

ONDERZOEK

Beperkte opbrengst van een diagnostische second opinion op een neurologieafdeling*

Luuk Wieske, Mervyn D.I. Vergouwen, Dorien Wijers, Jan Stam, Ellen M.A. Smets en Edo Richard

- DOEL** Beschrijven van het medisch-inhoudelijk resultaat en de patiënttevredenheid op korte en lange termijn na neurologische second opinions.
- OPZET** Prospectief observationeel cohortonderzoek
- METHODE** Van alle patiënten die gedurende 6 maanden werden verwezen naar de polikliniek voor een second opinion werden gegevens verzameld over medisch nut en patiënttevredenheid. Patiënten werden in dagopname gezien. Met een vragenlijst voor de behandelende neuroloog werd het medisch nut van het consult onderzocht. Met behulp van de 'Patient Satisfaction Questionnaire' werd de patiënttevredenheid gemeten direct na het consult en na 2 jaar follow-up.
- RESULTATEN** Er werden 183 patiënten gezien waarvan er 78 ook de langetermijnvragenlijst beantwoordden. Bij 66 patiënten (33%) leidde de second opinion tot een nieuwe diagnose en bij 42 patiënten (23%) had de nieuwe diagnose implicaties voor de behandeling. Het medisch nut van second opinions werd door de behandelende neuroloog echter als laag ingeschat; het psychologisch nut werd hoger ingeschat. Patiënten waren op korte termijn tevreden, maar na 2 jaar was de tevredenheid weer op het niveau van vóór de second opinion. Hoewel slechts 7% direct na de second opinion van plan was nog een andere zorgverlener te bezoeken, bleek na 2 jaar dat 30% dit had gedaan.
- CONCLUSIE** De resultaten van second opinions op een academische polikliniek voor neurologie waren op korte termijn redelijk, maar vielen op lange termijn tegen.

*Delen van dit onderzoek werden eerder gepubliceerd in *J Neurol* (2008;255:1743-9 en 2010;257:1869-74) met als titel respectievelijk 'Second opinions and tertiary referrals in neurology: a prospective observational study' en 'Patient satisfaction in neurological second opinions and tertiary referrals', en in *Eur J Neurol* (doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03394.x) met als titel 'Long-term satisfaction after neurological second opinions and tertiary referrals'. Afgedrukt met toestemming.

Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.
 Afd. Neurologie: drs. L. Wieske, arts-onderzoeker;
 dr. M.D.I. Vergouwen, prof. dr. J. Stam en
 dr. E. Richard, neurologen; drs. D. Wijers, arts.
 Afd. Medische Psychologie: dr. E.M.A. Smets,
 medisch psycholoog.
 Contactpersoon: drs. L. Wieske
 (l.wieske@amc.uva.nl).

Steeds meer patiënten vragen om een second opinion en vrijwel iedere arts krijgt met enige regelmaat met een dergelijk verzoek te maken. Deze wens tot een second opinion past bij de toegenomen autonomie en zelfbeschikking van patiënten.^{1,2} In de dagelijkse praktijk wordt de term 'second opinion' voor allerlei soorten consulten gebruikt en eerder is in het *Tijdschrift* gepleit voor een heldere definitie van het begrip.³ Een 'second opinion' is een consult dat door de patiënt wordt geïnitieerd om een reeds bestaande mening van een hulpverlener over de aard of behandeling van klachten ter toetsing voor te leggen aan een collega. Een 'tertiaire verwijzing' is een consult geïnitieerd door een arts vanwege onvoldoende expertise of twijfel over een diagnose of behandeling. Het onderscheid tussen een second opinion en tertiaire verwijzing is van belang omdat er vanuit de patiënt verschillende motieven en verwachtingen kunnen zijn. De belangrijkste redenen van patiënten voor het verzoek om een second opinion zijn de behoefte aan meer informatie, communicatieproblemen of ontevredenheid met de behandelende arts.⁴⁻⁷

