Discongruentie tussen verwachtingen van patiënten en evidence-based medicine en de gevolgen voor de arts-patiëntrelatie

Anneleen Vanwing, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Jo Goedhuys, Katholieke Universiteit Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2017 – 2018]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Discongruentie tussen verwachtingen van patiënten en evidence-based medicine en de gevolgen voor de arts-patiëntrelatie

Huisarts-in-opleiding: Anneleen Vanwing (Katholieke Universiteit Leuven)
Academiejaar: 2017-2018
Promotor: Jo Goedhuys (Katholieke Universiteit Leuven)
Praktijkopleider: Filip Catry

Context: In de huisartsenpraktijk komt het frequent voor dat de opvattingen van een patiënt over de aanpak van zijn zorg niet rijmen met de beste praktijkvoering als arts volgens evidence-based medicine. Eerder onderzoek geeft aan dat niet-ingeloste verwachtingen een effect hebben op patiënttevredenheid. Een goede relatie opbouwen en onderhouden met patiënten omvat echter meer dan enkel tevredenheid. Het gevolg van niet-ingeloste verwachtingen op de arts-patiëntrelatie in ruime zin is voor zover wij weten niet eerder onderzocht.

Onderzoeksvraag: Welke invloed hebben niet-ingeloste verwachtingen van patiënten op hun beleving van de arts-patiëntrelatie wanneer deze verwachtingen niet overeenkomen met het beleid volgens evidence-based medicine?

Methode: We voerden een oriënterend literatuuronderzoek en een kwantitatieve veldstudie uit. Deze veldstudie gebeurde d.m.v. enquêtes met casussen verspreid in de algemene populatie via internet. De arts-patiëntrelatie voor de casussen werd gemeten met het PDRQ-9 meetinstrument. Na beschrijving van een casus werd aan de respondenten gevraagd of zij een bepaald onderzoek of behandeling zouden willen. Nadien werd uitgelegd waarom dit onderzoek of deze behandeling niet aangewezen was. Na die uitleg werd op basis van stellingen ondervraagd hoe de respondent tegenover de arts en zijn beleid stond.

Resultaten:

- Er waren 275 respondenten, waarvan 214 één of meer niet-ingeloste verwachtingen hadden.
- De ondervraagden hadden over het algemeen een zeer goede relatie met hun vaste huisarts (gemiddelde PDRQ-9 = 4,13).
- Er is geen significante negatieve beleving van de arts-patiëntrelatie na niet-ingeloste verwachtingen (éénzijdige t-test met $\alpha = 0{,}05$).
- Er is geen significant negatieve beleving van de arts-patiëntrelatie na niet-ingeloste verwachtingen bij een al op voorhand minder goede arts-patiëntrelatie (éénzijdige t-test met $\alpha = 0{,}05$).
- Er is een significant verschil in de beleving van de arts-patiëntrelatie na niet-ingeloste verwachtingen tussen patiënten met een goede arts-patiëntrelatie (PDRQ-9 > 3) en deze met een minder goede arts-patiëntrelatie (PDRQ-9 < 3) ($p = 1{,}53.10^{-7}$)
- Er is geen significant verschil in beleving van de arts-patiëntrelatie na niet ingeloste verwachtingen tussen mannen en vrouwen. Er is evenmin een significant verschil is tussen jongere patiënten en oudere patiënten.

Conclusies: Deze studie kan niet aantonen dat er een negatieve beleving is van de arts-patiëntrelatie na niet-ingeloste verwachtingen bij een beleid dat de evidence-based medicine volgt. Patiënten die een minder goede relatie hebben met hun vaste huisarts hebben wel een negatievere beleving dan patiënten die wel een goede relatie hebben met hun huisarts. Het is dan ook belangrijk de verwachtingen van de patiënt te achterhalen om deze te addresseren en uitleg te geven over waarom een bepaalde verwachting niet ingelost kan worden. Verder onderzoek dient gedaan te worden om na te gaan of deze bevindingen ook van toepassing zijn in een niet-hypothetische setting.

Contact: mail@anneleenvanwing.com

INLEIDING **2**

ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK **3**

1. Onderzoeksvraag 3
2. Methode 3
3. Resultaten 3
4. Conclusie 5

ONDERZOEKSMETHODIEK **6**

1. Onderzoeksvraag 6
2. Studieopzet 6
3. Populatie en steekproef 6
4. Te meten parameters 6
5. Meten van de arts-patiëntrelatie 7
6. Selectie van casussen 11

RESULTATEN **12**

1. Demografische kenmerken 12
2. PDRQ-9 13
3. Datatransformatie 13
4. Analyse 14
   A. Welke invloed hebben niet-ingeloste verwachtingen van patiënten op hun beleving van de arts-patiëntrelatie wanneer deze verwachtingen niet overeenkomen met het beleid volgens evidence-based medicine? 14
   B. Welke invloed hebben niet-ingeloste verwachtingen van patiënten op hun beleving van de arts-patiëntrelatie wanneer de arts-patiëntrelatie vooraf al minder goed is? 15
   C. Is er een verschil in de beleving van de arts-patiëntrelatie bij niet-ingeloste verwachtingen tussen de groep met een al op voorhand goede arts-patiëntrelatie en de groep met een minder goede arts-patiëntrelatie? 16
   D. Is er verschil in de beleving van de arts-patiëntrelatie na niet-ingeloste verwachtingen tussen verschillende demografische groepen? 17
   E. Invloed van individuele casussen 18
   F. Verandering in arts-patiëntrelatie na niet-ingeloste verwachtingen 20

DISCUSSIE **21**

1. Interpretatie 21
2. Evaluatie 22

BESLUIT **24**

REFERENTIES **25**

BIJLAGEN

INLEIDING

In de huisartsenpraktijk komt het frequent voor dat de opvattingen van een patiënt over de aanpak van zijn zorg niet rijmen met de beste praktijkvoering als arts volgens evidence-based medicine. Eerder onderzoek geeft aan dat niet-ingeloste verwachtingen een effect hebben op patiënttevredenheid. Een goede relatie opbouwen en onderhouden met patiënten omvat echter meer dan enkel tevredenheid. Het gevolg van niet-ingeloste verwachtingen op de arts-patiëntrelatie in ruime zin is voor zover wij weten niet eerder onderzocht.

Door middel van een veldstudie onderzoeken we in deze masterthesis op kwantitatieve wijze het verband tussen niet-ingeloste verwachtingen, indien deze dus niet ondersteund worden door evidence-based medicine, en hoe de patiënt de relatie met zijn arts nadien beleeft.

ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK

1. Onderzoeksvraag

Wat is de huidige stand van zaken in de literatuur m.b.t. het effect van niet-ingeloste verwachtingen op de arts-patiëntrelatie?

2. Methode

Zoekopdracht in de Medline database in december 2016 met volgende keywords: *family medicine, general practice, evidence-based medicine, patient satisfaction, physician-patient relationship, patient preference, patient expectations, unmet expectations, doctor patient relationship*. Wanneer mogelijk zullen we de overeenkomstige MeSH-term gebruiken. Er wordt gezocht op zowel reviews als andere artikelen gezien het beperkt aantal relevante publicaties. Opiniestukken worden uitgesloten. Om geïncludeerd te worden moet het artikel beschrijven wat voor effect niet-ingeloste verwachtingen hebben op de arts-patiëntrelatie in ruime zin. Bij elk geselecteerd artikel zal de referentielijst en de 'geciteerd door'-lijst op PubMed worden nagekeken op relevante artikels.

3. Resultaten

Er werden 17 artikels weerhouden, het oudste van 1989, het meest recente van 2013.

Uit studies blijkt meermaals dat er een link is tussen niet-ingeloste verwachtingen en minder tevredenheid bij patiënten (1–6). Een kanttekening die Jackson en Kroenke (1) terecht maken is dat dit niet noodzakelijk de richting van de causaliteit aangeeft. Ontevreden patiënten zijn immers misschien meer geneigd om een niet-ingeloste verwachting te rapporteren. Andere voorspellers voor tevredenheid zijn informatie over de oorzaak en de verwachte duur van de klachten (6). In een literatuur-review van Rao et al. (7) beschreven zij hoe 11 individuele studies het verband tussen patiënttevredenheid en ingeloste verwachtingen aantoonden (dit tegenover 3 inconclusieve studies en 5 studies die dit verband niet aantoonden).

Patiënten blijken niet al te veel vertrouwen te hebben in wetenschappelijk onderzoek. Patiënten hadden bijvoorbeeld hoge verwachtingen van een bloedname, waarbij voor hen een normaal resultaat een bewijs van goede gezondheid was, aldus Van Bokhoven et al.. Ze geloofden dat vals positieven en vals negatieven zeldzaam of zelfs onbestaand waren (8). Herndon et al. (9) voerden een onderzoek uit bij 2319

65-plussers met behulp van vignetten, waarin duidelijk werd dat de meerderheid toch een onderzoek of een doorverwijzing zou willen, ook als hun arts hen vertelde dat hij/zij dat niet nodig vond.
Kravitz et al. (10) bevroegen patiënten die na een consultatie een niet-ingeloste verwachting hadden en hieruit kwam naar voor dat patiënten geen vertrouwen hebben in statistiek. Ze willen een persoonlijke diagnose en behandeling, niet iets dat gebaseerd is op kansverdeling. Niet-ingeloste verwachtingen kunnen een pragmatische (m.b.t. diagnose, behandeling, prognose), maar ook een symbolische betekenis hebben voor de patiënt (bijvoorbeeld: "hij heeft me niet eens aangeraakt" bij ontbrekend klinisch onderzoek). Patiënten blijken een eigen idee te hebben m.b.t. de pathofysiologie van ziekten, en deze stemt niet altijd overeen met het wetenschappelijk bewijs. Kravitz et al. destilleerden de ideeën van de patiënten tot drie systemen:

1. Ze willen een diagnose vóór de start van behandeling (geen vertrouwen in empirische therapie)
2. Ze willen dat ziekten vroeg ontdekt worden (het idee dat alles te genezen is als men het maar vroeg genoeg ontdekt wordt, de angst dat het 'te laat' is als er gewacht wordt tot er symptomen zijn)
3. Ze kennen een symbolische waarde toe aan een niet-ingeloste verwachting ("Als de arts genoeg om mij gaf, zou hij/zij mijn symptomen grondiger onderzoeken.")

