

# Second opinions op verzoek van de patiënt – de visie van medisch oncologen en hematologen

Patient-initiated second opinions – opinions of medical oncologists and hematologists

dr. M.A. Hillen<sup>1</sup>, prof. dr. E.M.A. Smets<sup>2</sup>, drs. F.J.S.H. Woei-A-Jin<sup>3</sup>, drs. P.E.A. van Maarschalkerweerd<sup>4</sup>, prof. dr. H.W.M. van Laarhoven<sup>5</sup>, dr. D.W. Sommeijer<sup>6</sup>

## SAMENVATTING

**Doel:** Het aantal second opinions op verzoek van de patiënt lijkt toe te nemen. Een gedegen discussie is nodig over de toegevoegde waarde en goede inrichting van de praktijk rondom second opinions. Daartoe werden de attitudes van medisch oncologen en hematologen ten opzichte van second opinions en hun ideeën ter verbetering van de second opinion-praktijk in kaart gebracht. **Methoden:** Kwalitatieve semi-gestructureerde interviews met een gevarieerde steekproef van medisch oncologen en hematologen (n=26) rondom het uitvoeren van en verwijzen voor second opinions. Twee onderzoekers codeerden alle interviews onafhankelijk, waarna de gegevens inductief werd geanalyseerd, zonder vooropgezet theoretisch kader. **Resultaten:** Meningen

over de medisch toegevoegde waarde van second opinions op verzoek van de patiënt liepen sterk uiteen. Op het psychologische en relationele vlak zagen veel geïnterviewden wel meerwaarde voor de patiënt. Deze meerwaarde woog volgens enkelen op tegen de kosten van second opinions, maar voor anderen niet. Verschillende suggesties werden gedaan om het aantal second opinions terug te brengen, zoals selectie van second opinion-verzoeken vooraf of telefonische consulten. **Discussie:** Mogelijkheden om de psychologische en medische opbrengst van second opinions te vergroten en om het aantal onnodige second opinions terug te brengen verdienen nader onderzoek.

(NED TIJDSCHR ONCOL 2019;16:131-8)

<sup>1</sup>universitair docent en fellow KWF Kankerbestrijding, afdeling Medische Psychologie, Amsterdam UMC, UvA, afdeling Medische Psychologie, Amsterdam Public Health, <sup>2</sup>hoogleraar medische communicatie, afdeling Medische Psychologie, Amsterdam UMC, UvA, afdeling Medische Psychologie, Amsterdam Public Health, <sup>3</sup>medisch oncoloog, afdeling Medische Oncologie, LUMC, en afdeling Algemene Medische Oncologie, Universitaire Ziekenhuizen Leuven, <sup>4</sup>junioronderzoeker, afdeling Medische Psychologie, Amsterdam UMC, UvA, afdeling Medische Psychologie, Amsterdam Public Health, <sup>5</sup>medisch oncoloog en hoogleraar translationele medische oncologie, afdeling Medische Oncologie, Amsterdam UMC, UvA, afdeling Medische Oncologie, Cancer Center Amsterdam, <sup>6</sup>medisch oncoloog, afdeling Medische Oncologie, Amsterdam UMC, UvA, afdeling Medische Oncologie, Cancer Center Amsterdam, en afdeling Interne Oncologie, Flevoziekenhuis.

Correspondentie graag richten aan mw. dr. M.A. Hillen, Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam, afdeling Medische Psychologie, Postbus 22700, 1100 DE Amsterdam, tel.: 020 566 46 31, e-mailadres: m.a.hillen@amc.uva.nl

Financiële ondersteuning: steun voor deze studie is afkomstig van een persoonsgebonden beurs van KWF Kankerbestrijding, subsidienummer UVA 2014-6671. Belangenconflicten: prof. dr. H.W.M. van Laarhoven heeft een adviserende rol voor Eli Lilly and Company en Nordic Pharma, en ontving onderzoeksfinanciering van Bayer, Bristol-Myers Squibb, Celgene, Janssen, Eli Lilly and Company, Nordic Pharma, Philips en Hoffmann-La Roche. Verder zijn er geen potentiële belangenverstrengelingen te melden.

Dankbetuiging: Wij zijn alle artsen die aan deze studie deelnamen veel dank verschuldigd voor hun medewerking en openhartigheid.

**Trefwoorden:** arts-patiëntrelatie, communicatie, oncologie, second opinion

**Keywords:** communication, oncology, physician-patient relationship, referral and consultation, second opinion

ONTVANGEN 1 NOVEMBER 2018, GEACCEPTEERD 14 JANUARI 2019.

## SUMMARY

**Aim:** The rate of patient-initiated second opinions appears to be increasing. A thorough discussion is needed about the added value and best way of organizing second opinion practice. We therefore explored medical oncologists' and hematologists' attitudes regarding second opinions and their ideas to improve second opinion practice. **Methods:** We conducted qualitative, semi-structured interviews with a diverse sample of medical oncologists and hematologists (n=26), regarding referring for and conducting second opinions. Two researchers independently coded all interviews. Subsequently, data were inductively analyzed, without a preconceived

theoretical framework. **Results:** Opinions varied strongly about the medical added value of patient-initiated second opinions. On a psychological and relational level, many respondents saw the value for patients. This value outweighed the costs of second opinions to some, but not all. Various suggestions were put forward to reduce the number of patient-initiated second opinions, such as preselecting second opinion requests or conducting second opinions by phone. **Discussion:** Ideas to maximize the psychological and medical yield of second opinions and reduce the number of unnecessary second opinions deserve further research.