'Diagnostische' en 'therapeutische' second opinion Er kan onderscheid worden gemaakt tussen 'diagnostische' en 'therapeutische' second opinions. Bij een diagnostische second opinion wordt er om een verklaring van klachten gevraagd die bij eerder onderzoek niet is gevon-

den. Bij een therapeutische second opinion wil de patiënt een tweede mening over een reeds voorgestelde behandeling, bijvoorbeeld een operatie of het starten van chemotherapie. Therapeutische second opinions waarbij de indicatie voor een chirurgische ingreep wordt heroverwogen, kunnen leiden tot gezondheidswinst en kostenbesparing.⁸ Ook in de oncologie kan een second opinion leiden tot een andere behandeling, met consequenties voor de prognose.⁹ De opbrengst van diagnostische second opinions is daarentegen minder duidelijk. Op een polikliniek voor algemene interne geneeskunde bleek het medisch nut laag te zijn maar de patiënttevredenheid hoog.¹⁰ Voor andere vakgebieden zijn gegevens over het nut van second opinions schaars.

Langetermijneffecten van second opinion Langetermijneffecten van second opinions zijn niet eerder onderzocht. Het doel van ons onderzoek was om het nut en patiënttevredenheid van neurologische second opinions op de korte en lange termijn te onderzoeken. Wij beschrijven hier de resultaten die relevant zijn voor alle artsen die regelmatig te maken krijgen met een second opinion of het verzoek daartoe. De meeste resultaten zijn eerder uitgebreid elders gepubliceerd.¹¹⁻¹³

PATIËNTEN EN METHODEN

In de periode februari-juli 2006 verzamelden wij prospectief gegevens van alle second opinions op een academische polikliniek voor neurologie.

LOGISTIEK VOOR EEN SECOND OPINION

Vaak hebben patiënten die voor een second opinion komen een uitgebreid medisch dossier en is er elders al veel aanvullend onderzoek gedaan. Op een regulier poliklinisch spreekuur is meestal onvoldoende tijd om daar een goed beeld van te krijgen. Vanwege deze complexiteit werd op de afdeling Neurologie van het AMC besloten deze consulten in dagopname uit te voeren. Het consult werd voorbereid door een neuroloog door correspondentie en uitslagen van eerder verricht aanvullend onderzoek op te vragen. Op basis hiervan werden eventueel noodzakelijk aanvullend onderzoek en subspecialistische consultaties gepland op de dag van de dagopname. Op deze manier kon een groot deel van de consulten in 1 dag worden afgesloten met een nieuwe diagnose en/of behandelplan. Er was bovendien voldoende tijd om aandacht te besteden aan de psychosociale aspecten van het consult, die vaak een belangrijke rol spelen bij het verzoek tot een second opinion.

METHODEN

Het medisch nut van de second opinion werd gemeten door middel van een vragenlijst voor de behandelende neuroloog direct na het consult. Hierin werden gegevens

verzameld over de resultaten van het consult, zoals het stellen van een nieuwe diagnose of voorstellen van een nieuwe behandeling. Ook werd de behandelende neuroloog gevraagd hoe nuttig hij of zij het consult vond op medisch en psychologisch vlak. Dit werd gemeten met een visueel analoge schaal (VAS; schaal van 0-10; 10 is de maximale score).

Direct na het second-opinionconsult werd de patiënttevredenheid gemeten met de 'Patient satisfaction questionnaire' (PSQ).¹⁴⁻¹⁷ Deze gevalideerde vragenlijst bestaat uit 5 items die vragen naar de tevredenheid met de mate van (a) betrokkenheid bij het gesprek; (b) informatie verstrekken door de arts; (c) betrokkenheid bij de besluitvorming; (d) emotionele steun door de arts; en (e) algehele tevredenheid. De patiënt kan bij ieder item het antwoord aankruisen op een VAS-schaal (van 0-10), waarna het gemiddelde van de 5 items wordt berekend. Na 2 jaar werden de patiënten opnieuw benaderd om de bestendigheid van de tevredenheid te onderzoeken. Hiervoor werden 3 vragen uit de PSQ herhaald (mate van informatie geven, emotionele steun en algehele tevredenheid). Ook werd hen gevraagd of ze in de tussentijd andere zorgverleners hadden bezocht. Uitgebreidere informatie over onderzoeksmethoden is elders beschreven.¹¹⁻¹³