Die symbolische betekenis van bepaalde verwachtingen komt terug in een studie van Brody et al. Patiënten die rapporteerden dat ze voldoende informatie gekregen hadden over hun aandoening, de kans gekregen hadden om hun ideeën uit te drukken over de aard en behandeling van hun klachten en over zaken hadden kunnen spreken die hen stress bezorgden, waren meer tevreden waren dan patiënten bij wie dit niet het geval was. Onderzoeken, medicatie en andere therapieën waren minder geassocieerd met tevredenheid t.o.v. de arts dan deze verwachtingen met symbolische betekenis (11).

Solomon et al. (12) voerden een kwantitatief onderzoek uit bij 286 patiënten waarbij naar voren kwam dat 85% hiervan een actieve rol wilden spelen in de consultatie. 64% wil echter ook dat de arts hen vertelt wat te doen. Niet alle patiënten verwachten dus een bijdrage te hebben in de eindbeslissing.

De invloed van de arts-patiëntrelatie vóór de consultatie op patiënttevredenheid werd ook reeds onderzocht.
Bell et al. (4) bevonden dat niet-ingeloste verwachtingen vaker voorkwamen bij patiënten die weinig vertrouwen in hun arts hadden. Thom en Kravitz rapporteerden dezelfde bevindingen. Deze patiënten met minder vertrouwen in hun arts waren bovendien minder tevreden, waren minder gemotiveerd om het advies van hun arts te volgen en rapporteerden zelfs significant minder verbetering van hun klachten na twee weken dan de patiënten die meer vertrouwen hadden in hun arts (13).
Kravitz en Bell onderzochten het effect van geweigerde verzoeken, d.i. wanneer de patiënt vermeldde dat hij/zij een expliciet verzoek had dat door de arts niet ingewilligd werd. Dit is niet hetzelfde als een niet-

ingeloste verwachting: een verzoek is wanneer een verwachting expliciet uitgesproken wordt. Patiënten met minder vertrouwen in de arts gaven vaker te kennen dat hun verzoeken niet ingewilligd werden. Deze niet-ingewilligde verzoeken waren geassocieerd met minder tevredenheid nadien (14).
Anderszijds blijkt een goede arts-patiëntrelatie geassocieerd te zijn met meer tevredenheid: in een kwalitatieve studie van Hoffmann et al. kwam naar voren dat bij een goede arts-patiëntrelatie (waarbij de patiënt de arts vertrouwde gezien deze in het verleden problemen goed aanpakte) er tevredenheid was na de consultatie ondanks niet-ingeloste verwachtingen (15). Froehlich en Welch constateerden dat het interpersonele gedrag van de zorgverlener (zijn/haar menselijkheid) de enige significante voorspeller was van patiënttevredenheid en dat niet-ingeloste verzoeken minder belangrijk waren (16).

Omwille van de patiënttevredenheid en de symbolische betekenis die de patiënt kan toekennen aan het al dan niet inlossen van zijn verwachtingen, is het belangrijk de verwachtingen van de patiënt te bevragen en te bespreken, ook als ze niet ingelost kunnen worden. Bell en Kravitz (17) ondervonden dat patiënten die hun wensen niet hadden uitgesproken minder tevreden waren na de consultatie en hun artsen minder snel zouden aanraden. Sterker nog: bij een follow-up ondervraging na twee weken vonden zij hun zorg minder goed en vonden ze vaker dat hun arts niet al het mogelijke gedaan had voor hen. Deze consulten werden door de arts zelf ook als moeilijker ervaren (17)

4. Conclusie

Ondanks de nadruk op evidence-based medicine als richtlijn voor het beleid van de arts, lijken patiënten hier zelf niet veel vertrouwen in te hebben. Wanneer de arts de evidence-based medicine wil volgen, zal hij/zij dus mogelijk tegen verwachtingen van de patiënt in gaan.
De invloed van niet-ingeloste verwachtingen op de arts-patiëntrelatie in ruime zin werd voor zover wij weten niet eerder onderzocht. Er is wel een duidelijk verband tussen niet-ingeloste verwachtingen en minder tevredenheid bij patiënten. De aard van de niet-ingeloste verwachtingen lijkt belangrijk te zijn. De impact van niet-ingeloste verwachtingen op patiënttevredenheid is namelijk groter wanneer het gaat om verwachtingen met een mogelijk symbolische betekenis (bijvoorbeeld het verkrijgen van informatie over de klacht) dan wanneer de patiënt een eerder technische verwachting heeft zoals bijvoorbeeld een onderzoek of medicatie.
De literatuur suggereert bovendien dat bij een goede relatie tussen behandelend arts en patiënt er mogelijk een minder grote of zelfs geen impact is op de patiënttevredenheid.

ONDERZOEKSMETHODIEK

1. Onderzoeksvraag

Welke invloed hebben niet-ingeloste verwachtingen van patiënten op hun beleving van de arts-patiëntrelatie wanneer deze verwachtingen niet overeenkomen met het beleid volgens evidence-based medicine?

2. Studieopzet

We kiezen voor een veldonderzoek door middel van enquêtes verspreid in de algemene populatie. Deze enquêtes zullen eerst de arts-patiëntrelatie bevragen alvorens een aantal casussen voor te leggen. Deze casussen zijn veel voorkomende situaties in de huisartsenpraktijk waarbij patiënten vaak verwachtingen hebben die niet stroken met adviezen van richtlijnen gebaseerd op evidence-based medicine. We zullen bevragen of patiënten die verwachtingen al dan niet hebben en nadien uitleggen waarom deze verwachtingen niet ingelost kunnen worden. Na die uitleg bevragen we wat de beleving is van de arts-patiëntrelatie nu het scenario zich afgespeeld heeft en dit herhalen we voor elke casus.
Statistische analyses werden uitgevoerd met Microsoft Excel.

3. Populatie en steekproef

De te onderzoeken populatie beslaat elke persoon die op consultatie komt bij de huisarts. Iedereen is immers patiënt. Dit maakt dat er een zeer ruime pool van mogelijk respondenten is. We zullen proberen een representatieve steekproef te nemen door de enquête via internet te verspreiden via diverse websites die bezocht worden door zowel jong als oud. Er werd een doel gesteld om 100 respondenten te bereiken.
We kozen ervoor de enquête te verspreiden met een oproep via volgende platformen:

- https://www.seniorennet.be/forum/
- https://www.reddit.com/r/belgium/
- Twitter oproep die verder verspreid werd via retweets
- Intranet van UZ Leuven

4. Te meten parameters

- **Demografische kenmerken:** gender, leeftijdscategorie per tien jaar, opleidingsniveau.
- Om te weten hoe de **arts-patiëntrelatie** verandert, willen we enerzijds de initiële arts-patiëntrelatie met de arts die de ondervraagde als zijn vaste huisarts beschouwt meten, anderzijds

na elke casus de beleving van de patiënt van de arts-patiëntrelatie. Zie *5. Meten van de arts-patiëntrelatie.*

- Om te kunnen antwoorden op de onderzoeksvraag willen we weten of de ondervraagde een bepaalde **verwachting** heeft m.b.t. het consult ("Zou u willen dat uw arts dit onderzoek aanvraagt?"). Indien de verwachting niet aanwezig is kan deze onmogelijk niet ingelost worden. Voor elk van de casussen zal met een symmetrische Likertschaal tussen 1 ("Ik zou dit helemaal niet willen") en 5 ("Ik zou dit zeker willen") bevraagd worden hoe sterk deze verwachting is. Enkel de scenario's waarbij de respondent op deze vraag 4 of 5 antwoordt, en dus een duidelijke verwachting heeft, zullen worden meegenomen in de analyse. Het gaat in deze analyse om een verwachting uitgedrukt als expliciete wens (dus niet om een verwachting als wat de ondervraagde denkt dat er zou gaan gebeuren).

5. Meten van de arts-patiëntrelatie

We willen de arts-patiëntrelatie meten voor en na de casussen. Hiervoor hebben we een meetinstrument nodig dat geschikt is voor gebruik in schriftelijke enquêtes, ingevuld wordt door de patiënt (en niet door arts of observator) en dat een zo volledig mogelijk beeld weergeeft van de relatie en al zijn componenten, dus niet enkel vertrouwen of tevredenheid, bijvoorbeeld.

Eerst werd nagegaan op welke manier de arts-patiëntrelatie gemeten werd in de in de literatuurstudie geïncludeerde artikels.

- In Kravitz et al. (10) en Van Bokhoven et al. (8) werd de arts-patiëntrelatie niet bevraagd.
- In Solomon et al. (12) werden enquêtes met stellingen en een Likertschaal gebruikt die opgesteld werden op basis van interviews. Er werd gevraagd naar *patient partnership*, maar de arts-patiëntrelatie werd niet expliciet bevraagd.
- In Jackson et al. (1) werd patiënttevredenheid bevraagd, niet de arts-patiëntrelatie, met de stelling *"How do you feel about the care you received about this problem from your doctor?"*. De arts-patiëntrelatie werd ook bevraagd, maar dan aan de artsen zelf. Hiervoor werd de Difficult Doctor Patient Relationship Questionnaire gebruikt. Deze meet hoe moeilijk een contact was voor de arts zelf, en is dus niet bruikbaar voor het meten van de arts-patiëntrelatie zoals ervaren door de patiënt.
- In Peck et al. (2) werd patiënttevredenheid bevraagd d.m.v. de American Board of Internal Medicine Patient Satisfaction Questionnaire. Er wordt in dit instrument ook gepeild naar de interactie met paramedisch personeel en de faciliteiten van een praktijk, niet enkel naar de tevredenheid over de arts zelf.
- Bowling et al. (3) ontwikkelden zelf een pre- en post-consult enquête die naar verwachtingen peilde en opnieuw naar patiënttevredenheid met één enkele stelling.

