappelijke opvattingen over diagnostiek.

Wat artsen kunnen doen voor passende diagnostiek

Passende diagnostiek behelst een afweging tussen efficiëntie en volledigheid ('efficiency-thoroughness trade-off').²⁰ Het vereist van zorgverleners dat zij soms afzien van diagnostiek, vanuit erkenning van de grenzen aan beschikbare informatie voor prognose of behandeling, acceptatie van een kans op gemiste diagnoses en de bereidheid tegenwicht te bieden aan verzoeken tot inefficiënte diagnostiek. Kinderartsen zeggen hiertoe bereid te zijn, omdat degene die de inefficiënte diagnostiek verlangt – de ouder – een ander is dan degene die het moet ondergaan – het kind – en zij het kind willen behoeden voor onnodige belasting.

Kinderartsen beschrijven verschillende strategieën om tot passende diagnostiek te komen: het achterhalen van de onderliggende hulpvraag, zorgvuldige anamnese en lichamelijk onderzoek uitvoeren, klinisch redeneren, uitleg geven aan ouders, grenzen aangeven, investeren in een goede relatie en een vangnet creëren ('safety netting').¹⁰ Deze strategieën zijn ook beschreven in andere studies in de volwassenengeneeskunde.²¹⁻²³

Aanpak op zorgsysteemniveau is ook nodig

Individuele beroepsbeoefenaren kunnen weliswaar veel betekenen bij het bieden van passende zorg, maar om de negatieve persoonlijke gevolgen voor artsen te verminderen zijn keuzes en aanpassingen nodig op verschillende niveaus van het zorgsysteem.²⁴ Continuïteit van zorg, goede informatieoverdracht en medisch leiderschap helpen om proportionele diagnostische beslissingen te maken in plaats de meest defensieve strategie te kiezen.²⁵

Maar om echt een verschil te maken, is het allereerst cruciaal om af te stappen van de afrekencultuur. Die cultuur zit ingebakken in de institutionele kwaliteitssystemen, maar sluit niet aan bij nieuwere inzichten over kwaliteitsverbetering. Deze nieuwe visie bepleit dat men probeert te leren van alle uitkomsten, met name ook van wat goed gaat.²⁶ Artsen handelen in een zorgsysteem van schaarste en worden geacht ook de belangen van andere patiënten te wegen. Zo moet hun handelen dus ook worden beoordeeld.

Moeilijk maar noodzakelijk is ten tweede aanpassing van de bekostiging van de zorg, om productieprikkelers te verminderen. Daarnaast moeten we discussie voeren en consensus zoeken over wat we als inefficiënte – en dus niet-passende – diagnostiek beschouwen. Diagnostiek wordt momenteel ingezet vanwege effecten op niet-medische uitkomstmaten, zoals het welbevinden door geruststelling.⁶ Maar in hoeverre wegen zulke individuele voordelen op tegen individuele nadelen, zoals de belasting en schadelijke

gevolgen van fout-positieve bevindingen?²⁷ En hoe wegen negatieve maatschappelijke consequenties op het gebied van personele belasting, milieubelasting en kosten mee? Deze kunnen leiden tot gezondheidsverlies via directe schade en verdringing in andere sectoren die van belang zijn voor de gezondheid, zoals sociale voorzieningen.²⁸

Als bij de verdeling van collectieve middelen het behouden van volksgezondheid een doel is, moeten er ten behoeve van doelmatigheid grenzen gesteld worden aan tests ter geruststelling in laag-risicosituaties. Voor een goede weging van de belangen van burgers nu en in de toekomst is het behulpzaam om een inschatting te maken van het beslag dat deze diagnostiek legt op geld, personeel en milieu en de gezondheidseffecten die met andere besteding van deze middelen zouden kunnen worden bereikt.^{29,30} Het op deze manier meewegen van maatschappelijk belang helpt bij het afbakenen van passende en niet-passende diagnostiek. Ook kan zo'n weging – vaker dan nu het geval is – leiden tot een goed onderbouwde negatieve aanbeveling van tests in richtlijnen, pakketbeslissingen en bevolkingsonderzoek. Richtlijncommissies worden nu met name bemand door medisch specialisten die de effecten van zorg binnen hun vakgebied bekijken. Instanties als het Zorginstituut zouden in zulke commissies het maatschappelijk belang kunnen vertegenwoordigen om tot passende zorg te komen. Ook het verbeteren van de methode achter het opstellen van diagnostische aanbevelingen in richtlijnen kan helpen om inefficiënte diagnostiek te identificeren, namelijk door de positieve en negatieve effecten van diagnostiek op medische uitkomsten te schatten. Wanneer screening of andere diagnostiek in specifieke situaties wordt afgeraden, moet dat duidelijk worden uitgelegd en openbaar worden gemaakt. Een dergelijk krachtig tegengeluid is nodig tegen de mantra dat meer en eerder testen altijd goed is en individuele controle bevordert.