ANALYSE

Verschillen in patiëntkenmerken werden geëvalueerd met de χ^2 -toets voor categorale variabelen of met een t-toets voor continue variabelen. Verschillen tussen niet normaal verdeelde variabelen werden geanalyseerd met niet-parametrische toetsen. Veranderingen in patiënttevredenheid over de tijd werden geëvalueerd met de t-toets voor gepaarde metingen. Verschillen met een p-waarde < 0,05 werden als statistisch significant beschouwd.

RESULTATEN

Tijdens de studieperiode bezochten 183 patiënten de polikliniek vanwege een diagnostische second opinion.

KORTETERMIJNEFFECTEN

Demografische gegevens van de patiënten staan in tabel 1. Bij 66 patiënten (33%) werd een nieuwe diagnose gesteld. Bij 42 patiënten (23%) had deze nieuwe diagnose implicaties voor de behandeling. Het betrof voornamelijk beperkte wijzigingen in het beleid, zoals het aanpassen van medicatie of verwijzing naar een paramedische discipline.

In tabel 2 staan de meest relevante voorbeelden van de nieuw gestelde diagnoses per diagnostische categorie. Bij de meest voorkomende diagnosecategorieën werden minder nieuwe diagnoses gesteld dan bij de andere categorieën.

TABEL 1 Demografische gegevens van 183 patiënten verwezen naar de polikliniek Neurologie voor een second opinion*

kenmerk	uitkomst
leeftijd; gemiddelde (SD; uitersten)	47 (14; 18-84)
♂; n (%)	82 (45)
hoogste opleiding in %	
basisonderwijs	10
voortgezet onderwijs	27
middelbaar beroepsonderwijs	36
hoger onderwijs	27
aantal eerder bezochte artsen; mediaan (IQR; uitersten)†	3 (2; 1-10)
duur van de klachten in maandenmaanden; mediaan (IQR; uitersten)†	24 (40; 1-456)

IQR = interkwartielafstand.

*Data uit een eerdere publicatie.¹¹

†Gegevens van 8 patiënten ontbraken.

Medisch-inhoudelijk was het nut van de second opinions beperkt, met een VAS-score van 4,7 (SD: 2,8). Op psychologisch vlak beoordeelden de neurologen de second opinion als nuttiger (VAS: 6,6; SD: 2,2).

Patiënten waren direct na de second opinion tevreden met het consult (VAS: 7,5; SD 2,0) zoals is te zien in de figuur. De tevredenheid was groter dan de tevredenheid met de arts die ze eerder voor hun klachten hadden geraadpleegd (gemiddelde VAS-toename: 2,2 (SD: 3,2); $p < 0,01$). Patiënten die een nieuwe diagnose of behandeladvies hadden gekregen, waren niet méér tevreden dan patiënten bij wie dat niet het geval was. Van de patiënten gaf 7% (18 van 168) direct na het consult aan elders weer een andere mening te gaan zoeken voor de klachten.

LANGETERMIJNEFFECTEN

Na 2 jaar follow-up hadden 78 van de 183 patiënten (42%) de langetermijnvragenlijst ingevuld en geretourneerd. De 105 patiënten die de vragenlijst niet invulden, waren direct na de second opinion minder tevreden dan de patiënten die de vragenlijsten wel retourneerden (VAS: 7,2 (SD: 2,2) tegen VAS: 7,9 (SD: 1,7); $p = 0,03$). Na 2 jaar was de tevredenheid over de second opinion significant gedaald tot hetzelfde niveau als vóór het consult (zie de figuur).