- Bell en Kravitz (4) gebruikten pre- en post-consult enquêtes en een follow-up telefoongesprek. Ze corrigeerden voor een factor *trust* in de arts d.m.v. een instrument opgesteld voor deze specifieke studie o.b.v. voorgaande focusgroepen met patiënten en *pilot testing*. Ze werden gebaseerd op twee instrumenten om vertrouwen te meten, namelijk deze van Anderson en Dedrick (18) en de Primary Care Assessment Survey (19). Deze instrumenten werden niet gebruikt in ons onderzoek omdat vertrouwen slechts een onderdeel van de arts-patiëntrelatie is.
- Verschillende onderzoekers voerden een kwalitatief onderzoek uit waarbij de patiënttevredenheid onderzocht werd, niet de arts-patiëntrelatie in ruimere zin (5,6,11,14–17).
- Thom et al. (13) bevroegen het vertrouwen in de arts voor een consultatie, nadien de patiënttevredenheid.
- Herndon et al. (9) bevraagden de arts-patiëntrelatie niet, noch patiënttevredenheid, wel welke mening patiënten hadden over bepaalde testen of verwijzingen die hun arts niet nodig gevonden had.

De geciteerde artikels brachten dus geen geschikt meetinstrument op aangezien geen van deze artikels de arts-patiëntrelatie in zijn geheel bevraagt. Er werd dus een nieuwe zoekopdracht gedaan in de Medline database en via Google Scholar met de zoektermen: *doctor patient relationship assesment, physician-patient relations*. Zo vonden we dat Eveleigh et al. (20) in 2012 een opsomming maakten van negentien meetinstrumenten met de bedoeling om het kiezen van een meetinstrument voor onderzoekers makkelijker te maken. We maken hier dan ook gebruik van.

Negen van de opgesomde instrumenten werden ontwikkeld in de eerstelijnsgeneeskunde of algemene geneeskunde en zijn zo meer bruikbaar voor deze studie dan meetinstrumenten die opgesteld werden in de psychologie of psychiatrie. Verder dient het meetinstrument ingevuld te worden door de patiënt, niet door de arts of een observator. Er bleven acht meetinstrumenten over na deze selectie. Uit deze meetinstrumenten werden er vervolgens drie geselecteerd op basis van hun definitie van de arts-patiëntrelatie en in hoeverre deze aanleunt bij de intuïtieve definitie van de arts-patiëntrelatie van de onderzoeker.

Deze drie zijn de PPRQ (Patient-Physician Relationship Questionnaire), PDRQ-9 (Patient-Doctor Relationship Questionnaire) en CARE (Consultation And Relational Empathy). Deze eerste (PPRQ) werd echter niet getest op interne consistentie of *test-retest reliability* (21). CARE meet hoe empathisch de arts bevonden werd door de patiënt in een consultatie, niet over de arts-patiëntrelatie over het algemeen (22). Aldus blijft PDRQ-9 over (23). Eveleigh et al. raden in de eerstelijnszorg de PDRQ-9 aan omwille van de relatief korte lengte en de goede interne consistentie. Deze studie werd later ook gevalideerd (24–27). In de PDRQ-9 wordt gefocust op gepercipieerde empathische stijl en beschikbaarheid van de arts als hoofdkenmerken van de arts-patiëntrelatie. De 9 stellingen bevragen de beleving van de arts-patiëntrelatie

vanuit het standpunt van de patiënt, los van een consultatie. De arts-patiëntrelatie wordt uitgedrukt in de gemiddelde score op 5 in een Likertschaal die varieert van helemaal niet mee eens tot helemaal eens.

We bevinden de PDRQ-9 omwille van de inhoud, lengte en validiteit geschikt om in onze enquête de arts-patiëntrelatie te bepalen voordat de casussen voorgelegd worden.

Voor deze studie dienden de stellingen van de PRDQ-9 eerst vertaald te worden van Engels naar Nederlands. Een bestaande vertaling werd niet gevonden. Zie tabel 1 voor de oorspronkelijke Engelstalige PDRQ-9 en zijn vertaling.[1]

Tabel 1. PRDQ-9

Originele versie	**Vertaalde versie**
My PCP helps me	Mijn huisarts helpt mij
My PCP has enough time for me	Mijn huisarts heeft voldoende tijd voor mij
I trust my PCP	Ik vertrouw mijn huisarts
My PCP understands me	Mijn huisarts begrijpt mij
My PCP is dedicated to help me	Mijn huisarts zet zich in om mij te helpen
My PCP and I agree on the nature of my medical symptoms	Mijn huisarts en ik zijn het eens over de aard van mijn klachten
I can talk to my PCP	Ik kan met mijn huisarts praten
I feel content with my PCP's treatment	Ik ben tevreden met de behandeling van mijn huisarts
I find my PCP easily accessible	Mijn huisarts is gemakkelijk te bereiken

Idealiter zouden we de PDRQ-9 vergelijken voor de niet-ingeloste verwachting en na de niet-ingeloste verwachting om de verandering van arts-patiëntrelatie te meten. We zouden de PDRQ-9 integraal opnieuw moeten te bevragen na elke casus. Er werd gekozen om dit niet te doen. Een aantal stellingen (bijvoorbeeld: "Mijn huisarts is gemakkelijk te bereiken", "Mijn huisarts heeft voldoende tijd voor mij") zijn onafhankelijk van het beleid van de arts en we nemen dan ook aan dat deze niet zouden veranderen door een niet-ingeloste verwachting. Waar de PDRQ-9 uitblinkt in het meten van de baseline arts-patiëntrelatie los van de context van een consultatie, is deze consultatie juist heel belangrijk bij een op casussen gebaseerde ondervraging.

We kiezen er dan ook voor een variant op te stellen van de PDRQ-9 om de arts-patiëntrelatie te meten na elke casus. Waar mogelijk werden stellingen uit de PRDQ-9 overgenomen en geherformuleerd om logisch te zijn in de nieuwe context. De overige stellingen werden geformuleerd om dezelfde nadruk te behouden

[1] Nota bij de vertaling: '*Easily accessible*' kan zowel slaan op toegankelijkheid van locatie als toegankelijkheid in het algemeen. In de studie zelf werd 'accessibility' niet gedefinieerd. In een studie waarbij de enquête vertaald werd naar het Duits en gevalideerd werd (24), werd samengewerkt met één van de auteurs van het originele artikel. Er werd gekozen voor een woord dat meer slaat op organisationele bereikbaarheid dan emotionele bereikbaarheid. Aldus werd 'bereiken' gekozen voor deze vertaling. '*Dedicated to*' voelt minder sterk dan 'toegewijd zijn aan', als alternatief werd 'inzetten' gebruikt.

op empathische stijl van de arts en wat voor gevoel dit uitlokt bij de ondervraagde. Bij het verwoorden van de stellingen werd gepoogd om de stellingen neutraal op te stellen, zodat op een vijfpunts-Likertschaal antwoord 3 ook daadwerkelijk zo neutraal mogelijk is. De stellingen die bevraagd zullen worden na elke casus zijn opgesomd in tabel 2.

Tabel 2. Bevraging arts-patiëntrelatie na een casus
1. Ik zou tevreden zijn met dit advies.
2. Ik zou de beslissing van mijn huisarts accepteren.
3. Ik zou me meer gerustgesteld voelen na deze uitleg.
4. Ik zou voortaan mogelijk minder vertrouwen hebben in mijn huisarts.
5. Ik zou overwegen naar een andere arts te gaan voor een tweede opinie.
6. Ik zou me eerder onbegrepen voelen.
7. Ik zou mijn arts proberen te overtuigen.

Merk op dat stelling 1, 2, 3, 4 en 6 op een bepaald gevoel slaan: tevredenheid, acceptatie, geruststelling, vertrouwen en begrip. Stelling 5 en 7 drukken een intentie uit.

Wanneer we het gemiddelde bepalen van de antwoorden op deze stellingen bij die casussen waar de ondervraagde een verwachting uitdrukte die niet ingelost werd, drukt dit getal van 1-5 uit hoe de patiënt de arts-patiëntrelatie beleeft, waarbij 1 het meest negatieve gevoel uitdrukt en 5 het meest positieve. Het gaat over zowel het gevoel over het beleid van deze arts (“Ik zou me meer gerustgesteld voelen na deze uitleg”), als het gevoel tegenover de arts zelf (“Ik zou voortaan mogelijk minder vertrouwen hebben in mijn huisarts”). We noemen deze score **APR2**.

6. Selectie van casussen

We willen dat de voorgelegde casussen voor de patiënt zo realistisch mogelijk zijn. Daarom stelden we eerst een uitgebreide lijst op met casussen (zie tabel 3) gebaseerd op ervaringen vanuit de praktijk. We kiezen voor deze lijst enkel voor casussen waar de evidence voor of tegen een bepaald beleid sterk is.

Tabel 3. Lijst van mogelijke casussen
Beeldvorming bij aspecifieke lage rugpijn
Beeldvorming bij hoesten
Statine of antihypertensiva wanneer de SCORE-tabel een laag risico aangeeft
Antidepressiva bij niet-majeure depressie
Hoestsiroop bij kinderen
Onnodige doorverwijzing bij specialist
Slaapmedicatie
Tumormerkers bepalen bij bloedname als screening voor kanker
Uitstrijkje of mammografie frequenter dan aangeraden
Testen voor voedselallergieën bij aspecifieke klachten
Zwaardere pijnmedicatie dan aangewezen volgens WHO-tarp
Bloedname voor antistoffen van reumatoïde artritis bij gewrichtspijnen zonder klinische artritis
Screening voor de ziekte van Lyme zonder symptomen
Antibiotica voor virale bovenste luchtweginfectie
Griepvaccinatie weigeren wanneer deze omwille van comorbiditeit geïndiceerd is
Ongeoorloofd gebruik van protonpompinhibitoren
MRI-scan bij spanningshoofdpijn

We selecteerden uit deze lijst zes casussen (vetgedrukt in tabel 3). Dit zijn er relatief veel om de kans te vergroten dat de casussen aansluiting vinden bij de patiënt en om extreme antwoorden uit te middelen binnen de antwoorden van één respondent. Het is namelijk de bedoeling de resultaten van de verschillende scenario's met een niet-ingeloste verwachting te kunnen samenvoegen in de analyse. Bij meer casussen dan deze zes bestond het risico dat de enquête te lang zou worden.