## INLEIDING

Een patiënt-geïnitieerde second opinion is het verzoek van een patiënt om een voorgestelde diagnose of behandelplan opnieuw te laten beoordelen door een tweede, onafhankelijke arts binnen hetzelfde specialisme.<sup>1</sup> Er is gesuggereerd dat patiënten met kanker toenemend second opinions zoeken. Cijfers ter onderbouwing van deze bewering zijn echter nauwelijks beschikbaar.<sup>1,2</sup> Dat zij second opinions vragen is niet verwonderlijk, aangezien zij worden geconfronteerd met een ernstige en mogelijk levensbedreigende ziekte met behandelingen die hun kwaliteit van leven meestal nadelig beïnvloeden. Patiënten kunnen om verschillende redenen second opinions zoeken, bijvoorbeeld uit behoefte aan meer informatie, ter bevestiging van diagnose of behandelplan of uit gebrek aan vertrouwen in de arts die de eerste mening gaf. Ook de hoop op een behandeling met betere uitkomsten kan patiënten motiveren om een second opinion te vragen.<sup>3-8</sup> Patiënten in Nederland hebben recht op een second opinion en deze gesprekken worden vergoed door alle zorgverzekeraars, mits de patiënt aan bepaalde voorwaarden voldoet.<sup>9</sup>

Niettemin is het nut van second opinions al jaren onderwerp van debat in Nederland. Critici benadrukken de mogelijke nadelen van second opinions op verzoek van de patiënt. Volgens hen leiden deze zelden tot een substantieel andere behandeling of diagnose, kan de opstart van therapie erdoor worden vertraagd, kunnen ze leiden tot verwarring en besluiteloosheid bij patiënten en vormen ze een aanzienlijke financiële en logistieke belasting voor de gezondheidszorg.<sup>10,11</sup> Voorstanders benadrukken daarentegen de mogelijke gezondheidswinst die een aangepaste diagnose of behandelstrategie kan opleveren en beargumenteren dat second opini-

ons de acceptatie van patiënten kunnen bevorderen of hun angst verminderen.<sup>12</sup> In 2013 suggereerde de Orde van Medisch Specialisten om patiënten een eigen bijdrage te laten betalen voor een second opinion.<sup>13</sup> Zorginstituut Nederland adviseerde de minister in reactie daarop om second opinions in de basisverzekering te laten, maar concludeerde ook dat onderzoek naar dit onderwerp nog beperkt is.<sup>14</sup>

De weinige onderzoeken naar second opinions in de oncologie op verzoek van de patiënt hebben zich voornamelijk gericht op de frequentie ervan, motivaties van patiënten en de uitkomsten van second opinion-consulten.<sup>1</sup> Onderzoek loopt sterk uiteen qua methodologie, waardoor resultaten moeilijk te interpreteren zijn. Gerapporteerde percentages van patiënten met kanker die second opinions vragen lopen uiteen van 1 tot 88%.<sup>3,4,15-23</sup> Inschattingen van het aantal discrepanties tussen de eerste en tweede mening variëren tussen 2 en 51%.<sup>4,24-28</sup> Onderzoek naar andere relevante aspecten van second opinions, zoals interpersoonlijke dynamiek, communicatie binnen het second opinion-proces, psychologische gevolgen van second opinions en de visies en ervaringen van de verschillende betrokkenen, is schaars.<sup>3,4,29-31</sup> Daardoor hebben we nog te weinig inzicht in hoe second opinions binnen de oncologie verlopen en welke gevolgen ze hebben voor alle betrokkenen.

Onlangs werd, op basis van kwalitatieve interviews, onderzocht hoe oncologisch specialisten de praktijk van second opinions beleven.<sup>32</sup> Uit deze analyse bleek dat medisch oncologen en hematologen worstelden met hun reactie op second opinion-verzoeken, met name wanneer ze ethische bezwaren hadden of zich persoonlijk gekwetst voelden door

het verzoek van de patiënt. Wanneer zij second opinions gaven, voelden zij zich machteloos als zij patiënten moesten teleurstellen, bijvoorbeeld omdat hun oordeel de 'first opinion' bevestigde. Communicatie met collega's werd gehinderd door gevoeligheden en leidde vooral tot sterke negatieve emoties wanneer de twee opinies van elkaar verschilden.

Bovenstaande analyse gaf inzicht in persoonlijke ervaringen van artsen met second opinions. Voor een gedegen discussie over de toegevoegde waarde en goede inrichting van de second opinion-praktijk, is het echter van belang ook hun algemene attitudes en ideeën rondom second opinions in kaart te brengen. Daartoe werd een secundaire kwalitatieve analyse uitgevoerd op de hierboven beschreven gegevens, gericht op de attitudes en ideeën van medisch oncologen en hematologen ter verbetering van de praktijk rondom second opinions op verzoek van de patiënt.