Van de patiënten had 30% in de 2 jaar van follow-up één of meer andere zorgverleners bezocht voor dezelfde klachten zonder dat wij ze daarvoor hadden doorverwezen; 1 patiënt had dit ook aangegeven vlak na het consult. Van de patiënten hadden 17 (74%) 1 hulpverlener bezocht, terwijl 6 patiënten (26%) 2 hulpverleners hadden bezocht. De volgende hulpverleners werden geconsulteerd: medisch specialist (31%), fysiotherapeut (24%), huisarts

(17%), psycholoog (14%), behandelaar buiten de reguliere geneeskunde (10%), andere hulpverleners (4%). Een relatief groot deel van deze patiënten hadden lichamelijk onverklaarde klachten of een psychiatrische aandoening (tabel 3). Patiënten die van mening waren dat het consult een positief resultaat had, bezochten minder vaak een andere zorgverlener.¹² Het krijgen van een nieuwe diagnose of behandeladvies hing niet significant samen met het zoeken van een andere mening.

BESCHOUWING

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat bij een second opinion in de neurologie geregeld een nieuwe diagnose werd gesteld of een nieuw behandeladvies gegeven, maar dit had slechts bij een klein percentage van de patiënten ingrijpende gevolgen voor de behandeling. Op korte termijn leidde de second opinion tot een hoge patiënttevredenheid, maar dit was slechts een tijdelijk effect. Ook met uitgebreide diagnostiek en tijd voor psychosociale aspecten in dagopname kon niet worden voorkomen dat 1 op de 3 patiënten binnen 2 jaar weer een andere zorgverlener voor hetzelfde probleem bezocht.

In onderzoek door Westland et al. in dit tijdschrift, verriicht op een polikliniek Interne Geneeskunde, veranderde de diagnose na de second opinion wezenlijk bij 12% van de patiënten,¹⁰ terwijl in ons cohort bij 23% een nieuwe diagnose met implicaties voor de behandeling werd gesteld. Het verschil kan deels worden verklaard door de verschillende definities van 'nieuwe diagnose'.¹⁰ De relativiteit van het begrip 'nieuwe diagnose' wordt in ons onderzoek geïllustreerd doordat het consult medisch-inhoudelijk vaak als niet erg nuttig werd beoordeeld door de behandelende neuroloog.

Onze bevinding dat patiënten tevreden waren na de second opinion komt overeen met de observaties van Westland et al.¹⁰ Opvallend is dat het aantal patiënten dat na de second opinion nog een andere mening zocht ongeveer gelijk was in beide onderzoeken (28% en 30%).¹⁰ Hierbij moet wel de kanttekening worden geplaatst dat het percentage gerapporteerd in dit onderzoek positief beïnvloed zou kunnen zijn door inclusiebias: patiënten die deelnamen aan de follow-up waren namelijk meer tevreden direct na het consult dan patiënten die niet deelnamen aan de follow-up, waardoor het daadwerkelijke percentage dat nog een andere mening ging zoeken wellicht nog hoger lag.

Onze bevinding dat de stijging in tevredenheid slechts van tijdelijke duur was, is niet eerder gerapporteerd. Een verklaring voor het uitblijven van een blijvend positief effect kan zijn dat de betreffende patiënten vaak langdurige klachten hadden, die moeilijk te behandelen zijn. Het uitblijven van verbetering van klachten en symptomen is

TABEL 2 Meest relevante voorbeelden van nieuwe diagnoses gesteld bij een second opinion bij 183 patiënten op de polikliniek Neurologie*