Casussen die enkel toepasbaar zijn voor een beperkt aantal respondenten (bijvoorbeeld mammografie is enkel relevant voor vrouwen vanaf een bepaalde leeftijd) werden vermeden. Ook psychiatrische casussen werden gemeden omdat de arts-patiëntrelatie hier complexer is. De gekozen casussen omvatten zowel acute tot subacute klachten als preventieve geneeskunde.

Er werd in de beschrijving van de casus ook telkens gekozen om een emotionele component toe te voegen. Bijvoorbeeld: "U maakt zich ongerust over deze hoest." Op deze manier proberen we te vermijden dat de ondervraagde te rationeel de vragen beantwoordt. In de praktijk gaan niet-ingeloste verwachting immers vaak met emoties gepaard, zoals aangehaald door Kravitz et al. (10). Zie bijlage 1 voor de volledige enquête.

RESULTATEN

1. Demografische kenmerken

De enquête werd met 275 antwoorden afgesloten. De demografische kenmerken van de respondenten zijn opgesomd in tabel 4. Bemerk een overwicht aan jongere mensen en aan mannen, vermoedelijk te wijten aan de wijze waarop de enquête verspreid werd (internet). Er werd niet gevraagd naar de nationaliteit van de respondenten. Door de manier van verspreiding zijn er waarschijnlijk zowel Vlaamse als Nederlandse respondenten.

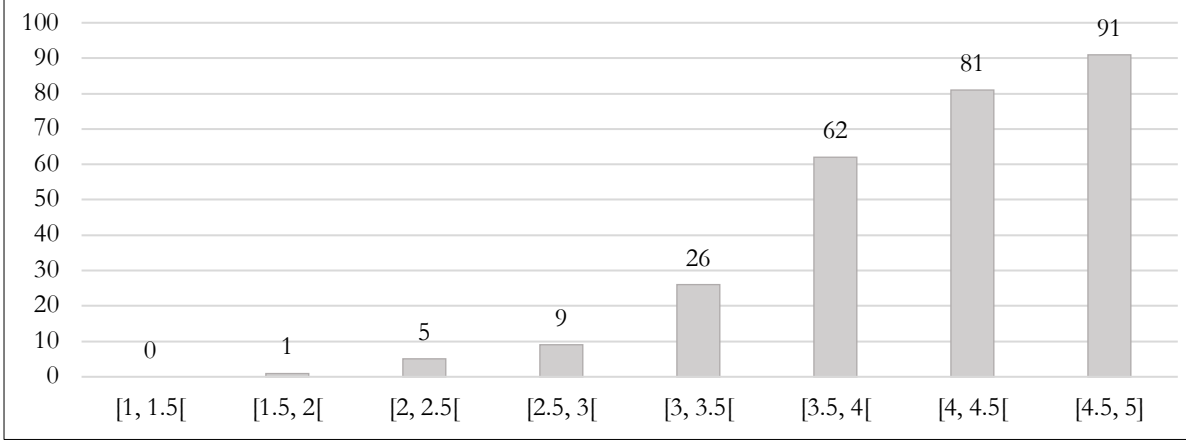
Tabel 4. Demografische kenmerken

	N = 275	
Gender		
Man	163	59,3%
Vrouw	112	40,7%
Leeftijd		
<20	17	6,2%
20-29	115	41,8%
30-39	57	20,7%
40-49	26	9,5%
50-59	28	10,2%
60-69	19	6,9%
70-79	11	4,0%
>80	2	0,7%
Hoogst behaalde diploma		
Lager onderwijs	3	1,1%
Middelbaar onderwijs	101	36,7%
Hogeschool	78	28,4%
Universiteit	93	33,8%

2. PDRQ-9

Het gemiddelde van de antwoorden op de Likertschalen van de PDRQ-9 werd voor elke ondervraagde bepaald. De minimumscore is 1, het maximum 5. Zie grafiek 1.

Grafiek 1. PDRQ-9 score



De ondervraagden hadden een goede tot zeer goede relatie met de huisarts die zij als hun vaste huisarts beschouwden. Slechts 15 van de 275 ondervraagden hadden een PDRQ-9 onder 3, 5,5% van de ondervraagden. De gemiddelde PDRQ-9 van alle respondenten was 4,13.

3. Datatransformatie

De resultaten van de stellingen onder APR2 werden waar nodig geïnverteerd zodat de laagste score altijd een negatief gevoel weerspiegelt en de hoogste score een positief gevoel. De antwoorden op stelling 7 ("Ik zou mijn arts proberen te overtuigen") werden geschrapt omdat de uitkomst van deze onderhandeling zowel positief als negatief kan zijn voor de arts-patiëntrelatie. Ze geven op zichzelf geen duidelijk oordeel over de arts-patiëntrelatie.

We zijn enkel geïnteresseerd in die casussen waar de bevraagde een verwachting had. De data uit casussen waarbij bevraagden een 1, 2 of 3 antwoordden op de vijfpunts-Likertschaal wordt dus niet mee geanalyseerd. Sommige respondenten hadden in geen enkele casus een verwachting van 4 of 5, zij zijn dus niet relevant voor de analyse en werden niet meegenomen. Hierdoor bleven nog 214 respondenten over, waarvan dus enkel de casussen geanalyseerd werden waarin deze respondenten een duidelijke verwachting hadden m.b.t. het beleid van de arts.

4. Analyse

A. Welke invloed hebben niet-ingeloste verwachtingen van patiënten op hun beleving van de arts-patiëntrelatie wanneer deze verwachtingen niet overeenkomen met het beleid volgens evidence-based medicine?

We willen gebruik maken van een éénzijdige T-toets om te testen of APR2 kleiner is dan 3, het neutrale punt in de Likertschaal. Gezien er bewust gekozen werd voor neutrale stellingen met een vijfpunts-Likertschaal met 3 als neutraal punt en waarvan antwoord 1 benoemd werd als "helemaal niet mee eens" en antwoord 5 als "helemaal mee eens", kunnen we aannemen dat er een semi-normaalverdeling is van de antwoorden en dat de afstand tussen de verschillende datapunten gelijk is. We mogen de T-toets dus toepassen. Indien de APR2 significant kleiner is dan 3, is er een eerder negatieve beleving van de arts-patiëntrelatie na niet-ingeloste verwachtingen.

$H_0: \mu = 3$

$tegen\ H_1: \mu < 3$

$met\ toetsingsgrootheid\ T = \frac{\bar{X} - 3}{S}\sqrt{n}$

$uit\ de\ steekproef\ blijkt\ dat\ \ \bar{x} = 3{,}99\ en\ s = 0{,}67\ en\ n = 214$

$hieruit\ volgt\ t = \frac{3{,}99 - 3}{0{,}67}\sqrt{214} = 21{,}62$

$DF = 213\ en\ \alpha = 0{,}05\ dan\ is\ de\ kritieke\ waarde - 1{,}645$

$t > -1{,}645$

$H_0\ kan\ niet\ verworpen\ worden$

Gezien de nulhypothese niet verworpen kan worden, is er geen significante negatieve beleving van de arts-patiëntrelatie na niet-ingeloste verwachtingen.

B. Welke invloed hebben niet-ingeloste verwachtingen van patiënten op hun beleving van de arts-patiëntrelatie wanneer de arts-patiëntrelatie vooraf al minder goed is?

Dit kan getest worden met een éénzijdige T-test op dezelfde manier als hierboven, ditmaal enkel toegepast op de resultaten van de respondenten met een PDRQ-9 onder 3. Dit is de groep die al vóór de casussen een eerder negatieve arts-patiëntrelatie had. Merk op dat het om een kleine steekproef gaat van 11 patiënten.

$H_0: \mu = 3$

$tegen\ H_1: \mu < 3$

$met\ toetsingsgrootheid\ T = \frac{\bar{X} - 3}{S}\sqrt{n}$

$uit\ de\ steekproef\ blijkt\ dat\ \bar{x} = 2{,}99\ en\ s = 0{,}57\ en\ n = 11$

$hieruit\ volgt\ t = \frac{2{,}99 - 3}{0{,}57}\sqrt{11} = -0{,}058$

$DF10\ en\ \alpha = 0{,}05\ dan\ is\ de\ kritieke\ waarde - 1{,}812$

$t > -1{,}812$

$H_0\ kan\ niet\ verworpen\ worden$

Gezien de nulhypothese niet verworpen kan worden, is er geen significant negatieve beleving van de arts-patiëntrelatie na niet-ingeloste verwachtingen bij een al op voorhand minder goede arts-patiëntrelatie.

C. Is er een verschil in de beleving van de arts-patiëntrelatie bij niet-ingeloste verwachtingen tussen de groep met een al op voorhand goede arts-patiëntrelatie en de groep met een minder goede arts-patiëntrelatie?

Bovenstaande vragen werden beantwoord door een tweezijdige T-test met ongepaarde variabelen en gelijke variantie, nadat bevestigd werd dat de varianties tussen de groepen niet significant verschilden met een F-test (zie tabel 5).

Tabel 5. Vergelijkende T-test van APR2

	N=214	Gemiddelde	Variantie	F-test (p-waarde)	T-test (p-waarde)
Gender					
Man	131	4,02	0,44	0,66	0,53
Vrouw	83	3,96	0,48		
PDRQ-9					
< 3	11	2,99	0,65	0,77	**$1{,}53.10^{-7}$**
> 3	201	4,05	0,40		
Leeftijd					
< 50	170	4,02	0,42	0,14	0,22
≥ 50	44	3,88	0,58		
< 60	192	4,02	0,42	0,16	0,06
≥ 60	22	3,74	0,64		
< 70	204	4,00	0,44	0,22	0,35
≥ 70	10	3,80	0,71		

Bij niet-significante resultaat van een F-test werd aanname gemaakt van gelijke varianties. De T-testen werden tweezijdig uitgevoerd met aanname van gelijke varianties en ongepaarde variabelen. Significante resultaten zijn vetgedrukt.