Conclusie

Zonder actieve maatregelen, juist ook op systeemniveau, zullen de vele aanjagende factoren de hoeveelheid tests zonder bewezen meerwaarde alleen maar doen toenemen. Zelfs de meest kritische kinderartsen zijn daar niet tegen opgewassen.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D7843
- LUMC, Leiden. Afd. Kindergeneeskunde, Willem-Alexander Kinderziekenhuis: dr. F.G. Ropers, kinderarts; drs. S. Rietveld, basisarts (thans: Centrum voor Jeugd en Gezin, Leiden); prof.dr. E.H.H.M. Rings, kinderarts (tevens: Erasmus MC – Sophia kindziekenhuis, Rotterdam). Afd. Biomedical Data Sciences: dr. L. van Bodegom-Vos, gezondheidswetenschapper. Amsterdam UMC, locatie AMC, Amsterdam. Afd. Epidemiology & Data Science: prof.dr. P.M. Bossuyt, klinisch epidemioloog. Afd. Medische Psychologie: dr. M.A. Hillen, psycholoog.
- Contact: F.G. Ropers (f.g.ropers@lumc.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 4 oktober 2023
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2024;168:D7843

Literatuur

1. [Health at a Glance 2021: OECD Indicators](#). Parijs: OECD Publishing; 2021.
2. Medische stralingstoepassingen. Trends en stand van zaken. Diagnostiek. www.rivm.nl/medische-stralingstoepassingen/trends-en-stand-van-zaken/diagnostiek, geraadpleegd op 19 december 2023.
3. Dragojlovic N, Kopac N, Borle K, et al; GenCOUNSEL Study. Utilization and uptake of clinical genetics services in high-income countries: A scoping review. *Health Policy*. 2021;125(7):877-887. doi:10.1016/j.healthpol.2021.04.010. [Medline](#)
4. Zorgevaluatie en Gepast Gebruik. Evalueren van Zorg. www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl, geraadpleegd op 8 maart 2023.
5. Passende zorg. www.zorginstituutnederland.nl/passende-zorg, geraadpleegd op 19 december 2023.
6. Bossuyt PM, Reitsma JB, Linnet K, Moons KG. Beyond diagnostic accuracy: the clinical utility of diagnostic tests. *Clin Chem*. 2012;58(12):1636-1643. doi:10.1373/clinchem.2012.182576. [Medline](#)
7. Van Bodegom-Vos L, Marang-van de Mheen P. Reducing low-value care: uncertainty as crucial cross-cutting theme comment on "Key factors that promote low-value care: views of experts from the United States, Canada, and the Netherlands". *Int J Health Policy Manag*. 2022;11(9):1964-1966. doi:10.34172/ijhpm.2022.7027. [Medline](#)
8. Whiting P, Toerien M, de Salis I, et al. A review identifies and classifies reasons for ordering diagnostic tests. *J Clin Epidemiol*. 2007;60(10):981-989. doi:10.1016/j.jclinepi.2007.01.012. [Medline](#)
9. Lam JH, Pickles K, Stanaway FF, Bell KJL. Why clinicians overtest: development of a thematic framework. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1011. doi:10.1186/s12913-020-05844-9. [Medline](#)
10. Ropers FG, Rietveld S, Rings EHHM, Bossuyt PMM, van Bodegom-Vos L, Hillen MA. Diagnostic testing in children: A qualitative study of pediatricians' considerations. *J Eval Clin Pract*. 2023;29(8):1326-1337. doi:10.1111/jep.13867. [Medline](#)
11. Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review.