diagnosecategorie	aantal		meest relevante voorbeelden van nieuwe diagnoses		
	totaal	nieuwe diagnose	diagnose vóór verwijzing	diagnose na verwijzing	therapeutische consequentie
pijnklacht van het bewegingsapparaat	29	2	atypische aangezichtspijn	myogene nekpijn	ja, verwijzing voor revalidatie
hoofdpijnsyndroom	22	6	nekpijn eci	migraineuze vertigo	ja, medicamenteuze
somatoforme stoornis	19	10	spierspanningshoofdpijn	OSAS	ja, verwijzing naar longarts
			migraine	paniekstoornis	ja, medicamenteuze
			TIA's	conversie	ja, verwijzing voor revalidatie en psychiatrie
			spontane multifocale myoklonieën	conversie	ja, verwijzing revalidatie en psychiatrie
radiculair syndroom	21	6	radiculopathie bij <i>Borrelia</i>	radiculair syndroom S1 links o.b.v. HNP	ja, operatie
			plexopathie o.b.v. radiotherapie	radiculair syndroom o.b.v. stenose laterale recessus	ja, operatie
neurovasculaire ziekte	16	3	infarcten o.b.v. hypercholesterolemie	dissectie A. vertebralis	ja, medicamenteuze†
			loopstoornis o.b.v. polyneuropathie eci	loopstoornis o.b.v. wittestofafwijkingen	nee
aandoening van het perifere zenuwstelsel	12	4	atypische uitstralende pijnklachten in het been	neuropathie N. femoralis	ja, medicamenteuze
			paraparese na buikoperatie	dubbelzijdige plexopathie als gevolg van abces na operatie	nee
			bilaterale neuropathie N. ischiadicus	sensomotore axonale polyneuropathie o.b.v. hypothyreoïdie	ja, medicamenteuze
epilepsie	7	4	recidiverende verkramping romp/thoraxhelft	'nocturnal frontal lobe epilepsy'	ja, medicamenteuze
			'transient global amnesia'	'transient epileptic amnesia'	ja, medicamenteuze
bewegingsstoornis	6	2	benigne fasciculatiesyndroom	'restless legs'-syndroom	ja, medicamenteuze
neurodegeneratieve ziekte	4	2	malaise eci	corticobasale degeneratie	nee
			vasculair parkinsonisme	lewy-body-dementie	nee
infectieziekte	4	0			
inflammatoire aandoening	4	2	neuropathie N. peroneus	multipele sclerose	ja, medicamenteuze
			neuromyelitis optica bij HIV	myelopathie o.b.v. 'immune reconstitution inflammatory syndrome'	ja, medicamenteuze
neuromusculaire aandoening	3	1	diabetische polyneuropathie	myopathie bij oligo-arthritis	nee
overig	35	6	verdenking multipele sclerose	OSAS	ja, verwijzing naar longarts
			sensibele stoornissen hand eci	fenomeen van Raynaud	nee
			spierkrampen	vasculaire claudicatio intermittens	ja, verwijzing naar vaatchirurg

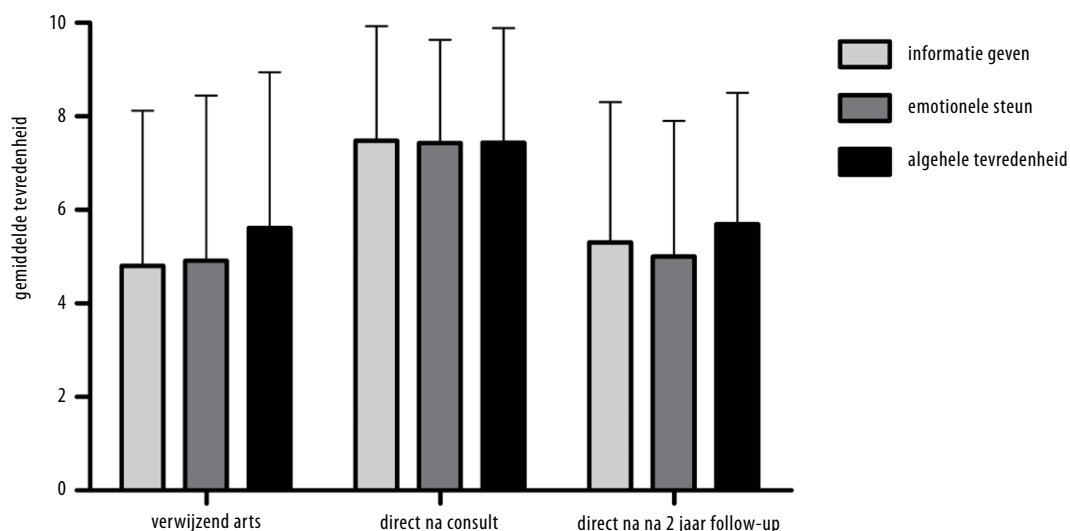
eci = e causa ignota; OSAS = obstructieve slaapaneusyndroom; TIA = 'transient ischaemic attack'; HNP = hernia nuclei pulposi.