Er is een significant verschil in de beleving van de arts-patiëntrelatie na niet-ingeloste verwachtingen tussen patiënten met een goede arts-patiëntrelatie en deze met een minder goede arts-patiëntrelatie.

Merk op dat zelfs in de groep met een PDRQ-9 onder 3 het gemiddelde van APR2 nog steeds 2,61 is, weinig afwijkend van de neutrale 3. Bovendien gaat het om een kleine steekproef van 11 patiënten.

D. Is er verschil in de beleving van de arts-patiëntrelatie na niet-ingeloste verwachtingen tussen verschillende demografische groepen?

We beantwoorden deze vraag op dezelfde manier als hierboven, met een tweezijdige T-test (zie tabel 5). **Er is geen significant verschil in APR2 tussen mannen en vrouwen. Er is evenmin een significant verschil is tussen jongere patiënten en oudere patiënten.**

De gemiddelde APR2-waarden per opleidingsniveau zijn opgesomd in tabel 6. Een tweezijdige T-test werd uitgevoerd op de twee categorieën met het grootste verschil tussen de gemiddelde APR2-waarden, de groep met als hoogste diploma middelbaar onderwijs en die met als hoogste diploma een hogeschooldiploma. De F-test kan geen significant verschillende varianties aantonen. De p-waarde voor de tweezijdige T-test tussen deze twee groepen is 0,17.

De data suggereert dat er geen significant verschil bestaat in beleving van de arts-patiëntrelatie na niet inlossen van verwachtingen tussen verschillende opleidingsniveaus.

Tabel 6. APR2 per hoogst behaalde diploma

	N = 214	Gemiddelde	Variantie
Lager onderwijs	3	3,96	0,04
Middelbaar onderwijs	83	4,04	0,45
Hogeschool	58	3,88	0,45
Universiteit	70	4,03	0,47

E. Invloed van individuele casussen

Tabel 7. Verwachtingen en APR2 per casus		
	N (%)	Gemiddelde APR2
Casus 1: Lage rugpijn		
Verwachting 1-2	14 (5%)	3,25
Verwachting 3	33 (12%)	3,51
Verwachting 4-5	**228 (83%)**	**4,10**
Totaal	275 (100%)	3,99
Casus 2: Tumormerkers		
Verwachting 1-2	21 (8%)	3,63
Verwachting 3	37 (13%)	3,71
Verwachting 4-5	**217 (79%)**	**3,92**
Totaal	275 (100%)	3,87
Casus 3: Antibiotica		
Verwachting 1-2	10 (4%)	3,57
Verwachting 3	36 (13%)	4,06
Verwachting 4-5	**229 (83%)**	**4,32**
Totaal	275 (100%)	4,26
Casus 4: Statine		
Verwachting 1-2	169 (61%)	4,46
Verwachting 3	66 (24%)	4,21
Verwachting 4-5	**40 (15%)**	**3,73**
Totaal	275 (100%)	4,29
Casus 5: Hoest		
Verwachting 1-2	14 (5%)	3,07
Verwachting 3	23 (8%)	3,07
Verwachting 4-5	**238 (87%)**	**4,49**
Totaal	275 (100%)	4,30
Casus 6: Hoofdpijn		
Verwachting 1-2	117 (43%)	4,44
Verwachting 3	81 (29%)	4,19
Verwachting 4-5	**77 (28%)**	**3,67**
Totaal	275 (100%)	4,15
Nota bene: Deze tabel bevat de data van alle respondenten, ook van zij die geen verwachtingen hadden. Dit brengt het totaal op 275. In voorgaande analyses werd enkel gekeken naar de respondenten met minstens bij één casus een verwachting van 4-5, dit totaal was 214.		

Tabel 7 geeft per casus aan hoeveel van de respondenten een verwachting van 1 of 2, van 3 en van 4 of 5 hadden en wat voor elk van deze categorieën de gemiddelde APR2 is, alsook de gemiddelde APR2 per casus voor elke respondent (ook degene die geen verwachting had m.b.t. deze casus).

Er lijkt geen grote variatie te zijn in de gemiddelde APR2 tussen de verschillende casussen over alle categorieën van verwachting (verwachtingsscore 1-2, 3 en 4-5) heen. Bevraagden wilden minder vaak

MRI-scans voor hoofdpijn (casus 6) of statines voor een te hoge cholesterol (casus 4), voor de overige casussen blijken de meeste respondenten wensen te hebben m.b.t. een bepaald beleid.

In de analyse tot hiertoe hebben we enkel die gegevens gebruikt waarbij de verwachting 4 of 5 was. Dit geeft een totaal van 1029 metingen. Gezien er minder verwachtingen waren bij casussen 4 en 6 dan bij de rest, dragen deze twee casussen in verhouding veel minder bij tot de gemiddelde APR2, met 3,9% en 7,5% respectievelijk, terwijl de overige casussen elk ongeveer even veel bijdragen, lopend van 21,1% tot 23,1%. Er lijken evenwel geen grote verschillen te zijn tussen de gemiddelde APR2-scores van de respondenten met verwachtingscore 4-5 tussen verschillende casussen. De casussen werden tot hiertoe samen geanalyseerd, het is dus belangrijk te weten dat de bevindingen niet vertekend werden door individuele casussen.

F. Verandering in arts-patiëntrelatie na niet-ingeloste verwachtingen

Omdat PDRQ-9 en APR2 verschillende meetinstrumenten zijn, kunnen ze statistisch niet met elkaar vergeleken worden. We kunnen niet aannemen dat ze afhankelijke variabelen zijn, ondanks dat er een overlap is tussen beide. Tabel 8 somt de gemiddelde PDRQ-9 en de gemiddelde APR2 op van de groep respondenten die een bepaald aantal verwachtingen had.

Tabel 8. PDRQ-9 en APR2 per aantal verwachtingen

Aantal verwachtingen	**N=aantal respondenten**	**Gemiddeld PDRQ-9**	**Gemiddeld APR2**
0	61	4,06	/
1	70	4,21	4,15
2	67	4,24	4,07
3	37	3,91	3,74
4	26	4,17	3,94
5	5	4,31	3,37
6	9	3,83	3,74
Verwachtingen 1-6	214	4,15	3,99

De gemiddelde PDRQ-9 bij de respondenten die in minstens één casus een verwachting van 4 of 5 hadden was 4,15. De gemiddelde APR2 bij diezelfde groep (na niet ingeloste verwachtingen dus) was 3,99. Er lijken geen grote verschillen te zijn tussen de groepen onderling en ook de PDRQ-9 en APR2 liggen niet ver uit elkaar, afgezien van de groep met in 5 van de 6 casussen een niet-ingeloste verwachting. Dit is dan ook de kleinste groep uit de rij met slechts 5 respondenten, dus deze steekproef is te klein om hier met zekerheid conclusies uit te trekken. De data suggereert ook dat er geen verband is tussen het aantal verwachtingen en de gemiddelde PDRQ-9-score Het lijkt dus niet zo te zijn dat patiënten met veel verwachtingen de relatie met hun vaste huisarts als slechter beoordelen, of dat patiënten met een minder goede arts-patiëntrelatie meer verwachtingen hebben.

DISCUSSIE

1. Interpretatie

De arts-patiëntrelatie is complex en moeilijk te definiëren en objectiveren. In deze studie gebruikten we stellingen om een inzicht te verkrijgen over de arts-patiëntrelatie nadat verwachtingen niet ingelost werden. De stellingen weerspiegelen een negatief of positief gevoel bij de arts en zijn/haar beleid na een consultatie. De gemiddelde score op deze stellingen is niet significant negatief na niet-ingeloste verwachtingen. Dit onderzoek kan dus niet bewijzen dat niet-ingeloste verwachtingen de patiënt met negatievere gevoelens naar arts en consult toe achterlaat.

De meerderheid van de ondervraagden hadden een goede relatie met hun vaste huisarts (zoals gemeten met de PDRQ-9). Dit resultaat ligt in lijn met eerdere bevindingen uit het kwalitatief onderzoek van Hoffman et al. (15), dat er bij een goede arts-patiëntrelatie geen negatief effect is van een niet-ingeloste verwachting op de patiënttevredenheid. Het ligt ook in lijn met Froehlich en Welch (16) die aantoonden dat niet-ingeloste verzoeken geen significante voorspeller waren voor patiënttevredenheid. Belangrijk om op te merken is dat in deze onderzoeken de patiënttevredenheid onderzocht werd i.t.t. een ruimere definitie van de arts-patiëntrelatie zoals in dit onderzoek. Ook heeft het woord 'verwachtingen' soms verschillende betekenissen. Zo zijn verwachtingen en verzoeken niet hetzelfde, een verwachting hoeft immers niet altijd geuit te worden. Bovendien kan een verwachting zowel een wens zijn (wat wil de patiënt dat er gaat gebeuren) als een inschatting (want denkt de patiënt dat er gaat gebeuren), zoals eerder aangehaald in Bell et al. (4). De verwachting zoals in dit onderzoek uitgedrukt slaat op een wens.

Bij patiënten met een minder goede relatie met hun vaste huisarts ligt de situatie iets anders. Hoewel deze groep op zichzelf geen significant negatieve slechte arts-patiëntrelatie had na een niet-ingeloste verwachting, had zij in vergelijking met de patiënten met een goede relatie met hun vaste huisarts wèl een negatiever gevoel na een niet-ingeloste verwachting. Maar deze bevindingen dienen gematigd te worden: zelfs in deze groep is de arts-patiëntrelatie vooraf en de beleving van de arts-patiëntrelatie na de niet-ingeloste verwachtingen eerder neutraal dan negatief.
De causaliteit is hier ook onduidelijk. Hebben patiënten omwille van minder vertrouwen in hun huisarts in het algemeen ook minder vertrouwen in hun beleid? Dat lijkt logisch, maar omgekeerd hebben patiënten met meer verwachtingen waarschijnlijk ook al vaker meegemaakt dat het beleid van hun arts niet beantwoordde aan hun verwachtingen, waardoor de arts-patiëntrelatie onder druk komt te staan. Studies kwamen al vaker tot de conclusie dat niet-ingeloste verwachtingen meer voorkwamen bij patiënten die weinig vertrouwen in hun arts hadden (4,13).

