

door Tom Poelman

Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent

Het is niet eenvoudig om als arts altijd alle verwachtingen van de patiënt in te lossen¹. Soms zijn we eenvoudigweg onvoldoende op de hoogte van wat de patiënt precies van ons verwacht^{2,3}. Maar vaak is het ook zo dat de patiënt het nut van een bepaalde behandeling (veel) hoger inschat dan de arts. Het optimisme van de patiënt over de meerwaarde van een specifieke behandeling voor de genezing van zijn ziekte staat dan dikwijls tegenover de onderbouwde twijfel van de arts. Ook vragen patiënten soms naar recente medicatie waarvan de werkzaamheid en veiligheid volgens Minerva en andere EBM-bronnen onvoldoende bewezen is ten opzichte van oudere, goedkopere en goed onderzochte producten. Niet zelden wordt deze vraag van de patiënt gevoed door reclameboodschappen van de farmaceutische industrie⁴. Hoe ga je nu als goed geïnformeerde arts om met een patiënt die een behandeling voorstelt waar je zelf niet achterstaat? Loopt de arts-patiënt-relatie geen gevaar wanneer je weigert de patiënt zomaar te volgen?

Welke strategieën gebruiken artsen als patiënten met een onmogelijke vraag consulteren?

Onderzoekers in Californië trainden simulatiepatiënten om zich onaangekondigd bij artsen aan te melden met de klacht moeheid, polspijn en symptomen van majeure depressie of met de klacht moeheid, rugpijn en symptomen van aanpassingsstoornis (overspanning, burnout)⁵. Daarnaast verdeelden ze beide groepen nogmaals in patiënten die expliciet vroegen naar een recent of een langer bestaand antidepressivum en patiënten zonder bijkomend verzoek. Van de 199 patiënten die om een antidepressivum vroegen, kregen er 88 (of 44%) geen voorschrift mee. Wat deze studie nu zo interessant maakt, is dat de onderzoekers met behulp van een kwalitatieve analyse probeerden te achterhalen hoe artsen er toe kwamen om het verzoek van de patiënt uiteindelijk niet in te lossen. De meeste artsen (63%) kozen voor een patiëntgeïntereerde aanpak. Ze vroegen de patiënt naar bijkomende informatie en stemden hun advies hierop af. Meestal exploreerden ze verder de hulpvraag ('waarom denk je nu medicatie nodig te hebben?' 'waar heb je de geneesmiddelenadvertentie gezien en wat leek volgens jou te kloppen?') om vervolgens vaak een afwachtende houding voor te stellen. Ook kwam men vaak met de patiënt tot een consensus om de hulp van een psycholoog in te roepen of kon men de patiënt ervan overtuigen dat het slechts om een tijdelijk dipje ging. De tweede meest gebruikte strategie (31%) om de vraag naar antidepressiva te omzeilen, was biomedisch getint. Deze artsen hadden alleen aandacht voor de klacht moeheid om uiteindelijk een slaappilletje voor te schrijven of een aanvullend bloedonderzoek aan te vragen. Slechts 6% van de artsen negeerde resoluut de vraag van de patiënt en concentreerde zich uitsluitend op het lichamelijke probleem.

Is het schadelijk voor de arts-patiënt-relatie wanneer aan de vraag van de patiënt niet zomaar wordt toegegeven?

Cohortonderzoek toonde aan dat patiënten die hun gevraagde medicatievoorschrift niet kregen minder tevreden waren. Dit gold echter niet voor weigering van bepaalde testen of verwijzingen¹. Een telefonische enquête wees uit dat een vierde van

de patiënten aan wie een voorschrift was geweigerd, beroep deed op een andere arts en dat een klein deel de relatie met hun arts uiteindelijk verbrak⁶. Opvallend in het onderzoek van Paterniti is dat het merendeel (66%) van de patiënten die om een antidepressivum vroegen toch een voorschrift kreeg (5). In welke context dit gebeurde, is door de auteurs jammer genoeg niet verder onderzocht. Wel bleek de tevredenheid van patiënten aan wie het voorschrift was geweigerd, statistisch significant groter te zijn wanneer ze betrokken werden bij de beslissing dan wanneer de arts het probleem puur klinisch benaderde of er eenvoudigweg niet dieper op inging. Daaruit kunnen we afleiden dat de tevredenheid van patiënten afhankelijk is van de manier waarop ze bij de beslissing betrokken zijn, ook al druipt de 'shared decision' in tegen hun oorspronkelijke verwachtingen. De laatste jaren wordt in de (praktische) opleiding van artsen meer aandacht besteed aan het exploreren van ideeën, bezorgdheden en verwachtingen (ICE) bij de patiënt. Deze inleving in de gedachtenwereld van de patiënt vormt naast de klinische ervaring van de arts en de wetenschap één van de pijlers van Evidence-Based Medicine^{2,7}. Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat we het belang van deze patiëntpijler niet mogen onderschatten. Zo weten we in verband met antibioticumgebruik bij keelpijn dat patiënten die een antibioticum verwachten, in de eerste plaats een grondig onderzoek willen en een effectief middel tegen de pijn⁸. Ook bleek een grondige exploratie van bezorgdheden en verwachtingen bij de patiënt geassocieerd te zijn met minder nieuwe medicatievoorschriften³.

We kunnen dus besluiten dat schijnbaar tegenstrijdige verwachtingen van arts en patiënt via een correcte communicatie kunnen uitmonden in een 'shared decision' waarbij de klinische en wetenschappelijke expertise van de arts gerespecteerd wordt zonder de arts-patiënt-relatie te compromitteren.

Referenties

1. Peck BM, Ubel PA, Roter DL, et al. Do unmet expectations for specific tests, referrals, and new medications reduce patients' satisfaction? *J Gen Intern Med* 2004;19:1080-7.
2. van Driel M. Evidence-Based medicine: het perspectief van de patiënt. [Editoriaal] *Minerva* 2000;29(9):412-3.
3. Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, et al. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. *Br J Gen Pract* 2008;58:29-36.
4. De Meyere M. Geneesmiddelenreclame op televisie: weldra ook in gans Europa? [Editoriaal] *Minerva* 2007;6(10):151.
5. Paterniti DA, Fancher TL, Cipri CS, et al. Getting to "no": strategies primary care physicians use to deny patient requests. *Arch Intern Med* 2010;170:381-8.
6. Bell RA, Wilkes MS, Kravitz RL. Advertisement-induced prescription drug requests: patients' anticipated reactions to a physician who refuses. *J Fam Pract* 1999;48:446-52.
7. Chevalier P. Niveau's van bewijskracht en van aanbeveling. *Minerva* 2011;10(5):64.
8. 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* 2007;4:494-9.