*Gegevens van 1 patiënt ontbraken.

†Levenslange indicatie voor acetylsalicylzuur vervallen.

geassocieerd met het dalen van tevredenheid.^{18,19} Ook valt op dat een groot deel van de patiënten lichamenlijk onverklaarde klachten of een psychiatrische aandoening had. Het is bekend dat patiënten met lichamenlijk onvoldoende

verklaarde klachten van veel zorg gebruiken maken.^{20,21} Naast de lichamenlijke klachten hebben deze patiënten vaker last van stemmingsstoornissen en een hoge lijdensdruk.²² Door een lang voortraject is er bij hen vaak sprake



FIGUUR Tevredenheid van patiënten na een second opinion, gemeten met een visueel-analoge schaal van de 'Patient satisfaction questionnaire' (met uitersten: 0-10; 10 = maximale tevredenheid) en vergeleken met de tevredenheid die ze eerder met hun arts hadden. De verticale lijnstukken geven de standaarddeviatie aan (data eerder gepubliceerd).¹²

van een specifieke ziekteattributie, waarbij patiënten overtuigd zijn een bepaalde ziekte te hebben. Al deze factoren leiden tot hoge en vaak onjuiste verwachtingen bij de patiënten. Het niet adequaat kunnen voldoen aan verwachtingen is een belangrijke voorspeller van ontevredenheid.^{18,23} Ook eerder is erop gewezen dat het van belang is geen verkeerde verwachtingen te scheppen.¹⁰ Hoewel ons onderzoek zich richtte op diagnostische second opinions in de neurologie, zijn wij van mening dat een aantal van onze resultaten geëxtrapoleerd kan worden naar andere vakgebieden. Het is belangrijk dat een reëel beeld aan de patiënt wordt geschetst over de mogelijkheden en de beperkte toegevoegde waarde van een diagnostische second opinion. De arts moet een duidelijk beeld van de verwachtingen van patiënt krijgen, zodat hierop goed kan worden ingespeeld. Behandelaars zijn geneigd een second opinion 'zinvol' te noemen als er een nieuwe diagnose wordt gesteld of een nieuw behandeladvies kan worden gegeven. Het blijkt echter dat de patiënttevredenheid niet gecorreleerd is met het stellen van een nieuwe diagnose of het voorstellen van een andere behandeling. Zowel de verwijzende arts als degene die de second opinion uitvoert, zal zich nog meer in de verwachtingen van de patiënt moeten verdiepen om teleurstelling bij patiënten te voorkómen. Een goede uitleg en het gevoel bij de patiënt dat hij of zij invloed heeft op de besluitvoering zijn bij deze categorie patiënten waarschijnlijk belangrijker dan het veranderen van de medicatie of het stellen van een andere diagnose, zeker als dit

TABEL 3 Kenmerken van patiënten die na de second opinion op de polikliniek Neurologie in een periode van 2 jaar wél of geen andere zorgverlener bezochten voor dezelfde klachten*

kenmerk	bezoek van een andere zorgverlener		p†
	nee (n = 53)‡	ja (n = 23)‡	
♂; %	36	61	0,05
gemiddelde leeftijd in jaren (SD)	53 (15)	54 (12)	0,70
aantal artsen eerder bezocht; mediaan (IQR; uitersten)	2 (2; 1-10)	3 (2; 2-10)	0,17
gemiddelde tevredenheid met de verwijzend arts (SD)§	5,4 (2,9)	5,5 (3,0)	0,95
gemiddelde tevredenheid met de arts van de polikliniek Neurologie meteen na het consult (SD)§	8,1 (1,4)	7,4 (2,2)	0,17
fractie patiënten met een nieuwe diagnose of nieuw behandelvoorstel gesteld op de polikliniek Neurologie; %	60	41	0,14
fractie patiënten met lichamelijk onverklaarde klachten of een psychiatrische aandoening; %	36	59	0,07

IQR = interkwartielafstand.