In de casussen zoals bevraagd in de enquête werd nadruk gelegd op een goede, begripvolle en volledige uitleg over waarom een verwachting niet ingelost werd. Dit vereist dat de arts deze verwachtingen weet te achterhalen in het consult. Wanneer de verwachting onuitgesproken blijft of niet aangehaald wordt in de uitleg van de arts, zou er mogelijk wel een negatief effect kunnen zijn op de arts-patiëntrelatie.

Het beleid in de casussen volgde ook telkens richtlijnen gebaseerd op evidence-based medicine, waar de arts zich op zou kunnen beroepen bij het verantwoorden van zijn/haar beleid aan de patiënt. De manier waarop evidence-based medicine vermeld wordt in de communicatie naar de patiënt is belangrijk. Van Bokhoven et al. bevonden immers dat patiënten geen vertrouwen hebben in statistiek en een individuele aanpak willen (8).

2. Evaluatie

Er zijn verschillende manieren om dit soort onderzoek aan te pakken, met elk hun voordelen en nadelen. Het grootste voordeel van dit soort hypothetisch onderzoek is dat elke respondent gestandaardiseerde situaties voor zich krijgt, waardoor de data geschikt is voor kwantitatief vergelijkend onderzoek. Met deze studieopzet konden we een behoorlijk uitgebreide dataset verkrijgen van mensen met (hypothetische) niet-ingeloste verwachtingen.

Hoewel het beleid van de casussen werd gebaseerd op evidence-based medicine, is niet elk beleid blindelings van toepassing op elke patiënt, bijvoorbeeld bij een hoge voorafkans op een bepaalde aandoening of patiënten met een uitgebreide comorbiditeit.

Het is onduidelijk hoe representatief de steekproef is. We hebben in deze steekproef vooral jonge mensen met een zeer goede PDRQ-9. Mensen met een slechte relatie met hun arts zijn misschien minder geneigd geweest om deze enquête in te vullen. Jonge mensen hebben in het algemeen minder gezondheidsproblemen dan oudere mensen. Het zou interessant geweest zijn om aan de respondenten te vragen of zij veel gezondheidsproblemen ervaren. Het is namelijk mogelijk dat iemand met weinig gezondheidsproblemen minder negatieve ervaringen heeft gehad m.b.t. artsen en daardoor makkelijker meegaat in hun beleid, reflecterend in een hogere APR2-score. Anderzijds is er in de literatuur beschreven dat jongere mensen vaker niet-ingeloste verwachtingen hebben (4).

Door de overlap tussen PDRQ-9 en de stellingen na de casussen zijn beide parameters niet volledig onafhankelijk. Bijvoorbeeld: wanneer patiënten in de PDRQ-9 antwoorden dat ze geen vertrouwen hebben in hun huisarts, zullen ze dat na een niet-ingeloste verwachting waarschijnlijk ook niet hebben. Mogelijk is een deel van de correlatie in de resultaten van dit onderzoek toe te wijzen aan deze overlap.

Omwille van de hypothetische situaties hangen de resultaten af van hoe goed de patiënt zich kan inleven. Er werd met een relatief groot en divers aanbod aan casussen geprobeerd om bij zo veel mogelijk respondenten aansluiting te vinden, zodat de respondent zich hopelijk kon beroepen op eigen ervaringen. Uit feedback van de ondervraagden bleek dat de casussen inderdaad herkenbaar waren. Het zou interessant zijn om te bekijken of deze resultaten in vivo ook te repliceren zijn. Bijvoorbeeld door de PDRQ-9 te bevragen bij een cohorte patiënten en deze na een bepaalde tijdsduur, bijvoorbeeld zes maanden opnieuw te meten en hierbij negatieve incidenten in die tijdspanne te bevragen, en in welke mate deze te maken hadden met al dan niet-ingeloste verwachtingen.

BESLUIT

In de praktijk botst het beleid dat de arts zou moeten uitvoeren volgens evidence-based medicine wel eens met wat de patiënt verwacht. Deze studie toont aan dat dit niet noodzakelijk een probleem is voor de arts-patiëntrelatie. Het lijkt ons dus belangrijk de verwachtingen van de patiënt te achterhalen om deze te addresseren en uitleg te geven over waarom een bepaalde verwachting niet ingelost kan worden. Verder onderzoek dient gedaan te worden om na te gaan of deze bevindingen ook van toepassing zijn in een niet-hypothetische setting.

REFERENTIES

1. Jackson JL, Kroenke K. The effect of unmet expectations among adults presenting with physical symptoms. Ann Intern Med. 2001 May 1;134(9 Pt 2):889–97.

2. Peck BM, Ubel PA, Roter DL, Goold SD, Asch DA, Jeffreys AS, et al. Do Unmet Expectations for Specific Tests, Referrals, and New Medications Reduce patients' Satisfaction? J Gen Intern Med. 2004 Nov;19(11):1080.

3. Bowling A, Rowe G, McKee M. Patients' experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: a population survey. J R Soc Med. 2013 Apr;106(4):143–9.

4. Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Krupat E, Azari R. Unmet expectations for care and the patient-physician relationship. J Gen Intern Med. 2002 Nov;17(11):817–24.

5. Joos SK, Hickam DH, Borders LM. Patients' desires and satisfaction in general medicine clinics. Public Health Rep. 1993;108(6):751.

6. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. Soc Sci Med. 2001;52(4):609–620.

7. Rao JK, Weinberger M, Kroenke K. Visit-specific expectations and patient-centered outcomes: a literature review. Arch Fam Med. 2000;9(10):1148.

8. van Bokhoven MA, Pleunis-van Empel MCH, Koch H, Grol RPTM, Dinant G-J, van der Weijden T. Why do patients want to have their blood tested? A qualitative study of patient expectations in general practice. BMC Fam Pract. 2006 Dec 13;7:75.

9. Herndon MB, Schwartz LM, Woloshin S, Anthony D, Gallagher P, Fowler FJ, et al. Older patients perceptions of "unnecessary" tests and referrals: a national survey of Medicare beneficiaries. J Gen Intern Med. 2008 Oct;23(10):1547–54.

10. Kravitz RL, Callahan EJ. Patients' Perceptions of Omitted Examinations and Tests: A Qualitative Analysis. J Gen Intern Med. 2000 Jan;15(1):38.

11. Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Lazaro CG, Blum MJ. The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. Med Care. 1989 Nov;27(11):1027–35.

12. Solomon J, Raynor DK, Knapp P, Atkin K. The compatibility of prescribing guidelines and the doctor-patient partnership: a primary care mixed-methods study. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. 2012 Apr;62(597):e275-281.

13. Thom DH, Kravitz RL, Bell RA, Krupat E, Azari R. Patient trust in the physician: relationship to patient requests. Fam Pract. 2002 Oct;19(5):476–83.

14. Kravitz RL, Bell RA, Azari R, Krupat E, Kelly-Reif S, Thom D. Request fulfillment in office practice: antecedents and relationship to outcomes. Med Care. 2002;40(1):38–51.

15. Hoffmann TC, Del Mar CB, Strong J, Mai J. Patients' expectations of acute low back pain management: implications for evidence uptake. BMC Fam Pract. 2013 Jan 8;14:7.

16. Froehlich GW, Welch HG. Meeting walk-in patients' expectations for testing. Effects on satisfaction. J Gen Intern Med. 1996 Aug;11(8):470–4.

17. Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Krupat E, Azari R. Unsaid but Not Forgotten: Patients' Unvoiced Desires in Office Visits. Arch Intern Med. 2001 Sep 10;161(16):1977.

18. Anderson LA, Dedrick RF. Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. Psychol Rep. 1990 Dec;67(3 Pt 2):1091–100.

19. Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, Rogers WH, Taira DH, Lieberman N, et al. The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. Med Care. 1998 May;36(5):728–39.

20. Eveleigh RM, Muskens E, van Ravesteijn H, van Dijk I, van Rijswijk E, Lucassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. J Clin Epidemiol. 2012 Jan;65(1):10–5.

21. Berry LL, Parish JT, Janakiraman R, Ogburn-Russell L, Couchman GR, Rayburn WL, et al. Patients' Commitment to Their Primary Physician and Why It Matters. Ann Fam Med. 2008 Jan 1;6(1):6–13.

22. Mercer SW. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. Fam Pract. 2004 Oct 1;21(6):699–705.

23. Van der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk HW., De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. Gen Hosp Psychiatry. 2004 Mar;26(2):115–20.

24. Zenger M, Schaefert R, van der Feltz-Cornelis C, Brähler E, Häuser W. Validation of the Patient-Doctor-Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in a representative cross-sectional German population survey. PloS One. 2014;9(3):e91964.

25. Arafat SMY. Psychometric Validation of the Bangla Version of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire. Psychiatry J. 2016;2016:1–4.

26. Porcerelli JH, Murdoch W, Morris P, Fowler S. The Patient–Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in Primary Care: A Validity Study. J Clin Psychol Med Settings. 2014 Sep;21(3):291–6.

27. Martín-Fernández J, Cura-González MI del, Gómez-Gascón T, Fernández-López E, Pajares-Carabajal G, Moreno-Jiménez B. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. Aten Primaria. 2010 Apr;42(4):196–203

BIJLAGE 1: ENQUÊTE

Wat patiënten van hun huisarts verwachten

Ik ben een laatstejaars huisarts-in-opleiding en in het kader van mijn masterthesis onderzoek ik wat patiënten verwachten van hun huisarts en wat voor invloed het niet inlossen van die verwachtingen heeft op hun relatie met de huisarts. De resultaten worden volledig anoniem verwerkt. Deze enquête neemt ongeveer 10-15 minuten in beslag.

Alvast bedankt!