## METHODEN

### ONDERZOEKSOPZET, STEEKPROEF EN PROCEDURE

Semi-gestructureerde kwalitatieve diepte-interviews werden uitgevoerd met oncologisch specialisten werkzaam in Nederland. Aan alle deelnemers werd anonimiteit en vertrouwelijkheid gegarandeerd. De Medisch Ethische Toetsingscommissie van het AMC (tegenwoordig Amsterdam UMC) oordeelde dat het onderzoek niet WMO-plichtig was. Specialisten vanuit twee oncologische disciplines, medische oncologie en hematologie (vanaf nu 'oncologen' genoemd) werden doelgericht geselecteerd om variatie te creëren met betrekking tot 1) type ziekenhuis: academisch, topklinisch of algemeen; 2) medisch specialisme: medische oncologie, hematologie of beide; en 3) aantal jaren ervaring.<sup>33</sup> Na de 'informed consent' werden 'face-to-face'-interviews afgenomen met een duur van 30 tot 60 minuten, op een voor hen prettige locatie en tijd, om versturende factoren zoals tijdsdruk te minimaliseren. De dataverzameling werd beëindigd na het optreden van datasaturatie, wat inhoudt dat drie opeenvolgende interviews geen belangrijke nieuwe informatie meer opleverden.<sup>34</sup> Het interviewprotocol richtte zich op drie onderwerpen: het uitvoeren van second opinions (deel 1), het verwijzen van patiënten voor second opinions (deel 2) en de algemene visie en attitudes van medisch oncologen en hematologen rondom second opinions (deel 3). Alle interviews werden opgenomen met een audio-recorder en anoniem getranscribeerd.

### DATA-ANALYSE

De gegevens volgden uit delen 1 en 2 van het interviewprotocol zijn eerder geanalyseerd en elders gepubliceerd.<sup>32</sup> De huidige analyse richtte zich op deel 3 van het interviewprotocol. De constant vergelijkende methode werd gebruikt om data-

gedreven analyse te waarborgen, dat wil zeggen dat deze niet werd beïnvloed door bestaande literatuur of theorie.<sup>35,36</sup> De analyse werd parallel aan de dataverzameling uitgevoerd door twee ervaren kwalitatief onderzoekers (MH en PvM; achtergrond in arts-patiëntcommunicatie en psychologie), met behulp van MAXQDA-software.<sup>37</sup> In de eerste fase van *open coderen* werden de gegevens per interview door beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar samengevat en gecategoriseerd.<sup>38</sup> Vervolgens vergeleken en bediscussieerden zij de coderingen totdat consensus werd bereikt. Beide onderzoekers noteerden na analyse van ieder transcript opvallende thema's. Het interviewprotocol werd steeds aangepast, gebaseerd op de tussentijdse uitkomsten van de analyse.<sup>39</sup> Na 23 interviews leverden de transcripten minder nieuwe informatie op. Er werden nog drie interviews uitgevoerd om datasaturatie te bevestigen. Uiteindelijk werden de codes per thema gegroepeerd en hiërarchisch georganiseerd met behulp van *axiaal coderen*.

## RESULTATEN

Oncologisch specialisten (n=26; 16 medisch oncologen, 6 hematologen en 4 geregistreerd voor beide disciplines), van wie 14 vrouw, werden geïnterviewd. Hun gemiddelde leeftijd was 47 jaar (reikwijdte 35-65 jaar) en zij hadden een mediane werkervaring van 10 jaar (reikwijdte 0-30 jaar). De specialisten waren werkzaam bij academische ziekenhuizen (50%), in topklinische ziekenhuizen (39%) en in algemene ziekenhuizen (19%). Twee van hen verrichtten patiëntenzorg in meer dan één centrum.

### 1. MENING OVER DE WAARDE VAN SECOND OPINIONS

De geïnterviewden varieerden sterk in hun mening over de kosten en baten van second opinions. Veel artsen waren van mening dat second opinions groot psychologisch nut konden hebben, terwijl sommigen juist psychologische nadelen zagen. Over het medische nut van second opinions liepen de meningen het sterkst uiteen.

#### 1.1 Medisch-inhoudelijk toegevoegde waarde

Veel artsen waren van mening dat patiëntgeïnitieerde second opinions niet vaak een medisch toegevoegde waarde hadden, met name waar het veelvoorkomende tumoren betrof.

A005, M, 45 jaar

*Dus ik neem aan dat het advies [de eerste mening/opinie] gedegen is. Als second opinion voeg ik niet vreselijk veel meer toe dan misschien nog een keer extra tijd, het verhaal nog een keer op een iets andere manier horen en misschien een wat meer persoonlijke kijk. En dus het aantal keren [...] dat je echt tot een heel ander advies komt, is een stuk minder.*

A026, M, 62 jaar

*I: Ja. Want hoe verschillend zijn de opinies waar mensen mee terugkomen [na de second opinion]?*

*R: Ja, dat klinkt misschien erg arrogant, maar eigenlijk niet. En ik moet zeggen, als ik wel eens gewoon een diagnostisch probleem heb, stuur ik mensen bijvoorbeeld voor een second opinion naar een academisch ziekenhuis. Nou, dat heeft ook nooit iets opgeleverd. Dus als je zelf goed kijkt, zullen we maar zeggen, dan is de kans dat een second opinion iets oplevert heel erg klein.*

Enkele respondenten waren juist van mening dat second opinions soms, of zelfs regelmatig, wél medisch toegevoegde waarde hadden. Hierbij ging het volgens hen met name om meer zeldzame tumortypen of om situaties waarin op dat behandelgebied veel recente ontwikkelingen waren.