*Data uit een eerdere publicatie.¹²

†Berekend met t-toets of χ^2 -toets.

‡Gegevens van 1 patiënt ontbraken.

§Tevredenheid gemeten met een visueel-analoge schaal (uitersten: 0-10; 10 = maximaal tevreden).

LEERPUNTEN

- **Het aantal second opinions neemt toe. Vrijwel iedere arts krijgt er met enige regelmaat mee te maken. Naar de resultaten van second opinions is weinig onderzoek gedaan.**
- **De belangrijkste redenen voor een second opinion zijn een verzoek om meer informatie, communicatieproblemen of ontevredenheid met de behandelend arts.**
- **In dit onderzoek was het stellen van een nieuwe diagnose of het instellen van een nieuwe behandeling niet geassocieerd met tevredenheid van de patiënt.**
- **Daarnaast was de opbrengst van diagnostische second opinions vooral op de lange termijn beperkt.**
- **Communicatieve aspecten van het consult zijn bij een second opinion minstens zo belangrijk als de medisch-inhoudelijke kant van het consult.**
- **Het is voor zowel de verwijzend arts als de uitvoerder van de second opinion van belang om realistische verwachtingen van een diagnostische second opinion met de patiënt te bespreken.**

geen duidelijke therapeutische of prognostische consequenties heeft. Dit wordt bevestigd door de eerdere bevinding dat betere communicatieve vaardigheden van de arts kunnen leiden tot hogere patiënttevredenheid.¹⁰ De resultaten van ons onderzoek zijn enigszins ontluisterend. Zelfs een uitgebreide evaluatie in dagopname waarbij ruim voldoende tijd was voor uitleg van de symptomen en aandacht voor de psychosociale aspecten van de klachten, kon niet voorkomen dat een aanzienlijk deel van de patiënten ontevreden bleef en verder ging 'shop-

pen', op zoek naar weer een ander advies. Dit neemt niet weg dat bij een klein deel van de patiënten een nieuw-gestelde diagnose leidde tot een ingrijpende nieuwe behandeling. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op het definiëren van patiëntencategorieën waarbij de kans op wijzigingen in het beleid relatief groot is.

CONCLUSIE

De toegevoegde waarde van een diagnostische second opinion op onze polikliniek Neurologie was zowel medisch-inhoudelijk als voor de patiënttevredenheid betrekkelijk gering. Een aanzienlijk deel van de patiënten die om een second opinion vroegen, bleek op de lange termijn moeilijk tevreden te stellen en bleef nieuwe meningen over hetzelfde probleem zoeken. Mogelijk dat de toegevoegde waarde van diagnostische second opinions kan worden verhoogd door de verwachtingen van de patiënt voldoende te exploreren en irrealistische verwachtingen te bespreken vóór en tijdens het consult.

Y. Molenaar, C.E. Steevens-Lucas en W. Hauwert assisteerden bij het verzamelen van de onderzoeksgegevens

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 2 juni 2011

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2011;155:A3542

[➤ Meer op www.ntvg.nl/onderzoek](http://www.ntvg.nl/onderzoek)