*Vereist

Algemene informatie

1. **Wat is uw gender?** *
   Markeer slechts één ovaal.
   - ◯ Man
   - ◯ Vrouw
   - ◯ Anders: _____

2. **Wat is uw leeftijd?** *
   Markeer slechts één ovaal.
   - ◯ <20
   - ◯ 20-29
   - ◯ 30-39
   - ◯ 40-49
   - ◯ 50-59
   - ◯ 60-69
   - ◯ 70-79
   - ◯ >80

3. **Wat is uw hoogst behaalde diploma?** *
   Markeer slechts één ovaal.
   - ◯ Geen
   - ◯ Lager onderwijs
   - ◯ Middelbaar onderwijs
   - ◯ Hogeschool
   - ◯ Universiteit

De vertrouwensband met uw huisarts

Deze vragen peilen naar de band die u met uw huisarts heeft. Denk bij het beantwoorden van de vragen aan de arts (of groepspraktijk) die u zou beschouwen als uw vaste huisarts.

4. **Mijn huisarts helpt mij** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

5. **Mijn huisarts heeft voldoende tijd voor mij** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

6. **Ik vertrouw mijn huisarts** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

7. **Mijn huisarts begrijpt mij** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

8. **Mijn huisarts zet zich in om mij te helpen** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

9. **Mijn huisarts en ik zijn het eens over de aard van mijn klachten** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

10. **Ik kan met mijn huisarts praten** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

11. **Ik ben tevreden met de behandeling van mijn huisarts** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

12. **Mijn huisarts is gemakkelijk te bereiken** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

Scenario 1

U krijgt een scenario te lezen waarin u een probleem heeft waarmee u uw huisarts consulteert. Probeer u zo goed mogelijk in te leven in de situatie wanneer u antwoordt.

13. **U raadpleegt uw huisarts zoals hieronder beschreven.** *
Sinds twee weken heeft u een pijn in de onderrug. De pijn is 's avonds erger. Bij bepaalde bewegingen doet het meer pijn. De pijn straalt niet uit en u kan uw normale activiteiten doen, maar de rugpijn is zeer storend. De pijn verbetert wanneer u een pijnstiller neemt. U bent bang voor een hernia. In welke mate zou u willen dat uw arts beeldvorming aanvraagt zoals bijvoorbeeld een röntgenfoto of een scan?
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Ik zou dit helemaal niet willen	◯	◯	◯	◯	◯	Ik zou dit zeker willen

---

Na u onderzocht te hebben deelt de arts u mee dat de rugpijn voortkomt uit gewrichts- of spierpijn. Hij raadt u aan rustig aan te doen, maar zeker actief te blijven. Hij verwacht dat de pijn na enkele weken spontaan verdwijnt. Hij vertelt u dat beeldvorming volgens wetenschappelijk onderzoek pas zinvol is bij meer dan 6 weken pijn of bij bepaalde alarmtekens die u niet heeft. Hij raadt u aan terug te komen wanneer u na 6 weken nog steeds last heeft of sneller wanneer u last krijgt bij het stappen. Bij beeldvorming kan er namelijk iets te zien zijn dat niet de oorzaak is van de pijn, bijvoorbeeld een hernia op een andere plaats die geen last geeft. Dit zou kunnen leiden tot onnodige verdere onderzoeken en behandeling voor een probleem dat spontaan zou moeten verdwijnen.

Geef aan in welke mate u het eens bent of niet met onderstaande stellingen.

14. **Ik zou tevreden zijn met dit advies.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

15. **Ik zou de beslissing van mijn huisarts accepteren.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

16. **Ik zou me meer gerustgesteld voelen na deze uitleg.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

17. **Ik zou voortaan mogelijk minder vertrouwen hebben in mijn huisarts.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

18. **Ik zou overwegen naar een andere arts te gaan voor een tweede opinie** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

19. **Ik zou me eerder onbegrepen voelen.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

20. **Ik zou mijn arts proberen te overtuigen.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

Scenario 2

21. **U raadpleegt uw huisarts zoals hieronder beschreven.** *
Bij een tante van u werd recent onverwacht darmkanker vastgesteld. Zij had geen symptomen en u bent wat ongerust over uw eigen gezondheid. U heeft wel eens gehoord dat er stofjes in het bloed bestaan die kanker kunnen aantonen in het bloed (tumormerkers). In welke mate zou u willen dat uw arts deze merkers laat opsporen?
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Ik zou dit helemaal niet willen	◯	◯	◯	◯	◯	Ik zou dit zeker willen

---

Uw arts toont begrip voor uw situatie, maar deelt mee dat hij deze test niet zomaar kan uitvoeren. Hij legt uit dat er inderdaad wel tumormerkers bestaan die gebruikt worden om bestaande kankers op te volgen, maar dat deze niet geschikt zijn voor het opsporen van kanker. Het is namelijk zo dat wanneer deze tumormerkers gevonden worden in het bloed, dat het nog niet zeker is dat u kanker heeft. Anderzijds zou het kunnen dat wanneer u wel degelijk kanker heeft, de tumormerkers toch niet aanwezig zijn in het bloed, en dit leidt tot een vals gevoel van veiligheid.

Geef aan in welke mate u het eens bent of niet met onderstaande stellingen.

22. **Ik zou tevreden zijn met dit advies.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

23. **Ik zou de beslissing van mijn huisarts accepteren.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

24. **Ik zou me meer gerustgesteld voelen na deze uitleg.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

25. **Ik zou voortaan mogelijk minder vertrouwen hebben in mijn huisarts.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

26. **Ik zou overwegen naar een andere arts te gaan voor een tweede opinie** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

27. **Ik zou me eerder onbegrepen voelen.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

28. **Ik zou mijn arts proberen te overtuigen.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

Scenario 3

29. **U raadpleegt uw huisarts zoals hieronder beschreven.** *
Sinds een paar dagen heeft u keelpijn. U voelt zich niet zo goed. Vorig jaar werd u ook ziek en schreef uw arts u antibiotica voor, waarna u zich na een paar dagen beter voelde. U wilt er deze keer op tijd bij zijn, want u kan het zich in deze periode echt niet veroorloven om ziek te zijn. In welke mate zou u in deze situatie opnieuw antibiotica willen?
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Ik zou dit helemaal niet willen	◯	◯	◯	◯	◯	Ik zou dit zeker willen

---

Uw arts ondervraagt en onderzoekt u grondig. Hij geeft aan dat het hoogstwaarschijnlijk om keelontsteking gaat die veroorzaakt wordt door een virus, omdat hij bij het onderzoek en de vragen die hij u stelde geen tekens van bacteriële infectie opgemerkt heeft. Hij legt uit dat antibiotica helaas niet werken niet bij virale infecties. Ze hebben ook vaak bijwerkingen zoals maag- en darmlast. Bovendien worden meer en meer bacteriën ongevoelig voor antibiotica, een probleem dat verergerd wordt door antibiotica te gebruiken wanneer ze geen nut hebben. Hierdoor worden gevaarlijke infecties zoals bijvoorbeeld longontstekingen moeilijker te behandelen. Hij raadt u aan bij koorts een pijnstiller te nemen en het enkele dagen rustiger aan te doen zodat de infectie vanzelf geneest.

Geef aan in welke mate u het eens bent of niet met onderstaande stellingen.

30. **Ik zou tevreden zijn met dit advies.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

31. **Ik zou de beslissing van mijn huisarts accepteren.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

32. **Ik zou me meer gerustgesteld voelen na deze uitleg.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

33. **Ik zou voortaan mogelijk minder vertrouwen hebben in mijn huisarts.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

34. **Ik zou overwegen naar een andere arts te gaan voor een tweede opinie** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

35. **Ik zou me eerder onbegrepen voelen.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

36. **Ik zou mijn arts proberen te overtuigen.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

Scenario 4

37. **U raadpleegt uw huisarts zoals hieronder beschreven.** *
In een routine bloedonderzoek werd bij u een verhoogd cholesterol vastgesteld. U bent toch wat geschrokken, want een te hoog cholesterol verhoogt het risico op hart -en vaatziekten. In welke mate zou u willen dat uw arts u een cholesterolverlagend middel voorschrijft?
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Ik zou dit helemaal niet willen	◯	◯	◯	◯	◯	Ik zou dit zeker willen

---

Uw arts stelt u een aantal vragen: over uw leefgewoonten, over hart-en vaatziekten in de familie, over of u al dan niet rookt... Hij/zij meet ook uw bloeddruk. Hij/zij vertelt u dat een verhoogd cholesterol inderdaad het risico op hart-en vaatziekten verhoogt, maar dat in uw geval het risico op een hart - of vaatziekte beperkt is en het dus niet nodig is om dagelijks een cholesterolverlager te nemen. Hij benadrukt wel het belang van een gezond dieet en lichaamsbeweging om de cholesterol te doen dalen en het risico op hart- en vaatziekten te verminderen.

Geef aan in welke mate u het eens bent of niet met onderstaande stellingen.

38. **Ik zou tevreden zijn met dit advies.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

39. **Ik zou de beslissing van mijn huisarts accepteren.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

40. **Ik zou me meer gerustgesteld voelen na deze uitleg.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

41. **Ik zou voortaan mogelijk minder vertrouwen hebben in mijn huisarts.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

42. **Ik zou overwegen naar een andere arts te gaan voor een tweede opinie** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

43. **Ik zou me eerder onbegrepen voelen.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

44. **Ik zou mijn arts proberen te overtuigen.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

Scenario 5

45. **U raadpleegt uw huisarts zoals hieronder beschreven.** *
Sinds een dikke twee weken moet u hoesten. U heeft geen andere klachten en voelt u voor de rest prima. Maar u maakt zich eigenlijk toch wat zorgen omdat u niet weet waar deze hoest vandaan komt, dus u besluit uw huisarts te raadplegen. In welke mate zou u, naast het onderzoek dat de huisarts in zijn raadpleging doet, een longfoto of ander onderzoek willen?
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Ik zou dit helemaal niet willen	◯	◯	◯	◯	◯	Ik zou dit zeker willen

---

Uw arts onderzoekt u grondig. Hij vertelt u dat hij u niet met zekerheid kan zeggen waar de hoest vandaan komt, maar dat hij geen aanwijzingen heeft dat er iets ernstigs is dat onmiddellijk behandeld zou moeten worden. Een hoest ontstaat vaak door een samenspel van verschillende factoren. In de meeste gevallen gaat het om iets onschuldigs zoals slijmvliesirritatie in de keel of bijvoorbeeld maagzuur dat de slokdarm prikkelt. In meer dan 8 op de 10 gevallen verdwijnt de hoest vanzelf zonder gevolgen. Hij raadt u aan terug te komen indien u over twee weken nog steeds hoest of wanneer u nieuwe symptomen krijgt.