A017, V, 39 jaar

*Nou, niks ten nadele van andere centra, maar we zien dat er bin nen de [zeldzame tumorsoort], waar gewoon niet zoveel ervaring mee is in andere centra, wel eens dingen gebeuren waarvan je denkt: O, dat had ik graag anders gezien. Mensen die geopereerd worden voor iets [...] waar vooral niet aan geopereerd had moeten worden. Dat is toch wel zuur als je jong bent. Dat kan je niet meer goed maken, de rest van je leven niet.*

A012, M, 40 jaar

*Maar in sommige gevallen kan je ervoor kiezen om mee te doen aan studies. En dan denk ik dat het wel heel goed is om juist op dat moment een second opinion te doen. Als je borstkanker hebt, dat je op het moment dat het standaardbeleid niet meer werkt in het tertiaire centrum gaat praten over wat zij nog extra te bieden hebben.*

## 1.2 Psychologische gevolgen

De meeste geïnterviewden zagen de grootste meerwaarde van patiëntgeïnitieerde second opinions op psychologisch vlak. Volgens hen kon een second opinion leiden tot meer zekerheid en de acceptatie van patiënten faciliteren.

A004, M, 41 jaar

*En de moeilijkste vraag is niet zozeer de behandelingskwestie, maar meer de prognose en het aanvaarden van bepaalde zekerheden die helaas op hun weg [van patiënten] zijn gekomen. Het is soms helpen in een bepaald rouwproces of acceptatieproces van: 'ik heb er alles aan gedaan'. En ik kom nu hier en ik weet eigenlijk al hoe laat het is, maar ik wil het toch even horen.*

Anderzijds benoemden sommige artsen ook psychologische nadelen van second opinions. Volgens hen leidde de mogelijkheid tot second opinions regelmatig tot 'shoppen', waar

bij patiënten zelfs ook derde of nog meer opinies vroegen. Volgens deze artsen was dit zonde van de tijd en energie van patiënten, zeker wanneer die zich in de laatste levensfase bevonden. Volgens hen stonden dergelijke second opinions het acceptatie- en afscheidproces in de weg.

A014, V, 43 jaar

*Je hebt ook van die mensen die uit een soort wanhoop altijd maar blijven shoppen, die gaan naar het ene ziekenhuis en dan zie je ook wel eens mensen die voor een derde of vierde mening komen. Ja, dan denk je op een gegeven moment ook wel eens: jongens, wanneer komt de acceptatie dat het is zoals het is? En daar denk je wel eens van ja, dat schiet zijn doel voorbij.*

Ook konden second opinions volgens geïnterviewden tot teleurstelling leiden, waar zij als verwijzend arts na afloop mee werden geconfronteerd in het contact met de patiënt. Ook verwarring bij de patiënt werd genoemd als een negatief gevolg van second opinions, bijvoorbeeld omdat de twee meningen elkaar tegenspraken.

A017, V, 39 jaar

*Ze komen toch vaak teleurgesteld terug van een second opinion. Hopen dat ze daar bij de professor zelf komen en treffen dan een ouderejaars assistent, die net zo goed voor ze zorgt hoor, medisch-technisch, maar toch. [...] Ja, ik heb een paar voorbeelden waar mensen zeer teleurgesteld van elders weer terugkwamen.*

A008, V, 52 jaar

*Als er wordt gezegd: 'Wij zouden voor een andere chemotherapie kiezen, wij zouden wel of niet voor een ander bestralingsregime kiezen, maar u bent vrij. [...] Dus ja, dan is het natuurlijk voor patiënten heel erg lastig. Wie vertrouwt je, is dat de dokter in ziekenhuis A of B?*

## 1.3 Praktische gevolgen

Meerdere artsen ervoeren de praktijk rondom second opinions als arbeids- en tijdsintensief voor henzelf. Bovendien benoemden enkele artsen dat in hun ervaring second opinions soms tot cruciale vertraging van de behandeling leidden.

A009, V, 52 jaar

*Ik vind over het algemeen, dat mag ik ook eerlijk zeggen, second opinions doen, zeker bij mensen waar je helemaal niks voor kan betekenen, heel erg zonde van ieder zijn energie. Ja, niet van de patiënt z'n energie, want die wil het heel erg graag. [...] Het kost relatief ook veel werk, want je moet je helemaal inlezen en vervolgens een uitgebreid verslag maken. Terwijl een controlepatiënt, daar hoeft je niet elke keer een brief voor te maken en die ken je.*

Het kost gewoon veel meer tijd. En zeker als ze dan toch gehoopt hadden... en ze gaan huilen...

A006, V, 49 jaar

Ja, soms denk ik wel: goh, wat jammer, want het levert vertragingen op [...]. Als je denkt van: die behandeling kunnen we starten, maar er moet nog een second opinion... ja, dan moeten ze die afspraak daar nog krijgen en dat moet dan weer terug en soms moet er onderzoek opgevraagd worden of opnieuw beoordeeld worden. Dus dat levert vaak vertraging op. Als je op voorhand al weet dat iemand hetzelfde gaat zeggen, dan is het soms natuurlijk zonde.

#### 1.4 Relationale gevolgen

Volgens artsen droeg een second opinion soms positief bij aan de relatie tussen de patiënt en de verwijzend arts en aan vertrouwen in diens beleid.

A013, M, 41 jaar

Maar ergens merk ik ook, heel eerlijk, dat ik het wel eens leuk vind om te zien dat je rust kan brengen door als expert te bevestigen dat ze een goede behandeling krijgen. En dat je merkt dat ze binnenkomen van 'oei, oei, gaat het allemaal wel goed' en dat ze weggaan met wat meer vertrouwen. En dat je denkt van nou, de volgende afspraak in het ziekenhuis waar ze vandaan komen, dan zitten ze weer wat rustiger tegenover die arts. En ze kunnen zich weer concentreren op waar het om gaat.