LITERATUUR

- Mellink WA, Henzen-Logmans SC, Bongaerts AH, Ooijen BV, Rodenburg CJ, Wiggers TH. Discrepancy between second and first opinion in surgical oncological patients. *Eur J Surg Oncol.* 2006;32:108-12.
- Moumjid N, Gafni A, Bremond A, Carrere MO. Seeking a second opinion: do patients need a second opinion when practice guidelines exist? *Health Policy.* 2007;80:43-50.
- Holdrinet RS. Een bijzonder consult; de 'tweede mening' nader beschouwd. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1989;133:1310-3.
- Mellink WA, Dulmen AM, Wiggers T, Spreeuwenberg PM, Eggermont AM, Bensing JM. Cancer patients seeking a second surgical opinion: results of a study on motives, needs, and expectations. *J Clin Oncol.* 2003;21:1492-7.
- Sutherland LR, Verhoef MJ. Patients who seek a second opinion: are they different from the typical referral? *J Clin Gastroenterol.* 1989;11:308-13.
- Sutherland LR, Verhoef MJ. Why do patients seek a second opinion or alternative medicine? *J Clin Gastroenterol.* 1994;19:194-7.
- Van Dalen I, Groothoff J, Stewart R, Spreeuwenberg P, Groenewegen P, Horn J van. Motives for seeking a second opinion in orthopaedic surgery. *J Health Serv Res Policy.* 2001;6:195-201.
- Van de Lande S, van Everdingen JJ, Krol LJ. Op zoek naar een tweede mening. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1993;137:1836-40.
- Mellink WA, Henzen-Logmans SC, Bongaerts AH, Pruyn JF, van Geel AN, Wiggers T. De Tweedemeningpolikliniek Chirurgische Oncologie in de Daniel den Hoed Kliniek: analyse van de eerste 245 patiënten. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1999;143:2471-75.
- Westland GJ, Nanayakkara PW, Kramer MH, Smulders YM. Diagnostische second opinion: wat levert het op? *Ned Tijdschr Geneesk.* 2009;153:A777.
- Wieske L, Wijers D, Richard E, Vergouwen MD, Stam J. Second opinions and tertiary referrals in neurology: a prospective observational study. *J Neurol.* 2008;255:1743-9.
- Wieske L, Richard E, Wijers D, Stam J, Smets EM, Vergouwen MD. Long-term satisfaction after neurological second opinions and tertiary referrals. *Eur J Neurol.* 2011 (epub).
- Wijers D, Wieske L, Vergouwen MD, Richard E, Stam J, Smets EM. Patient satisfaction in neurological second opinions and tertiary referrals. *J Neurol.* 2010;257:1869-74.

- 14 Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JC, Blanchard EB. Physician behaviors, patient perceptions, and patient characteristics as predictors of satisfaction of hospitalized adult cancer patients. *Cancer*. 1990;65:186-92.
- 15 Ong LM, Visser MR, Lammes FB, de Haes JC. Doctor-patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient Educ Couns*. 2000;41:145-56.
- 16 Zandbelt LC, Smets EM, Oort FJ, Godfried MH, de Haes HC. Satisfaction with the outpatient encounter: a comparison of patients' and physicians' views. *J Gen Intern Med*. 2004;19:1088-95.
- 17 Aalfs CM, Oort FJ, de Haes JC, Leschot NJ, Smets EM. A comparison of counselee and counselor satisfaction in reproductive genetic counseling. *Clin Genet*. 2007;72:74-82.
- 18 Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med*. 2001;52:609-20.
- 19 Sutherland HJ, Lockwood GA, Minkin S, Trichter DL, Till JE, Llewellyn-Thomas HA. Measuring satisfaction with health care: a comparison of single with paired rating strategies. *Soc Sci Med*. 1989;28:53-8.
- 20 Hansen MS, Fink P, Sondergaard L, Frydenberg M. Mental illness and health care use: a study among new neurological patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005;27:119-24.
- 21 Reid S, Crayford T, Patel A, Wessely S, Hotopf M. Frequent attenders in secondary care: a 3-year follow-up study of patients with medically unexplained symptoms. *Psychol Med*. 2003;33:519-24.
- 22 Carson AJ, Ringbauer B, Stone J, McKenzie L, Warlow C, Sharpe M. Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000;68:207-10.
- 23 Jackson JL, Kroenke K. The effect of unmet expectations among adults presenting with physical symptoms. *Ann Intern Med*. 2001;134:889-97.