- JAMA Intern Med. 2015;175(2):274-286. [doi:10.1001/jamainternmed.2014.6016](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.6016). [Medline](#)
12. Schwartz LM, Woloshin S, Fowler FJ Jr, Welch HG. Enthusiasm for cancer screening in the United States. JAMA. 2004;291(1):71-78. [doi:10.1001/jama.291.1.71](https://doi.org/10.1001/jama.291.1.71). [Medline](#)
 13. Schneider CE, Hall MA. The patient life: can consumers direct health care? Am J Law Med. 2009;35(1):7-65. [doi:10.1177/009885880903500101](https://doi.org/10.1177/009885880903500101). [Medline](#)
 14. Van Driel ML, De Sutter A, Deveugele M, et al. Are sore throat patients who hope for antibiotics actually asking for pain relief? Ann Fam Med. 2006;4(6):494-499. [doi:10.1370/afm.609](https://doi.org/10.1370/afm.609). [Medline](#)
 15. Mangione-Smith R, McGlynn EA, Elliott MN, Krogstad P, Brook RH. The relationship between perceived parental expectations and pediatrician antimicrobial prescribing behavior. Pediatrics. 1999;103(4 Pt 1):711-718. [doi:10.1542/peds.103.4.711](https://doi.org/10.1542/peds.103.4.711). [Medline](#)
 16. Hoffmann TC, Del Mar C. Clinicians' Expectations of the Benefits and Harms of Treatments, Screening, and Tests: A Systematic Review. JAMA Intern Med. 2017;177(3):407-419. [doi:10.1001/jamainternmed.2016.8254](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.8254). [Medline](#)
 17. Hoffman JR, Kanzaria HK. Intolerance of error and culture of blame drive medical excess. BMJ. 2014;349(oct14 3):g5702. [doi:10.1136/bmj.g5702](https://doi.org/10.1136/bmj.g5702). [Medline](#)
 18. Saini V, Garcia-Armesto S, Klemperer D, et al. Drivers of poor medical care. Lancet. 2017;390(10090):178-190. [doi:10.1016/S0140-6736\(16\)30947-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30947-3). [Medline](#)
 19. Renkema E, Ahaus K, Broekhuis M, Tims M. Triggers of defensive medical behaviours: a cross-sectional study among physicians in the Netherlands. BMJ Open. 2019;9(6):e025108. [doi:10.1136/bmjopen-2018-025108](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025108). [Medline](#)
 20. Hollnagel E. The ETTO Principle: Efficiency-thoroughness trade-off: why things that go right sometimes go wrong. 1e ed. Farnham: Ashgate publishing Ltd; 2009.
 21. Van Bokhoven MA, Koch H, van der Weijden T, et al. Influence of watchful waiting on satisfaction and anxiety among patients seeking care for unexplained complaints. Ann Fam Med. 2009;7(2):112-120. [doi:10.1370/afm.958](https://doi.org/10.1370/afm.958). [Medline](#)
 22. Donner-Banzhoff N. Solving the diagnostic challenge: a patient-centered approach. Ann Fam Med. 2018;16(4):353-358. [doi:10.1370/afm.2264](https://doi.org/10.1370/afm.2264). [Medline](#)
 23. Almond S, Mant D, Thompson M. Diagnostic safety-netting. Br J Gen Pract. 2009;59(568):872-874, discussion 874. [doi:10.3399/bjgp09X472971](https://doi.org/10.3399/bjgp09X472971). [Medline](#)
 24. Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, et al. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. Lancet. 2017;390(10090):191-202. [doi:10.1016/S0140-6736\(16\)32586-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32586-7). [Medline](#)
 25. Romano MJ, Segal JB, Pollack CE. The association between continuity of care and the overuse of medical procedures. JAMA Intern Med. 2015;175(7):1148-1154. [doi:10.1001/jamainternmed.2015.1340](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.1340). [Medline](#)
 26. Hollnagel E. Safety-I and safety-II: the past and future of safety management. Boca Raton: CRC press; 2018.
 27. Van der Weijden T, van den Akker M. [Dwalingen in de methodologie. XXXII. Foute testuitslagen](#). Ned Tijdschr Geneesk. 2001;145:906-908. [Medline](#).
 28. [WRR Rapport: Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak](#). Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid; 2021.
 29. Kwee A, Repping S. [Duurzaamheid als nieuwe pijler van ons zorgstelsel](#). Ned Tijdschr Geneesk. 2023;167:D7423.
 30. Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. BMJ. 2023;380:e072953. [doi:10.1136/bmj-2022-072953](https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072953). [Medline](#)

Kernpunten

- Kinderartsen zien allerlei maatschappelijke ontwikkelingen die hun diagnostische beslissingen beïnvloeden, zoals een verminderde risicoacceptatie en afgenomen bereidheid om af te wachten.
- Kinderartsen willen diagnostiek die in hun ogen onnodig is graag beperken, om schade aan het kind voorkomen; dat proberen ze door de onderliggende hulpvraag te verhelderen, door enig risico op onvolledige diagnostische informatie te accepteren en door aanvullende uitleg te geven.
- Er zijn interventies op zorgsysteemniveau nodig om passende diagnostiek te bevorderen, zodat zorgverleners niet hoeven te vrezen voor nadelige gevolgen voor henzelf wanneer ze besluiten af te zien van aanvullend onderzoek.

Passende zorg

Passende zorg is zorg die werkt tegen een redelijke prijs en aansluit bij de patiënt, en om die laatste reden dus gedeelde besluitvorming behoeft. De zorg wordt zo dicht mogelijk bij de patiënt verleend, en wordt efficiënt georganiseerd. Passende zorg gaat niet alleen over ziekte, maar ook over gezondheid en zelfredzaamheid.