#### 1.5 Afweging tussen positieve en negatieve aspecten

Gevraagd naar de afweging tussen de kosten en baten van second opinions op verzoek van de patiënt, viel voor een klein deel van de respondenten de balans negatief uit.

A006, V, 49 jaar

En dat is ook de reden waarom ik het probeer te voorkomen, omdat het kosten met zich meebrengt en tijdsverlies. En ook tijd kost van de mensen die de second opinion uitvoeren en voor patiënten een geruststellend praatje moeten houden. Die kunnen hun tijd beter besteden.

A014, V, 43 jaar

En ik worstel ook wel met de vraag: in hoeverre moeten we dat vergoeden? Soms zie je dat het mensen echt goed doet. Dat je denkt van ja, het is ook prima, het heeft wel een functie. En soms is het ook, vooral als zo'n hele zieke patiënt voor een second opinion komt waarvan je ziet: dat gaat helemaal niet goed. En die dan per se nog voor een second opinion wil in de hoop ... En dan worden ze weer in een ambulance gehesen en dan gaan ze naar [ziekenhuis X], om daar nog even van een andere dokter te horen dat het echt niet kan. Dan denk je wel: jongens, waar zijn we nou eigenlijk mee bezig? Het kost een hoop geld en niemand wordt er beter van.

De meerderheid van de geïnterviewden vond echter dat de baten – in medische of in psychologische zin – de kosten overtroffen.

A022, V, 45 jaar

Kijk, een second opinion, dat moet niet een soort vrijbrief worden voor patiënten dat ze gaan shoppen, dat gevaar zit erin. Maar als het in beperkte mate gebeurt, bij bepaalde gevallen waar het noodzakelijk is, hetzij medisch inhoudelijk, hetzij acceptatieprobleem, hetzij psychisch, dan vind ik niet dat een second opinion extra geld moet kosten. Maar als er een maatschappelijke tendens is van 'Nou, ik ben niet tevreden over die dokter. Hup! Ik ga een second opinion aanvragen', dan denk ik: oké, dan ga je het uit je eigen zak betalen.

A006, V, 49 jaar

Ik denk dat een second opinion medisch inhoudelijk relatief weinig oplevert, maar ik vind het toch belangrijk dat patiënten dat kunnen doen. Omdat je het in mijn vak niet over een gekneusde enkel hebt, je hebt het vaak over levensbedreigende aandoeningen en mensen moeten wel het gevoel hebben dat dat van alle kanten bekeken is. En de bevestiging hebben dat ze kunnen berusten in de keuze voor hoe je gaat behandelen. Dus vanuit dat oogpunt vind ik het wel belangrijk.

A003, M, 65 jaar

Maar ik geloof wel dat het iets toevoegt. [...] En ik bedoel, het is hartstikke goedkoop. Want het wordt duur als je CT-scans gaat aanvragen en als je PET's gaat maken en peperdure medicamenten gaat geven. Maar dat doe ik helemaal niet, ik praat alleen maar één keer met die mensen. Dus dat is niet duur...

## 2. IDEEËN OVER HET VERBETEREN VAN DE SECOND OPINION-PRAKTIJK

### 2.1 Selectiemechanisme of limiet

Gevraagd naar verbeteringen in de praktijk rondom second opinions, voerden respondenten met name suggesties aan voor het inperken van het aantal of het onderscheiden van onnodige second opinions. Enkele artsen waren van mening dat second opinion-aanvragen eerst door de verwijzend arts of ontvangende instelling zouden moeten worden gekeurd of dat een limiet zou moeten worden gesteld aan het aantal second opinions dat een patiënt kan aanvragen.

A006, V, 49 jaar

Ja, ik denk ook dat je daarin kosten kan besparen, en daar moet je dan regels voor opstellen en een houding vanuit de ontvangende centra. Kijk, die moeten dan gewoon af en toe zeggen: we hebben ons gebogen over de vraag, maar dit vinden we niet een second opinion waard. En dan krijgt die patiënt dat ook te horen. [...] En dat dan zo'n ziekenhuis zegt: dit is niet iets voor een second opinion,



en nou ja, dan kan ik dat terugkoppelen. Dan ligt het... het stoppen ligt niet bij mij, maar gewoon bij de regelgeving daarover.

A014, V, 43 jaar

*Ik denk wel dat mensen de kans moeten hebben, maar ik denk wel dat je er paal en perk aan stelt. Dat je niet zegt: je mag onbeperkt second opinions ... eerst naar [ziekenhuis X] en dan naar [ziekenhuis Y] en dan daar en daarheen. Dat je op een gegeven moment wel daar paal en perk aan zou moeten stellen, dat dat niet oneindig vergoed wordt.*

## 2.2 Alternatieven voor 'live' second opinions

Een flink aantal respondenten suggereerde dat veel second opinions niet nodig zouden zijn wanneer ze via andere communicatiemiddelen – telefonisch, via mail of met videobellen – zouden kunnen worden georganiseerd. Volgens hen zou dit niet alleen voor artsen, maar ook voor patiënten een flinke vermindering van hun belasting brengen. Probleem is volgens oncologen dat in het huidige systeem alleen 'face-to-face' second opinions worden vergoed.

A002, V, 42 jaar

*En dan bied ik vaak aan: 'ik vraag wel een second opinion in [ziekenhuis X]'. Want ik kan mijn vriendjes daar ook wel even mailen en dan krijg ik heel vaak heel prettige antwoorden. En dan probeer ik daarmee de patiënt toch een beetje hier te houden, want ik vind het ook niet kies dat ze aan de lopende band daar naartoe gaan natuurlijk. Niet voor hun, maar ook niet voor ons.*

A004, M, 41 jaar

*Daar zouden wij als instituut ook veel meer in kunnen helpen, door bijvoorbeeld het al aan te bieden, wat we niet doen. [...] En het is dus niet zo dat je dan zegt van: ik zorg voor een telefonische afspraak of voor een Facetime-gesprek, dat soort opties hebben we niet. En dat is deels toch vanwege de vergoeding. Omdat als je geen feitelijk gesprek hebt, dan wordt het niet vergoed. Dus een telefoongesprek, daar krijg je geen geld voor. En aan de andere kant, heel wat collega's vinden dat ook niet prettig, omdat ze dan een deel van de lichaamstaal niet kunnen zien. Maar voor de patiënt is dat ook een enorme uitkomst.*

Meerdere respondenten suggereerden, vaak uit ervaring, dat second opinions voortkomend uit een gebrek aan vertrouwen of een gebrekkige relatie, niet nodig zouden moeten zijn. Artsen zouden volgens hen de patiënt in dergelijke situaties beter kunnen verwijzen naar een collega uit het eigen centrum.

A013, M, 41 jaar

*Er komen best wel eens patiënten ... bijvoorbeeld een patiënt uit [plaats X], die kwam eigenlijk omdat die in [plaats Y] een dokter*

*voor zijn neus had gehad met wie het niet zo klikte allemaal. Dus die kwam eigenlijk voor een overnamebehandeling hier in [ziekenhuis X]. En daar heb ik dus ook de huisarts even gebeld van nou, ik heb 'm over de vloer gehad en ik denk echt niet dat het zinvol is. Sterker nog, het is een nadeel om het hier te gaan doen, probeer er toch daar uit te komen. En ik probeer dan aan te geven van: kijk eens of je er niet met een collega goed uit zou kunnen komen.*

## 2.3 Opener communicatie naar patiënten over samenwerking

Respondenten geloofden dat de behoefte aan second opinions mogelijk zou afnemen wanneer patiënten beter bewust zouden worden gemaakt van het multidisciplinaire overleg en de onderlinge advisering tussen ziekenhuizen die momenteel al plaatsvindt.

A001, V, 51 jaar

*Ik denk alleen dat er een heleboel onnodige second opinions zijn. En het zou mij op zich niet verbazen dat door het verbeteren van de multidisciplinaire overleggen, als je ook duidelijk maakt aan de patiënten dat daar dus al een consulent bij zit, dat het aantal second opinions voor een deel afneemt. Omdat ze dan ook weten dat er goed over nagedacht is.*

## 2.4 Directere communicatie onderling

Diverse artsen waren van mening dat de second opinion-praktijk zou verbeteren door meer directe communicatie tussen artsen en instellingen onderling te bewerkstelligen.

A025, M, 46 jaar

*En de terugkoppeling heb ik het liefst per mail. Het is in de geneeskunde niet heel erg gebruikelijk om te mailen, terwijl dat natuurlijk heel vreemd is, want dat is natuurlijk een heel snel communicatiemiddel. Op het moment dat iemand vandaag gezien wordt in Amsterdam en er gaat morgen een brief de deur uit, dan komt die brief soms pas maandag hier binnen. Als dan het weer net iets anders valt, dan kan het best zijn dat die brief op donderdag binnenkomt en dat ik er net op donderdag en vrijdag niet ben en dat die brief dus tot maandag blijft liggen. Voor je het weet ben je weer twee weken verder. Dat hoeft in de moderne tijd niet meer.*

## 2.5 Voorbereiden van patiënten

Een enkele respondent suggereerde patiënten vooraf meer voor te bereiden op second opinions, door hun doel concreter uit te vragen. Daarmee zouden second opinions beter op hun wensen en verwachtingen kunnen worden aangepast en voor patiënten meer opleveren.

A020, V, 37 jaar

*Nou, misschien dat het voor sommige patiënten heel goed zou zijn*

*als zij een helder beeld hebben van wat ze nou willen. En dat ze dat bijvoorbeeld al in een formulier of weet ik veel kunnen invullen, van: wat wil ik en wat ga ik daarna doen? Voor sommige mensen is het gewoon één grote brij in hun hoofd. Of dat er een internet-site komt ofzo: [...] second opinion, wat moet ik regelen? Want ik vind dat mensen daar soms ook wel een beetje eigen verantwoordelijkheid in mogen krijgen. Als ik een second opinion wil, dan zijn dit de drie vragen die ik in ieder geval moet beantwoorden.*

## 2.6 Initiatief door de arts zelf

Sommige respondenten geloofden dat het zinnig was om in sommige, of zelfs alle, gevallen zélf aan patiënten te suggereren een second opinion aan te vragen. Volgens hen kon deze strategie het vertrouwen ten goede komen (ook na de second opinion) en zorgde het ervoor dat patiënten vaak toch geen second opinion meer hoefden.

A021, M, 38 jaar

*Als je merkt dat mensen ergens moeite mee hebben, met een bepaalde beslissing. Dat je dan zegt van: nou ja, u kunt natuurlijk ook een second opinion vragen. Dat doe je op de momenten dat je denkt van: nu kan deze patiënt er wel eens behoefte aan hebben. Je biedt het eigenlijk meer aan als een soort service, zo zie ik het ook.*

## DISCUSSIE

In dit onderzoek zijn de attitudes van medisch oncologen en hematologen ten aanzien van second opinions op verzoek van de patiënt en hun ideeën ter verbetering van de second opinion-praktijk onderzocht. Hieruit bleek dat de meningen over de medisch toegevoegde waarde sterk uiteenliepen, terwijl de meeste geïnterviewden wel meerwaarde zagen voor de psychologische verwerking of voor de relatie met de verwijzend arts. Deze positieve gevolgen wogen volgens een aantal geïnterviewden op tegen de tijd, het geld en de moeite die second opinions vergden, en tegen de beperkte medische meerwaarde ervan. Voor anderen, die bijvoorbeeld ook psychologische nadelen zagen zoals teleurstelling en verwarring als gevolg van de second opinion, viel die balans uiteindelijk minder positief uit.

De variatie in meningen over de medisch toegevoegde waarde van second opinions was opvallend. Terwijl sommigen aangaven zelden te zien dat second opinions op verzoek van de patiënt resulteerden in een herziening van diagnose of behandelplan, zagen anderen dat wél gebeuren – met name bij zeldzame tumoren of tumorsoorten waarbij zich snelle ontwikkelingen in behandel mogelijkheden voordoen. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de mate van discrepantie tussen eerste en tweede meningen bij second opinions op verzoek van de patiënt.<sup>24</sup> Terwijl regelmatig onderzoek verschijnt naar de uitkomsten van revisie van beeldvorming en

pathologie, is er een schrijnend gebrek aan onderzoek naar de medische uitkomsten van second opinions op verzoek van de patiënt.<sup>1</sup> Meer onderzoeken zijn nodig om niet alleen een beter beeld te krijgen van de medische waarde van second opinions, maar ook om te onderzoeken waar eventuele verschillen uit voortkomen. Een recent Nederlands onderzoek laat zien dat ook bij een veelvoorkomende tumor als colorectaal carcinoom, behandelingen per ziekenhuis onderling sterk verschillen en richtlijnen niet altijd worden gevolgd.<sup>40</sup> Onderzoek is ook gewenst dat in kaart brengt of en in welke mate het aantal second opinions daadwerkelijk stijgt en wat daarvan de oorzaken zijn. Meer zicht op mogelijke verklaringen van een dergelijke stijging – zoals toegenomen druk op de financiering van zorg, toenemende complexiteit van behandelingen of meer mondigheid bij patiënten – kan aanknopingspunten bieden voor het verbeteren van de praktijk rondom second opinions.

Veel artsen uitten hun zorgen over het gevaar dat second opinions ‘standaard’ zouden worden.<sup>3</sup> Deze zorgen sluiten aan bij die genoemd door de Orde van Medisch Specialisten in 2013.<sup>41</sup> Geïnterviewden waren het er dan ook over eens dat de praktijk rondom second opinions zou kunnen worden verbeterd. De suggesties voor hōe die verbeteringen eruit zouden moeten zien liepen sterk uiteen en richtten zich op verschillende doelen: de ‘opbrengst’ van second opinions vergroten, het aantal second opinions radicaal terugdringen of de ‘onzinnige’ second opinions terugdringen. Veel suggesties lagen op het gebied van communicatie – bijvoorbeeld helderder aan patiënten duidelijk maken dat een advies al is gebaseerd op interdisciplinair overleg of de motieven voor een second opinion systematischer uitvragen.<sup>1</sup> Ook werd gesuggereerd dat second opinions anders zouden kunnen worden georganiseerd, bijvoorbeeld in de vorm van een papieren of teleconsult. In Nederland is iets dergelijks uitgetest bij patiënten met longkanker: via een digitaal platform werd hen de mogelijkheid geboden een onafhankelijke arts te consulteren, bijvoorbeeld bij wijze van second opinion.<sup>42</sup> Patiënten bleken deze dienst vooral te gebruiken om informatie gegeven door hun eigen arts beter te begrijpen. Mogelijk kan een dergelijke online dienst voor een deel van de patiënten – zij die vooral behoefte hebben aan begrijpelijke informatie – een ‘face-to-face’ second opinion vervangen. Het idee van een papieren of teleconsult lijkt echter niet aan te sluiten bij de overtuiging van veel artsen dat second opinions vooral psychologisch belangrijk zijn. Kan een arts geruststelling of acceptatie bij de patiënt bewerkstelligen zonder de patiënt (in levenden lijve) te zien? Aan de andere kant zouden patiënten juist bij een digitale second opinion minder schroom kunnen ervaren om gevoelige zaken bespreekbaar te maken. Een andere suggestie was om second opinions te voorkomen

## AANWIJZINGEN VOOR DE PRAKTIJK

- 1** Artsen zouden explicieter aan patiënten duidelijk kunnen maken dat hun advies gebaseerd is op interdisciplinair overleg; daarmee zou de behoefte aan second opinions mogelijk kunnen afnemen.
- 2** Wanneer artsen exploreren wat patiënten motiveert een second opinion te vragen, zouden second opinions beter op de wensen en verwachtingen van patiënten kunnen worden aangepast en meer opleveren.
- 3** Artsen zouden kunnen overwegen om, afhankelijk van de motivatie van patiënten, een alternatief voor een second opinion aan te bieden, bijvoorbeeld in de vorm van een intercollegiaal consult.

door de patiënt aan te bieden zelf met een collega te overleggen. Voor een deel van de patiënten kan dit voldoende het idee geven dat er door meerdere specialisten is meegedacht. Voor andere patiënten doet deze oplossing mogelijk geen recht aan hun behoefte: bij onderling telefonisch contact tussen specialisten zal de andere arts mogelijk vooral als 'collega' meedenken, in plaats van vanuit de patiënt.

Een sterk punt van dit onderzoek is de doelbewust geworven, heterogene steekproef, waardoor een grote variëteit aan meningen en ervaringen kon worden vastgelegd. Een beperking is dat de geïnterviewden mogelijk niet altijd volledig open waren over hun daadwerkelijke meningen en ervaringen – bijvoorbeeld vanwege sociale wenselijkheid of angst voor gezichtsverlies. Om respondenten in staat te stellen zo open mogelijk te spreken, werden de interviews 'face-to-face' gevoerd, op een door hen zelf gekozen tijd en locatie. Veel interviews vonden bijvoorbeeld bij de respondenten thuis plaats, waardoor de invloed van de werkplek minder sterk zal zijn geweest.

## CONCLUSIE

Uit dit exploratieve onderzoek bleek dat medisch oncologen en hematologen sterk verschilden in hun mening en ervaringen ten opzichte van second opinions op verzoek van de patiënt. De door hen aangedragen suggesties om de psychologische en medische opbrengst van second opinions te vergroten en het aantal onnodige second opinions terug te brengen, verdienen nader onderzoek.

## REFERENTIES

1. Hillen MA, et al. *Oncologist* 2017.
2. Sutherland LR, et al. *J Clin Gastroenterol* 1994;19:194-7.
3. Philip J, et al. *Support Care Cancer* 2010;18:1199-205.
4. Tattersall MH, et al. *Med J Aust* 2009;191:209-12.
5. Van de Plas JD, et al. *Tijdschr Geneesk* 2010;66:770-4.
6. Mellink WA, et al. *J Clin Oncol* 2003;21:1492-7.
7. Xu J, et al. *J Natl Med Assoc* 2011;103:468-78.
8. O'Rourke ME. *Cancer Invest* 1999;17:349-59.
9. Maaskant JM, et al. *Medisch Contact* 2009;64:605-7.
10. Axon A, et al. *Dig Dis* 2008;26:11-7.
11. Sikora K. *Br Med J* 1995;311:1179-80.
12. Moumjid N, et al. *Health Policy* 2007;80:43-50.
13. Altijd wat. NCRV. 7 Mei 2013.
14. Zorginstituut Nederland. 'Second opinion' in de zorgverzekeringswet. 2015.
15. Hsieh CI, et al. *Patient Prefer Adherence* 2013;7:693-701.
16. Hewitt M, et al. *J Natl Cancer Inst* 1999;91:1480-6.
17. Sapir R, et al. *Support Care Cancer* 2000;8:458-63.
18. Tam KF, et al. *Support Care Cancer* 2005;13:679-84.
19. Mordechai O, et al. *Pediatric Hematol Oncol* 2015;32:284-9.
20. Van de Plas J, et al. *Tijdschr Geneesk* 2010;66:770-4.
21. Morrow M, et al. *JAMA* 2009;302:1551-6.
22. Urmeda M, et al. *J Palliat Care* 2003;19:206-8.
23. Wallwiener M, et al. *BMC Cancer* 2010;10:663.
24. Mellink WA, et al. *Eur J Surg Oncol* 2006;32:108-12.
25. Clauson J, et al. *Cancer* 2002;94:889-94.
26. Khazai L, et al. *J Surg Oncol* 2015;111:192-7.
27. Schook RM, et al. *Cancer Clin Oncol* 2014;3:43-57.
28. Chang HR, et al. *Am J Manag Care* 2013;19:380-7.
29. Goldman RE, et al. *Patient Educ Couns* 2009;76:44-50.
30. Philip J, et al. *Asia Pac J Clin Oncol* 2011;7:41-6.
31. Shin DW, et al. *Jpn J Clin Oncol* 2016;46:441-7.
32. Hillen MA, et al. *JAMA Oncol* 2018;4:1425-6.
33. Miles MB, et al. London: Sage, 1984.
34. Morse JM. *Qual Health Res* 2000;10:3-5.
35. Strauss AL. Cambridge University Press, 1987.
36. Boeije H. *Qual Quant* 2002;36:391-409.
37. MAXQDA, software for qualitative data analysis [computer program]. Berlin, Germany: VERBISoftware – Consult – Sozialforschung GmbH; 1989-2015.
38. Murray M, et al. London: Sage, 1999.
39. Mays, Pope. *Br Med J* 2000;320:50-2.
40. Keikes L, et al. *Clin Colorect Cancer* 2018;17:58-64.
41. Gedeeltelijke bijdrage voor 'second opinion' overwegen. <https://www.orde.nl/over-oms/nieuws/gedeeltelijke-eigen-bijdrage-voor-second-opinion-overwegen.html>. 5/8/2013.
42. Schook RM, et al. *J Med Intern Res* 2014;16(2).