Geef aan in welke mate u het eens bent of niet met onderstaande stellingen.

46. **Ik zou tevreden zijn met dit advies.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

47. **Ik zou de beslissing van mijn huisarts accepteren.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

48. **Ik zou me meer gerustgesteld voelen na deze uitleg.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

49. **Ik zou voortaan mogelijk minder vertrouwen hebben in mijn huisarts.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

50. **Ik zou overwegen naar een andere arts te gaan voor een tweede opinie** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

51. **Ik zou me eerder onbegrepen voelen.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

52. **Ik zou mijn arts proberen te overtuigen.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

Scenario 6

53. **U raadpleegt uw huisarts zoals hieronder beschreven.** *
U heeft de laatste tijd veel last van hoofdpijn. De hoofdpijn treedt meerdere keren per week op en verbetert niet veel met pijnstillers. Gezien u zich ook moeilijk kan concentreren en meer moe bent dan anders, maakt u zich wat ongerust dat er iets aan de hand is. In welke mate zou u een MRI-scan van uw hersenen willen in dit geval?
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Ik zou dit helemaal niet willen	◯	◯	◯	◯	◯	Ik zou dit zeker willen

---

De arts stelt u een aantal vragen om uw hoofdpijn beter te kunnen begrijpen. Hij onderzoekt u om problemen met de hersenen uit te sluiten. Hij vertelt u hierna dat uw hoofdpijn alle kenmerken heeft van spanningshoofdpijn. Hoe spanningshoofdpijn precies ontstaat is onduidelijk, maar er is een verband met gespannen spieren en stress. Ook uw vermoeidheid en de concentratiestoornissen kunnen hiermee te maken hebben. Hij bespreekt met u mogelijke oorzaken van stress in uw leven en geeft u het advies om meer lichaamsbeweging te doen. 's Avonds een wandeling maken heeft in veel gevallen een goed effect op spanningshoofdpijn.

Geef aan in welke mate u het eens bent of niet met onderstaande stellingen.

54. **Ik zou tevreden zijn met dit advies.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

55. **Ik zou de beslissing van mijn huisarts accepteren.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

56. **Ik zou me meer gerustgesteld voelen na deze uitleg.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

57. **Ik zou voortaan mogelijk minder vertrouwen hebben in mijn huisarts.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

58. **Ik zou overwegen naar een andere arts te gaan voor een tweede opinie** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

59. **Ik zou me eerder onbegrepen voelen.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

60. **Ik zou mijn arts proberen te overtuigen.** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

Eigen ervaringen

61. **Heeft u al eens meegemaakt dat een huisarts niet deed wat u verwacht had? Het kan gaan om een vraag naar een bepaalde behandeling, onderzoek, doorverwijzing, etc.** *
Markeer slechts één ovaal.

- ◯ Ja *Ga naar vraag 62.*
- ◯ Nee *Stop met het invullen van dit formulier.*

Eigen ervaringen

U gaf in de vorige vraag aan dat uw huisarts al eens uw verwachtingen niet ingelost heeft.

62. **Waarover ging dit toen?** *

_____

_____

_____

_____

_____

63. **Hoe is dit afgelopen? Werd uw probleem uiteindelijk opgelost en hoe?** *

_____

_____

_____

_____

_____

64. **Dit voorval had een negatieve invloed op de vertrouwensband met uw huisarts** *
Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet mee eens	◯	◯	◯	◯	◯	Helemaal mee eens

Mogelijk gemaakt door
Google Forms

BIJLAGE 2: PROTOCOL

Formulier : mededeling onderwerp masterproef

Stuur dit formulier ingevuld en voorzien van de nodige handtekeningen naar het ICHO-secretariaat vóór 1 december (of vóór 1 juni in geval van start opleiding in februari/maart)

Naam haio: Anneleen Vanwing

Haio's waarmee ik zal **samenwerken**: /

Titel van het project :

Verwachtingen van patiënten bij discongruentie tussen hun eigen ideeën en evidence-based medicine.

Type onderzoek (aankruisen wat past):

- ○ Kwaliteitsverbeterproject
- • Kwalitatief onderzoek of kwantitatieve research
- ○ Systematisch literatuuronderzoek
- ○ Duodecim-project

Achtergrond/Aanleiding:

Dit idee voor een masterproef is ontstaan vanuit persoonlijke interesse in communicatie tussen arts en patiënt. In de praktijk heb ik gemerkt dat het vaak voorkomt dat een idee van een patiënt over zijn gezondheid niet rijmt met de beste praktijkvoering als arts. Bijvoorbeeld: een patiënt zegt nooit van een keelontsteking te genezen zonder antibiotica. Ondanks uitleg over de nadelen van antibioticagebruik, blijft de patiënt bij zijn standpunt. Hier wordt shared decision making moeilijk: breng je de arts-patiënt relatie mogelijk schade toe door een voorschrift te weigeren of ga je tegen de evidence-based medicine in om zo toch tegemoet te komen aan de vraag van de patiënt? Wat gaat er in de patiënt om? Wat doet hij wanneer er niet aan zijn wens voldaan wordt? Andere voorbeelden zijn vroege beeldvorming bij lagerugpijn, gebruik van benzodiazepines, aanvragen van bepaalde labotesten etc.

Concrete vraagstelling:

Wat zijn de verwachtingen van de patiënt wanneer de arts volgens evidence-based medicine een beleid zou moeten instellen dat niet beantwoord aan de ideeën van de patiënt?

Geplande methode:

Bevragen d.m.v. geanonimiseerde enquêtes bij patiënten. Bijvoorbeeld bovenstaande situatie als casus gepresenteerd met verschillende uitkomsten: arts schrijft toch antibiotica voor, arts weigert antibiotica voor te schrijven, arts geeft uitleg/geeft geen uitleg ... waarbij de ondervraagde aangeeft van 0-5 hoe goed hij deze manier van aanpak vindt. Vragen over wat patiënt zelf zou doen wanneer hij het niet eens is met beleid: andere arts raadplegen, met arts erover spreken, zijn ontevreden al dan niet uiten...

Datum en handtekening

30../11../16 haio ~~Vanwing~~ Vanwing Anneleen

30../11../16 praktijkopleider Catry Fely

29../11../16 promotor Jo Goedhuys

29../11../16 coördinator Karel De Koker

BIJLAGE 3: ETHISCHE COMMISSIE

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "Gevolgen van discongruentie tussen verwachtingen van patiënten en evidence-based medicine" (mp19393)

Martine Goossens <martine.goossens@kuleuven.be>

do 30/03/2017 18:40

Aan:Jo Goedhuys <jo.goedhuys@kuleuven.be>;

CC:Anneleen Vanwing <anneleen.vanwing@student.kuleuven.be>;

English version below

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Gevolgen van discongruentie tussen verwachtingen van patiënten en evidence-based medicine" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Gevolgen van discongruentie tussen verwachtingen van patiënten en evidence-based medicine" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

> De OBC keurt de aanvraag goed, maar wil graag een antwoord op volgende opmerking: - er is geen info over de enquête

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

mp19393	Gevolgen van discongruentie tussen verwachtingen van patiënten en evidence-based medicine

Student(en):
Anneleen Vanwing
Promotor:
Jo Goedhuys (jo.goedhuys@kuleuven.be - u0005986 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Hoofdonderzoeker:

Faculteit:
Geneeskunde
Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:
monocentrisch
De opdrachtgever is:
academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is:
Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.
Het onderzoek is:
Prospectief observationeel onderzoek
Gebruikte methode:
prospectief onderzoek waarbij interviews of vragenlijsten worden gebruikt

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Dit idee voor een masterproef is ontstaan vanuit persoonlijke interesse in communicatie tussen arts en patiënt. In de praktijk heb ik gemerkt dat het vaak voorkomt dat een idee van een patiënt over zijn gezondheid niet rijmt met de beste praktijkvoering als arts. Bijvoorbeeld: een patiënt zegt nooit van een keelontsteking te genezen zonder antibiotica. Ondanks uitleg over de nadelen van antibioticagebruik, blijft de patiënt bij zijn standpunt. Hier wordt shared decision making moeilijk: breng je de arts-patiënt relatie mogelijk schade toe door een voorschrift te weigeren of ga je tegen de evidence-based medicine in om zo toch tegemoet te komen aan de vraag van de patiënt? Wat gaat er in de patiënt om? Wat doet hij wanneer er niet aan zijn wens voldaan wordt?

Andere voorbeelden zijn vroege beeldvorming bij lagerugpijn, gebruik van

benzodiazepines, aanvragen van bepaalde labotesten etc.

Vraagstelling:

Welke impact heeft het niet inlossen van verwachtingen op een patiënt en de arts-patiënt relatie wanneer deze verwachtingen niet overeen komen met het beleid volgens evidence-based medicine?

Methodologie:

Bevraging d.m.v. geanonimiseerde internetenquête met vignetten, waarin gepeild wordt naar de waardering van de bevraagde over de acties van de arts voor en na informatie over evidence-based medicine. Vragen over wat patiënt zou doen/denken wanneer hij het niet eens is met beleid: andere arts raadplegen, met arts erover spreken, zijn ontevredenheid al dan niet uiten...

- Inclusiecriteria: 18+, vaste huisarts waar het laatste jaar nog contact mee was
- Vignetten eerst overlopen met 3-5 diverse patiënten uit de eigen praktijk (cognitieve interviews), zodat alle begrippen duidelijk zijn.
- Rekrutering: **nog te bepalen in overleg met promotor**
- Aantal bevragingen: doelstelling van 100 bevragingen

Referenties: