

18 De huisarts helpt de patiënt om voor zichzelf op te komen

Dirk Van Duppen, Jozien Bensing

Inleiding

- 1 Exploreer de ziekte en ziektebeleving van de patiënt
 - 2 Begrijp de gehele patiënt
 - 2.1 Kritisch bewustzijn over de sociale determinanten: de sociale stethoscoop
 - 2.2 Empowerment: inzicht, controle en actie
 - 2.3 Valkuilen bij toepassing van het model van Dahlgren en Whitehead
 - 3 Deel de informatie
 - 3.1 Evidence-based medicine overbruggt de informatieasymmetrie
 - 3.2 Online on-the-spot (OOS)
 - 3.3 Sociaal netwerk online on-the-spot (SNOOS)
 - 3.4 Biomedische, psychologische en maatschappelijke evidence
 - 3.5 De patiënt weerbaar maken tegen misleidende gezondheidsinformatie
 - 3.6 Signaalfunctie
 - 3.7 Solidariteit als beste medicijn
 - 4 Vind wederzijdse overeenstemming
 - 4.1 Gezamenlijke agenda
 - 5 Conclusie
- Literatuur

Inleiding

In deel 2 dat gaat over communicatie (competentie 2) is al besproken hoe een patiëntgerichte (*patient-centered*) aanpak, ertoe kan leiden dat de zorg die artsen verlenen beter aansluit bij de verwachtingen en behoeften van patiënten. Door alle dimensies (SCEGS) te exploreren, kan de huisarts de patiënt als het ware coachen om meer zicht en meer invloed te krijgen op klachten en gebeurtenissen. Geïnformeerde gezamenlijke besluitvorming (*informed shared decision making*), geeft de patiënt meer zeggenschap over zijn eigen lijf en leven (*empowerment*). In dit hoofdstuk bespreken we de manier waarop de huisarts de patiënt daarbij kan helpen.

De huisarts is in een bijzonder goede positie om als coach de patiënt te helpen voor zichzelf op te komen. De kernwaarden van de huisartsgeneeskunde zijn immers de continue, integrale (lichamelijke, psychische en sociale) en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de patiënt en zijn directe (gezins)omgeving. Deze waarden vormen de basis van een goed uitgebouwde vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt en verklaren waarschijnlijk deels de helende werking van het arts-patiëntcontact. De huisarts bevindt zich op het kruispunt van somatische en psychosociale zorg, van professionele medische zorg en zelfzorg en van medische deskundigheid van de arts en de ervaringsdeskundigheid van de patiënt. In dit licht is het huisartsgeneeskundig consult bij uitstek een ontmoetingsplaats waar verschillende werelden elkaar ontmoeten en met elkaar in verband worden gebracht. Daarom is geïnformeerde gemeenschappelijke besluitvorming (*informed shared decision making*) gericht op empowerment van de patiënt juist in de huisartsenpraktijk noodzakelijk, nuttig en goed realiseerbaar. Dit geeft een eigentijdse, hernieuwde positionering van de huisarts in het centrum van de medische zorg.

We bespreken in dit hoofdstuk de samenhang en interacties tussen patiëntgerichte aanpak, *evidence-based medicine*, de sociale determinanten van gezondheid, en geïnformeerde gezamenlijke besluitvorming, die leiden tot zowel empowerment van de patiënt als een betere arts-patiëntrelatie.

Het model in figuur 18.1 is ten dele geïnspireerd op het standaardwerk *Patient-centered Medicine. Transforming the clinical method* van Moira Stewart et al. en op onze eigen ervaring.¹ Dit schema vormt de rode draad in dit hoofdstuk. De begrippen uit dit schema zullen stap voor stap worden toegelicht.

Kader 18.1 Empowerment

Het versterken van het individu gebeurt volgens de theorie van empowerment volgens drie fundamentele concepten.

- *Het verhogen van het kritisch bewustzijn*: inzicht in de sociale determinanten die invloed hebben op de gezondheid van de patiënt én inzicht in de vaardigheden die nodig zijn om die factoren gunstig te beïnvloeden.
- *Het vergroten van controle*: zelfvertrouwen of geloven in de eigen mogelijkheden van die beïnvloeding.
- *Daadwerkelijke actie*: participatie in processen, al dan niet in samenwerking met anderen die invloed uitoefenen op die omgeving.²

De oorsprong van de empowermentgedachte is terug te vinden in de bewegingen voor sociale actie. Het doel was de macht en invloed van onderdrukte groepen te vergroten. De visie van de Braziliaanse bevrijdingspedagoog Paulo Freire (1921-1977)² is een van de belangrijkste inspiratiebronnen geweest bij het ontwikkelen van de empowermenttheorie. Freire wilde vooral dat mensen onder meer door eigen directe ervaring kennis en inzicht verwerven in de aard en oorzaken van onrechtvaardige omstandigheden waarin ze leefden. De idee was dat dit inzicht uiteindelijk zou leiden tot het ontwikkelen van strategieën om iets aan deze omstandigheden te veranderen.

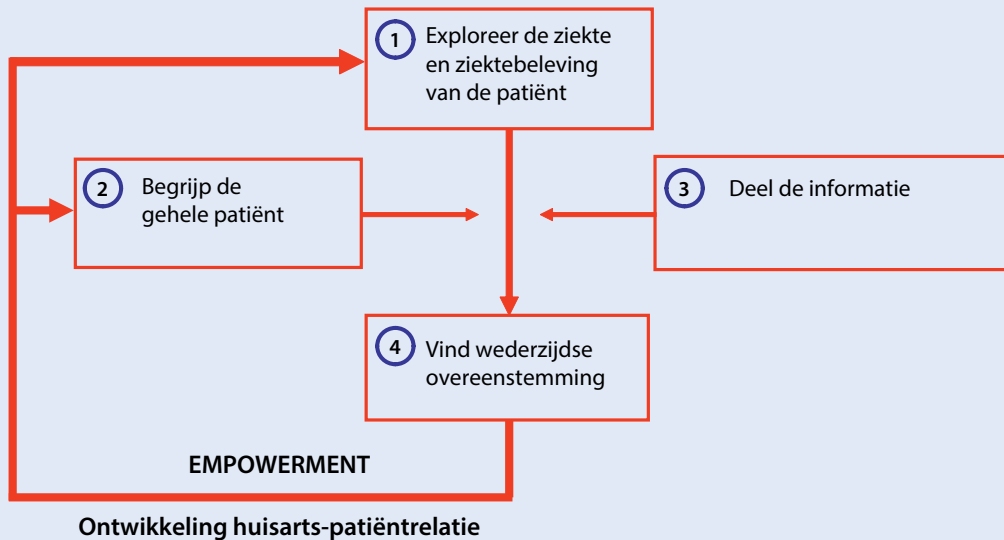
Dertig jaar geleden verdedigde de Alma Ata-verklaring over *primary health care*, geschreven op initiatief van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en ondertekend door bijna alle landen ter wereld, waarden als gelijkheid (*equity*), mens- en patiëntgerichtheid (*people-centeredness*), gemeenschapsparticipatie (*community participation*) en zelfdeterminatie, kortom empowerment. Vandaag de dag zijn deze waarden meer dan ooit actueel. Daarom koos de WHO als titel voor haar jaarrapport van 2008, dat de dertigste verjaardag vierde van de spraakmakende Alma Ata-verklaring: 'Primary Health Care now more than ever'.

1 Exploreer de ziekte en ziektebeleving van de patiënt

Zoals al in een vorig hoofdstuk over communicatie werd besproken, staat het acroniem SCEGS voor de vijf klachtdimensies: somatisch-cognitief-emotioneel-gedragsmatig-sociaal. Het is een op het biopsychosociale ziektemodel gebaseerde kapstok voor klachtenanalyse, die gemakkelijk in de gewone consultvoering kan worden geïntegreerd. De SCEGS-exploratie kan volgens ons het best gebeuren na de open intakefase van de klassieke consultvoering, wanneer de hulpverlener kan overgaan tot een anamnestiche fase met meer gerichte vraagstelling. De huisarts bespreekt deze overgang naar de SCEGS-analyse expliciet met de patiënt om te voorkomen dat de patiënt weerstand zou ontwikkelen tegen de psychologische duiding van de klachten. Het is hierbij van belang dat de huisarts vanaf het begin de patiënt en zijn problematiek samenhangend biopsychosociaal benadert, waarbij het biomedisch en het psychosociaal spoor samen worden geëxploreerd. Dan geeft dit de patiënt vertrouwen dat er voldoende aandacht is voor zijn lichamelijke klachten, terwijl er tegelijkertijd ruimte is om ook de psychosociale aspecten te bespreken. Als de andere klachtdimensies vanaf het begin aan bod komen en niet pas nadat alle biomedische onderzoeken op niets zijn uitgedraaid en zogenoemde 'medische oorzaken' zijn uitgesloten, is dat voor patiënten vaak heel acceptabel. In feite past de huisarts dan goed verwachtingsmanagement toe dat bijdraagt aan een goed verloop van het consult.³

Tijdens de intakefase is vooral de patiënt aan het woord, bij de gerichte anamnese bevraagt de arts de patiënt op een meer systematische wijze. Het aftasten van de vijf dimensies uit het SCEGS-model integreert de biomedische diagnosestelling, afgeleid uit de somatische anamnese, het klinisch onderzoek en eventueel verder aanvullend onderzoek, in een biopsychosociaal model (zie figuur 18.1).

Figuur 18.1 Model voor het empowermentproces



Door gebruik te maken van de SCEGS-kapstok kan de huisarts technieken uit de cognitieve gedragstherapie in de dagelijkse consultvoering integreren. Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een vorm van psychotherapie die gericht is op het oplossen van concrete problemen of klachten. De cognitieve gedragstherapie gaat ervan uit dat gedachten, gevoelens en gedrag met elkaar samenhangen. Iemand's gedachten beïnvloeden zijn gevoelens en gedrag. Negatieve irrationele gevoelens en gedachten zoals: 'Ik ben niets waard, ik doe het altijd fout', of: 'Ik kan dat toch niet', kunnen psychische problemen veroorzaken of versterken. Het accent ligt op het toetsen van die gedachten aan de realiteit en het aanleren van andere, meer helpende gedachten. Via het beïnvloeden van denkbeelden verminderen de klachten.

Casus: zelfbeschikking door eigen creativiteit⁴

Huisarts Sofie: Maria-Eugenia Torres is een Peruviaanse van 42 jaar. Ze is alleenstaand en zorgt voor haar twee dochters. Ook zij heeft een lange medische voorgeschiedenis: enkel, schouder, maag, hysterectomie en ten slotte fibromyalgie. Tijdens het eerste consult neem ik de tijd om kennis te maken en te luisteren naar haar verwachtingen. Door samen te kijken naar EBM-informatie op het internet leg ik haar uit dat cognitieve gedragstherapie en graduele oefentherapie bewezen effectief zijn bij fibromyalgie. Ze gaat akkoord om CGT te starten. Ik stel haar voor dat ze dagelijks haar doen, haar denken en haar gevoelens registreert en haar pijnbeleving scoort. De bedoeling is om bij een volgend consult deze registratie te bespreken, eventuele irrationele gedachtegangen op te sporen en uit te dagen. Maar Maria-Eugenia aarzelt. Ik stel haar dan voor dat ze een werkschriftje aanschaft dat haar persoonlijk 'dagen groeiboekje' zal worden. Ik doe enkele suggesties om het persoonlijk in te kleden. Ik stel haar voor om het schriftje in te leiden met een tekstje, een foto of een vers dat haar raakt; de volgende bladzijde kan ze gebruiken om een soort korte samenvatting van haar levensverhaal te maken. Dit ziet ze zitten en een week later zie ik haar terug, trots met het schriftje in de hand. Op de kaft heeft ze bloemen geplakt. De vraag om haar levensverhaal (van Peru tot hier en nu) op te schrijven, ervaart ze als een verbintenis van mij dat ik echt naar haar wil luisteren en haar verder wil helpen. Het geeft mij ook de mogelijkheid om niet alleen te focussen op het probleemgebied, maar ook op de gebieden waar het wel goed gaat. Ik kan daarmee met meer begrip erkenning geven aan haar pijn en gevoel van onmacht en woede. Haar dagboek wordt geïllustreerd met foto's van haar geliefde familieleden en mooie bloemen, afgewisseld met registratieschema's over de gebeurtenissen die ze beleeft, welke gedachten ze daarbij heeft en welke gevoelens die opwekken. Maar er komen ook leerpuntsyn-

theses voor, gedichtjes, een voorbereiding, dan opnieuw een synthese. Er is ook een foto bij van een Caraïbisch strand: 'Als ik daarnaar kijk, beeld ik mij in dat ik er ben en er rustig in de zachte zon lig te genieten.' Zij heeft deze ontspanningsoefening zelf bedacht en ontdekt. Op deze manier is haar dagboek haar eigen persoonlijk groei-instrument geworden, iets waar ze troost en kracht uit put. Ze is er blij mee, omdat het zo mooi geworden is. We zijn nu één jaar verder. Zijzelf schreef de volgende synthese in het dagboek: 'Mijn naam is Maria-Eugenia. Ik ben een persoon met fibromyalgie en andere ziekten. Voordat ik Doctora Sofie ontmoette, voelde ik mij heel slecht, ik voelde veel razernij en was erg verdrietig vanwege de pijn en ik voelde mij een onnuttige persoon. Maar wanneer ik op raadpleging kom bij Doctora Sofie en haar mijn problemen vertel, beluistert zijn mij en begrijpt zij mijn pijn. Ze begon mij te vertellen dat ik mijn leven vanaf vandaag af aan moest beleven, dat ik van mezelf moest houden (...). Ik schrijf elke dag in mijn dagboek over de goede en slechte momenten die ik heb. Ik denk aan mooie dingen en zend mezelf positieve energie en doe mijn oefeningen. Het is niet gemakkelijk, maar nu ben ik een andere persoon. Ik wil een blijde vrouw zijn.'

Door zelf creatief en soepel om te gaan met CGT- en mindfulness technieken, geef ik meer ruimte aan de patiënt. Saaie CGT-registratiebladen worden kleurrijke, beeldrijke werkschriftjes/dagboekjes. Niet alleen het zelf creëren van schoonheid geeft extra kracht aan het zelfhelingsproces, maar vooral het persoonlijk maken van het werkschrift maakt dat de patiënt het hele therapeutische proces aanvoelt als iets wat van haar zelf is. Het verhoogt het *ownership*: 'Ik heb het zélf gedaan.'

2 Begrijp de gehele patiënt

'Het is belangrijker te weten welke soort patiënt de ziekte heeft, dan welke soort ziekte de patiënt heeft', schreef William Osler, een van de grondleggers van de moderne geneeskunde, al meer dan honderd jaar geleden. 'De gehele patiënt' heeft hier een dubbele betekenis. Allereerst de patiënt als geheel, met zijn lichaam en zijn geest. Vervolgens de patiënt in het geheel van zijn omgevingsfactoren, kortom in zijn context.

2.1 Kritisch bewustzijn over de sociale determinanten: de sociale stethoscoop

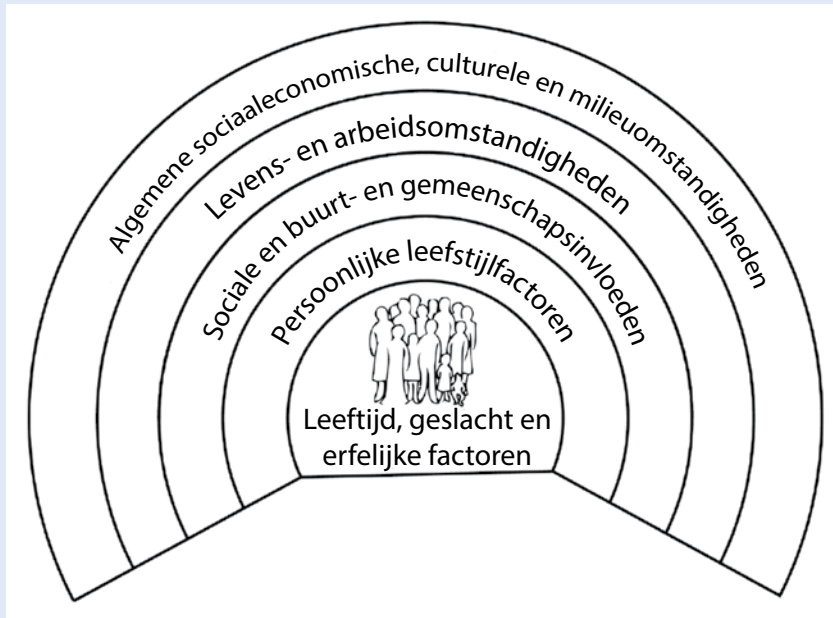
Tijdens het aftasten van de sociale dimensie in het SCEGS-model kan de huisarts vragen naar de gevolgen van de klacht voor de sociale omgeving, maar ook naar de impact van de sociale omgeving of context op de problemen, klachten of ziekte van de patiënt, kortom: de impact van de sociale determinanten van ziekte en gezondheid.

Het model van Dahlgren en Whitehead⁵ (zie figuur 18.2) geeft op heldere wijze de belangrijkste determinanten van gezondheid in lagen aan, in de vorm van een regenboog.⁴ In het midden van het model staat het individu. Individuen hebben een leeftijd, zijn man of vrouw en hebben een aantal aangeboren eigenschappen die voor het grootste gedeelte vaststaan. Om hen heen zijn er factoren die beïnvloedbaar zijn door bijvoorbeeld beleid. Als eerste zijn dat de leefstijlfactoren zoals voeding, bewegen, seksualiteit, roken en drinken. De laag daaromheen is de sociale omgeving, onder andere gezin, familie, vrienden, collega's en buurtgenoten. Daaromheen zit weer een laag die bepaalt in hoeverre personen in staat zijn hun gezondheid te onderhouden, dat wil zeggen leef- en werkomstandigheden, voedselvoorziening en toegang tot belangrijke middelen en diensten. Ten slotte hebben economische, culturele en milieufactoren ook invloed. Dit is de maatschappelijke context, ook wel het macroniveau genoemd.

Mensen met een lagere sociaaleconomische status (SES) lopen in alle vier van de omgevende niveaus grotere gezondheidsrisico's dan mensen met een hoge SES. Om de gezondheid van individuen te verbeteren, moet ingewerkt worden op de determinanten in de vier lagen die het individu omgeven. De aangeboren kenmerken van het individu (in het centrum) zijn niet te beïnvloeden, de vier gezondheidsbeïnvloedende omgevende lagen in het schema wel. Dahlgren en Whitehead zien dus vier niveaus voor beleidsinterventies:

- het individuele niveau;
- het buurtniveau;
- de diensten en voorzieningen;
- het macro-economische en culturele niveau.

Figuur 18.2 Het model van Dahlgren en Whitehead



2.2 Empowerment: inzicht, controle en actie

Op het individuele niveau kun je via gezondheidsopvoeding werken aan empowerment. Op het tweede niveau kun je ook aan empowerment doen via het 'versterken van buurten' (*strengthening communities*). Dan gaat het om allerlei vormen van buurtwerk die de fysieke omgeving, het sociale klimaat, inclusief de veiligheid, kunnen verbeteren. De volgende casus laat zien hoe empowerment een continu proces is van inzicht, controle en actie.

Community based empowerment: opkomen voor een gezonder milieu

Sledderlo is een achterstandswijk in het Belgisch Limburgse Genk, gelegen rond de metaalfabriek Arcelor Mittal. Vanaf 2005 vermoedden de huisartsen een abnormaal hoge prevalentie van luchtwegaandoeningen bij hun patiënten die in de wijken rondom de metaalfabriek woonden. Patiënten die in de buurt woonden of hun kinderen die naar de buurtschool gingen, klaagden over de luchtverontreiniging en legden zelf het verband met een vermoedelijk abnormaal hoog gebruik van geneesmiddelen tegen astma. De huisartsengroepspraktijk van Geneeskunde voor het Volk besloot om op het niveau van de vier lagen van het model van Dahlgren en Whitehead onderzoek te doen om de gezondheidsrisico's te detecteren en de patiënten in dit onderzoek te betrekken.

Niveau 1: persoonlijke (leefstijl)factoren

Uit de medisch dossiers bleek dat het gebruik van antiastmamedicatie bij kinderen uit die wijken beduidend hoger lag dan bij kinderen die op andere plaatsen woonden of naar school gingen. De bevraging van de patiënten in de dokterspraktijk veroorzaakte een algemene bezorgdheid over het probleem van de vervuiling. Er werden individuele maatregelen en voorlichting ter preventie en behandeling van de gezondheidsproblemen van de patiënt aangeboden.

Niveau 2: sociale buurt- en gemeenschapsinvloeden

Huisarts en gemeenteraadslid Harrie Dewitte legde de resultaten van het praktijkonderzoek in aanwezigheid van een groot aantal buurtbewoners en de media voor aan de gemeenteraad van Genk. Gevolg: de *hot spot* van de vervuiling werd nu eindelijk door de overheid officieel erkend. Er volgde met behulp van universitaire diensten een uitgebreid wijkonderzoek naar de verschillende bronnen van vervuiling in de wijk.

Met de hulp van de werknemers van de groepspraktijk startten de bewoners tegelijkertijd een petitie tegen de vervuiling en er werd een manifestatie van de kinderen uit de buurt rondom de fabriek georganiseerd. Deze acties kregen uitgebreide media-aandacht. Uiteindelijk besliste de gemeentelijke overheid om de lagere school die zich in de hotspot-zone bevond, te verhuizen naar een gezondere omgeving.

Niveau 3: levens- en arbeidsomstandigheden

Naar aanleiding van die commotie startte de regionale overheid een algemeen gezondheidsonderzoek en werd de bevolking voorgelicht over de gezondheidsrisico's. Uit de bevraging van de patiënten uit de getroffen wijken bleek ook dat de woonomstandigheden van veel bewoners zeer ongezond waren: vocht, schimmels en slechte isolatie. Er werd beslist om dringend werk te maken van de renovatie en isolatie van een aantal woningen in de wijk.

Niveau 4: algemene sociaaleconomische, culturele en milieuomstandigheden

De overheid ging over tot een biomonitoring (door vier universiteiten) van de hotspot, en startte een continu onderzoek om ook andere hotspots op te sporen op basis van hetzelfde model. Uiteindelijk werden er nieuwe normen voor de maximale uitstoot van de metaalfabriek opgelegd. Ook de vakbonden die bezorgd waren over de gezondheid van de werknemers werden betrokken.

2.3 Valkuilen bij de toepassing van het model van Dahlgren en Whitehead

Leefstijlcampagnes zijn gebaseerd op de veronderstelling dat de mensen hun gezondheidsgedrag zelf in handen hebben en dat ze zonder belemmering er vrij voor kunnen kiezen een gezonde leefstijl aan te nemen. Maar leefstijl is niet slechts een kwestie van vrije keuze. De leefstijl van mensen met een lagere SES is een antwoord op de levensomstandigheden waarin zij zich bevinden. Er is een gevaar dat alleen op leefstijl gerichte interventies de verantwoordelijkheid volledig bij het individu leggen. Dat kan ertoe leiden dat dergelijke campagnes in plaats van een positief effect op de leefstijl, een negatief effect op het gevoel van zelfwaarde van de doelgroep veroorzaken. 'Blaming the victim' wordt dat genoemd. Ten slotte is er de kritiek dat de impact van leefstijladviezen, deze 'gezonde' reclame, wellicht tenietgedaan wordt door de massa 'ongezonde' boodschappen in de media. Denk maar aan de reclame voor fastfood of de gemakkelijke bereikbaarheid hiervan in openbare ruimten zoals scholen of stations en hun impact op de problematiek van obesitas. Het voordeel dat lagere sociaaleconomische categorieën uit die interventies kunnen halen, wordt snel tenietgedaan door de structurele nadelen waarmee ze dagelijks worden geconfronteerd. Anders gezegd: individuele interventies kunnen wel leiden tot een tijdelijke verkleining van de gezondheidskloof maar die groeit daarna weer snel. In wezen kan dit leiden tot voornamelijk symptoombestrijding, zonder dat de eigenlijke oorzaak van gezondheidsverschillen wordt aangepakt. Het kan ook leiden tot ontmoediging van zowel de patiënt als van de huisarts. Versterking slaat dan om in verzwakking, tot het opgeven om er nog iets aan te veranderen. Hier ligt een taak voor de publieke gezondheidszorg en de politiek. Maar het is in de spreekkamer belangrijk dat de huisarts zich realiseert dat ongezonde leefstijl niet alleen een individueel, maar ook een maatschappelijk probleem is. Dat kan helpen om het bespreken van leefstijl uit de taboesfeer te halen, uit de sfeer van schuld en schaamte. Dan wordt leefstijl gemakkelijker bespreekbaar met de patiënt.

Het is ook belangrijk om aandacht te hebben voor de rol van culturele of spirituele verschillen in hoe patiënten hun 'ziek zijn' (*illness*) conceptualiseren en interpreteren. Het veranderen van cultuur en leefomgeving kan ook daarop een belangrijke invloed hebben. Zo maken taalbarrières het extra moeilijk om de wensen en behoeften te uiten en om hulp te vragen. Maar de huisarts moet erop letten dat hij niet in de valkuil van stereotypen terechtkomt. Culturele verschillen verklaren niet alles en kunnen het zicht ontnemen op wat in meer of mindere mate door sociaaleconomische verschillen bepaald wordt.

3 Deel de informatie

3.1 Evidence-based medicine overbruggt de informatieasymmetrie

*'Evidence-based medicine (EBM) is the integration of individual clinical expertise with the best available external evidence and the patient's values and expectations.'*⁶

Deze definitie van David Sackett et al. past mooi in het model van de *patient-centered* aanpak. Het gebruik van EBM als een soort 'kookboekgeneeskunde' is strijdig met deze definitie en de oorspronkelijke bedoeling van EBM. Voorkomen moet worden dat EBM in de praktijk te veel ziektegericht en doktersgericht wordt toegepast. Het perspectief van de patiënt en zijn voorkeuren moet, zoals ook aangegeven door Sackett et al., zwaar meewegen. Zeker in situaties waarin nog geen overtuigende evidentie aanwezig is, moeten de verwachtingen en voorkeuren van de patiënt meer prioriteit krijgen. Dat versterkt de helende werking van de contexteffecten in de arts-patiëntrelatie.

De evidencebased geneeskunde en de patiëntgerichte geneeskunde zijn dus juist geen aparte werelden. EBM moet, zoals Sackett et al. het stellen, patiëntgericht worden toegepast. Onderzoek om ook de patiëntgerichte aanpak meer evidencebased te maken, ofwel om de arts-patiëntcommunicatie op een wetenschappelijke wijze te onderzoeken en te optimaliseren, is gewenst.⁷

'Kennis is macht', luidt het gezegde. Het delen van (EBM-)informatie via het huisarts-patiëntcontact, zoals aangegeven in figuur 18.1, is daarom een belangrijk onderdeel van het empowermentproces. In hun conceptueel kader van de patient-centered benadering in de gezondheidszorg benoemen Nicola Mead en Peter Bower 'delen van macht en verantwoordelijkheid' en 'de therapeutische alliantie' als sleuteldimensies.⁸ Het toepassen van EBM zoals Sackett et al. dat hebben gedefinieerd is een middel om die sleuteldimensies te helpen waarmaken. Het betrekken van de patiënt in het toepassen van EBM en het verstrekken van adequate informatie en uitleg, lost voor een deel de informatieasymmetrie tussen arts en patiënt op. Dit is een essentiële voorwaarde om te komen tot een meer gelijkwaardige relatie tussen beide partners, tot een wederzijdse overeenstemming, tot geïnformeerde gezamenlijke besluitvorming en ten slotte tot een volwaardige therapeutische alliantie.

3.2 Online on-the-spot (OOS)

Een goed instrument voor dagelijkse toepassing van EBM in de huisartsenpraktijk is *online on-the-spot* of kortweg OOS. OOS is het zoeken op internet in een aantal EBM-databanken naar een antwoord op een vraag in aanwezigheid van de patiënt tijdens het consult.⁹ Deze informatie wordt met de patiënt besproken en toegepast op zijn probleem, klacht of aandoening. De pro's en contra's worden gezamenlijk afgewogen in het licht van de bestaande evidenties en van de voorkeur of verwachtingen van de patiënt. Dit proces democratiseert het vergaren van wetenschappelijke informatie. Het vormt de basis voor het nemen van gezamenlijke beslissingen over behandeling, aanpak of management. In de casus beschrijven we het toepassen van OOS in een huisartsengroepspraktijk.

OOS'en bij het prikkelbaredarmsyndroom

Mevrouw Van Dam, een 38-jarige huisvrouw, consulteert de huisarts voor frequente episoden van darmkrampen met afwisselend obstipatie en diarree. Ze is niet vermagerd. De krampen verergeren als mevrouw onder spanning staat. Ze wil graag weten wat haar klachten veroorzaakt. Ze vraagt me of ik geen medicatie kan voorschrijven. Ik stel de diagnose 'prikkelbaredarmsyndroom'. Samen met haar bekijk ik even de NHG-Standaard om die diagnose te onderbouwen. Ook laat ik haar lezen wat er geschreven staat over de zin en onzin van mebeverine voor deze indicatie. Er is geen bewezen effect. Ik klik op de patiëntenbrief over het prikkelbaredarmsyndroom en neem die samen met mevrouw Van Dam door. Ze is gerustgesteld en neemt de brief mee naar huis om de tips voor het omgaan met het prikkelbaredarmsyndroom nog eens door te lezen en te proberen deze toe te passen. Daarmee verwacht ze haar klachten beter onder controle te krijgen. Een recept is niet meer nodig.

3.3 Sociaal netwerk online-on-the-spot (SNOOS)

De huisarts is een bevoorrechte getuige van de grote en kleine maatschappelijke problemen van zijn patiënten. Hij streeft ernaar om de gezondheid van zowel zijn patiënten als van de gemeenschap zo veel mogelijk te bevorderen. Dit doet hij door actief de behartiging ervan op zich te nemen.

Voor de individuele patiënten betekent dit dat hij beschikbaar is als het eerste laagdrempelige en nabije aanspreekpunt in de gezondheidszorg. Waar nodig gidst hij de patiënt naargelang de concrete problematiek verder naar andere hulpverleners of instanties in de eerste lijn en creëert toegang tot gepaste en tijdige zorg door samen te werken met centra voor geestelijke gezondheidszorg, juridische diensten van de mutualiteiten (Vlaanderen) of zorgverzekeraars (Nederland), arbeidsgeneeskundige diensten, Centrum voor Algemeen Welzijnswerk (CAW) en maatschappelijk werkers (Vlaanderen) tot hulporganisaties, NGO's, vluchtelingenorganisaties, patiëntenverenigingen, actiegroepen en vakbonden. Hij stimuleert hierbij de patiënt om zelf zijn gezondheid en het omgaan met zijn problemen in handen te nemen. Daarom is het nuttig dat iedere huisarts persoonlijk beschikt over een sociale kaart van zijn regio die hij samen met de patiënt kan raadplegen, een 'sociaal netwerk online-on-the-spot', of kortweg SNOOS.

Bij incidenten in de zorg behartigt de huisarts de patiëntenbelangen door passende maatregelen te nemen en patiënten desgewenst over de geldende klachtenprocedures en instanties te informeren. Hij kent de voor het medisch handelen relevante wetgeving, informeert de patiënten en ziet erop toe dat hun rechten gerespecteerd worden.

3.4 Biomedische, psychologische en maatschappelijke evidence

Het systematisch bijeenbrengen, evalueren en poolen van de beschikbare *evidence* in de geneeskunde is een proces dat nog maar een goede twintig jaar oud is. Veel onderzoek gebeurt nog steeds in de farmaceutische sector. Niet-medicamenteuze interventies worden minder vaak onderzocht, al vindt onderzoek naar niet-medicamenteuze interventies wel steeds vaker plaats. De laatste jaren is er steeds meer *evidence* over psychologische interventies en maatschappelijke processen beschikbaar. Veel reviews over medicamenteuze interventies zijn te vinden in de Campbell Collaboration (<http://www.campbellcollaboration.org/>) en de Cochrane Collaboration.

In 2008 bracht de WHO onder leiding van Sir Michael Marmot en zijn Commission on Social Determinants of Health een rapport uit dat een synthese bevat van alle evidentie over de impact van sociale determinanten op gezondheid onder de titel: *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Het rapport geeft *evidence* voor de impact op gezondheid van onderwijs, van wonen en huisvesting, leefomgeving, verkeer en milieuvervuiling, urbanisatie, werkomstandigheden en werkloosheid, achteruitgang in sociale protectie, de toegang tot gezondheidszorg, de privatisering van gezondheidszorgsystemen, ongelijkheid in inkomen, in rijkdom en in macht, de terugval van herverdelende belastingssystemen, de vermarkting en commercialisering van de zorg, van gender(on)gelijkheid, enzovoort. Dit rapport en de toespraak van Michael Marmot 'Health in an unequal world' gepubliceerd in de *Lancet*¹⁰ is een aanrader voor iedere huisarts die inzicht wil verwerven over de impact van sociale determinanten op gezondheid. Michael Marmot eindigt deze publicaties met hoe hij hierbij empowerment ziet:

'Als artsen moeten we de natuurlijke advocaten van de minstbedeelden zijn. Met een vers van de dichter Pablo Neruda nodig ik u uit: "Sta op met mij... tegen de organisatie van de miserie"'

Voor de impact van de werkomgeving op de gezondheid van mensen wordt meer en meer gedocumenteerd en blijkt een toenemend probleem te zijn.¹¹ Het WHO-jaarrapport uit 2008 *Primary Health Care now more than ever*¹² geeft een tabel met de impact van werkloosheid, van herstructureringen en van tijdelijke of flexibele aanstellingen op gezondheidsuitkomsten, waarvoor evidentie bestaat.

3.5 De patiënt weerbaar maken tegen misleidende gezondheidsinformatie

Mensen worden regelmatig blootgesteld aan vaak commercieel geïnspireerde en misleidende gezondheidsinformatie. Om de patiënt daartegen te beschermen of daarover een kritisch bewustzijn bij te brengen, is het nodig dat ook de huisarts zich niet laat misleiden door commercieel geïnspireerde gezond-

heidsinformatie. De activiteiten om patiënten en artsen te beïnvloeden zijn aanzienlijk.¹³⁻¹⁶ In kader 18.2 beschrijven we kort hoe die 'subtiele' beïnvloeding plaatsvindt.

Kader 18.2 Commerciële beïnvloeding

'Farmaceutische bedrijven kunnen er belang bij hebben patiënten via ziektebewustmakingscampagnes te beïnvloeden. Er zijn voorbeelden van door bedrijven opgezette, hierop gerichte marketingstrategieën, van financiering en beïnvloeding van patiëntenorganisaties, ook met behulp van hun contacten en hun marketinginfrastructuur. Daarmee kan de markt voor hun nieuwe geneesmiddelen worden uitgebreid en het verbod op publieksreclame voor voorschrijfplichtige geneesmiddelen worden omzeild. Bovendien komen andere benaderingen van het probleem of van de klachten die als ziekten worden voorgesteld, zoals het zelfgezend karakter, het goedaardig natuurlijke beloop of er zelf mee kunnen omgaan, dan niet of nauwelijks aan bod. De industrie maakt dan van dagelijkse kwaaltjes medische problemen, van banale symptomen ernstige tekenen, van persoonlijke problemen medische diagnoses, van risico's echte ziekten, en schroeft soms zelfs de frequentie op waarmee mee deze 'ziekten' voorkomen om haar marktpotentieel uit te breiden.'

3.6 Signaalfunctie

Binnen de gemeenschap heeft de huisarts een belangrijke signaalfunctie: hij kan pijnpunten blootleggen, gezondheidsthema's aan de orde stellen, de aandacht vestigen op ziekmakende factoren zowel op biologisch, psychosociaal als economisch gebied en actief meezoeken naar oplossingen. Hij waakt erover dat ook moeilijk bereikbare groepen de nodige zorg krijgen en niemand buiten de boot valt. Zo nodig signaleert hij schadelijke praktijken of beleid en probeert hij met adequate middelen veranderingen te realiseren in het voordeel van de patiënten.

Empowerment met verandering tot in de distale context

De heer Van Oudenaarde is een dokwerker met een versleten rug. Momenteel kan hij het werk in de haven niet meer aan. Hij is depressief en komt vaak op het spreekuur voor SOLK (somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten). Na een langer gesprek bij de huisarts komt er eindelijk uit wat hem dwarszit. Zijn rug is kapotgemaakt door jarenlang zwaar rugbelastend werk in de haven en zijn aanvraag voor erkenning bij het Belgische Fonds voor Beroepsziekte (FvB) is afgewezen. De huisarts overlegt met een advocaat die zich toelegt op arbeidsrecht. Degeneratieve rugziekte ten gevolge van tillen van lasten zit bij het FvB in het 'Open systeem'. Dat wil zeggen dat de patiënt zelf niet alleen de ziekte en de blootstelling moet bewijzen, maar ook het determinerende oorzakelijk verband tussen de twee, wat voor een multifactorieel probleem als ruglijden niet gemakkelijk is. Na overleg met de patiënt besluiten de huisarts en de advocaat om de heer Van Oudenaarde bij te staan om langs gerechtelijke weg die erkenning als beroepsziekte te bedingen. De heer Van Oudenaarde wil ervoor gaan, niet alleen voor de financiële tegemoetkoming, maar ook voor de erkenning van zijn lijden door jarenlang werk. De huisarts neemt contact op met de arbeidsgeneesheer (in Nederland bedrijfsarts) van de haven. Ook die man is gemotiveerd om van dit proefproces werk te maken. De arbeidsgeneesheer maakt een verslag over de blootstelling van de patiënt waarin hij uitvoerig beschrijft hoe de patiënt gedurende 27 jaar zwaar lichamelijk werk verricht als havenarbeider. Het betrof voornamelijk zakken laden en lossen voor stukloon: hoe meer gewicht aan vracht, hoe hoger het loon van die dag. Hij beschrijft in detail de aard van de belasting, het gewicht dat per shift werd gedragen, de bewegingen, de omstandigheden met als besluit dat het hier duidelijk gaat om professionele activiteiten met uitzonderlijke belasting van de rug tijdens het herhaald en langdurig handmatig heffen en tillen van lasten.

De huisarts verdiept zich in de literatuur die het FvB hanteert om zijn weigering te verantwoorden om ruglijden wegens tillen van lasten in het normale gesloten erkenningsstelsel op te nemen. Hij merkt op dat die literatuur al meer dan tien jaar oud is. De huisarts zoekt op het internet recentere studies die veel hogere oddsratio's aangeven voor het verband tussen ruglijden en blootstelling dan de oudere studies waarop het FvB zich baseert.

Op internet vindt hij ook de literatuur waarop de overheid in Frankrijk, Duitsland en Denemarken zich baseert om in die landen recentelijk toch tot de erkenning als beroepsziekte over te gaan. Gewapend met dat wetenschappelijk materiaal, het verslag over de blootstelling van de arbeidsgeneesheer en een sterk gemotiveerde patiënt gaat de huisarts het debat aan met de geneesheer van het FvB op de zitting met de expert die is aangesteld door de rechtbank. De gerechtsdeskundige stelt de patiënt in het gelijk; de rechter volgt dit advies. Voor het eerst moet ruglijden bij een havenarbeider erkend worden als beroepsziekte. De heer Van Oudenaarde is niet alleen blij met de financiële balsem op zijn ruglijden die hij nu maandelijks van het FvB geniet, maar ook zijn SOLK zijn verdwenen als sneeuw voor de zon. Maar er gebeurt meer. Mede door dit juridisch precedent besliste het FvB om uiteindelijk, naar het voorbeeld van de buurlanden, degeneratief ruglijden ten gevolge van tillen van lasten in België in het normale gesloten lijststelsel op te nemen. De empowerment had hier duidelijk effect tot in de distale context van de patiënt.

3.7 Solidariteit als beste medicijn

Ten slotte heeft de huisarts de maatschappelijke verantwoordelijkheid om met zorg om te springen met gemeenschapsgelden en kostenbewust moet handelen. Hij moet ernaar streven de beschikbare middelen zo efficiënt mogelijk te gebruiken. Daarom kiest hij voor de minst kostbare diagnose- en behandelopties maar waakt erover dat iedereen kwalitatief goede zorg blijft ontvangen en dat mensen naar behoefte ook daadwerkelijk zorg krijgen, vooral de meest kwetsbare groepen. Hij voorkomt onnodige verwijzingen. Solidariteit is van het allergrootste belang om een kwalitatief goede en toegankelijke gezondheidszorg voor ieder mens mogelijk te maken. Dat beargumenteren we in kader 18.3.

Kader 18.3 Waarom solidariteit in de gezondheidszorg?

Zoals in de meeste landen stijgen de zorgkosten ook in België en Nederland. In België betaalt de patiënt 28% van de uitgaven voor gezondheidszorg uit eigen zak. Ongeveer 14% procent van de Belgen stelt medische zorg uit omdat de kosten te hoog zijn, zo blijkt uit de resultaten van de nationale gezondheidsenquête van 2008.¹⁷ Dit percentage stijgt langzaam maar zeker door de jaren heen. In 2004 stelde 10% van de Belgen medische zorg om financiële redenen uit en in 1997 was dit nog 8%. In 2013 verscheen een studie waaruit bleek dat de crisis bij 20% van de Belgen heeft geleid tot het uitstellen van medische zorg om financiële redenen.¹⁸ Hoewel meer zorg niet altijd leidt tot betere gezondheidsuitkomsten, of in een aantal gevallen zelfs schadelijk kan zijn, is het een ongewenste ontwikkeling dat financiële barrières bepalen of patiënten wel of niet medische zorg krijgen. Solidariteit is een belangrijke voorwaarde om de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk te houden omdat er ongelijkheid bestaat tussen mensen op twee belangrijke fronten. Door de vergrijzing kan deze ongelijkheid nog verder toenemen.

- Er bestaat ongelijkheid in gezondheidszorgbehoeften. De uitgaven voor gezondheidszorg zijn geconcentreerd bij een klein deel van de bevolking. In België wordt aan 10% van de bevolking, vooral bejaarde en chronische patiënten, 70% van de uitgaven in de gezondheidszorg besteed. Dit wordt een 'ongelijkmatige' of 'scheve risicoverdeling' genoemd. Met de vergrijzing gaat deze nog fors toenemen.
- Er is sprake van sociale ongelijkheid in gezondheid. Mensen met een lagere sociaaleconomische status hebben het meeste risico op gezondheidsproblemen, overlijden eerder en hebben het meest behoefte aan zorg. Een recente studie toont aan dat in België mannen met een lage opleiding 5,5 jaar minder lang leven en vrouwen zonder diploma 25 jaar minder lang gezond leven dan mensen met een universitair diploma. Dus mensen met de minste middelen hebben de meeste behoefte aan gezondheidszorg.
- Waar we voor moeten waken, is dat er een sociale ongelijkheid in de toegang tot de gezondheidszorg ontstaat. De mensen die de meeste behoefte hebben aan gezondheidszorg omdat hun gezondheid te wensen over laat, moeten ook de zorg krijgen die ze nodig hebben, ongeacht hun financiële middelen.

Als we gezondheidszorg toegankelijk willen houden voor iedereen, dan is juist vanwege deze ongelijkheden solidariteit een noodzakelijke voorwaarde.

4 Vind wederzijdse overeenstemming

4.1 Gezamenlijke agenda

Eerst luistert de arts naar de problemen of klachten van de patiënt en verzamelt hij informatie over de patiënt als persoon en over de context waarin hij leeft en werkt. Vervolgens verstrekt de arts evidencebased informatie en wordt de patiënt aangemoedigd om zijn vragen, voorkeuren, waarden en verwachtingen te uiten. Het is dan de bedoeling dat beiden door dialoog als partners tot een gezamenlijke besluitvorming komen over de analyse van de problemen, het stellen van de doelen en van de prioriteiten. Er worden duidelijke afspraken gemaakt over de rol die de patiënt en de arts daarbij gaan spelen.

Onderzoek toont aan dat zo'n proces om een gezamenlijke agenda te bepalen, een bijdrage kan leveren aan gewenste (gezondheids)uitkomsten. Het effect is het grootst als arts en patiënt beiden geloven dat de gekozen aanpak de beste is, daar spelen context- en/of placebo-effecten zeker een rol bij. De patiënt kan daardoor positieve verwachtingen koesteren over de behandeluitkomst en over het eigen vermogen om de klacht aan te kunnen. Angst of stress kan afnemen, zeker wanneer de arts op een warme en empathische manier communiceert.¹⁹

Een groot deel van de mensen die tegenwoordig bij de huisarts op spreekuur komen, lijdt aan chronische aandoeningen. Zelfmanagement, zelfcontrole en autonomie zijn voor hen belangrijk in de behandeling. Daarom moeten in het bijzonder bij deze patiënten, hun verwachtingen en voorkeuren een groot gewicht krijgen bij het bepalen van de gezamenlijke agenda. Onderzoek bewijst dat dit de therapietrouw bij de patiënt sterk verbetert.²⁰

Het proces van gezamenlijke agendabepaling is ook een gelegenheid om aan gezondheidspromotie en -preventie te doen (zie figuur 18.1). Het maakt dat de patiënt zich hiervoor opener opstelt. Gezondheidspromotie en -preventie stimuleren de patiënt zijn problemen zelf in handen te nemen en zijn dus onderdeel van het empowermentproces.

Deze gezamenlijke agenda vormt tenslotte de basis voor het opmaken van een gemeenschappelijk plan en de uitvoering ervan. Een proces van *plan-do-check-act* (PDCA) kan dan op gang komen. Dit proces versterkt de patiënt om zijn problemen beter aan te kunnen. Het versterkt ook de persoonlijke ontwikkeling van de patiënt. Het kan zowel zijn dichtbij als in zekere mate de globale context of leefomgeving verbeteren. Het versterkt ten slotte ook de huisarts-patiëntrelatie: de basis om bij een volgend contact de zorg voor de patiënt nog te verbeteren.²¹

Casus ter illustratie van het vierstappenplan

Sonja roept me 's avonds laat voor een dringend huisbezoek. Haar baby van negen maanden zit vol eczeem. Door de jeuk kan het kind de slaap niet vatten. Overall heeft het krabletsels. Het eczeem is begonnen na de overschakeling van borst- op flesvoeding. De kinderarts schreef aanvankelijk een lichte cortisonzalf voor en adviseerde hypoallergene voeding. Maar het eczeem beterde onvoldoende. Daarop verwees de kinderarts Sonja door naar een dermatoloog, die zware cortisonzalven voorschreef. Sonja zag dit echter niet zitten en verscheurde de voorschriftjes: 'Ik wilde mijn baby niet vergiftigen'. Ze begon aan een zoektocht naar de juiste flesvoeding en kwam ten slotte uit bij geitenmelk. Maar ook dat loste het probleem niet op.

Ik raad Sonja aan om toch te starten met de cortisonzalf. We maken een afspraak voor de volgende dag om alles nog eens door te nemen. Tijdens de consultatie surfen we op het internet en raadplegen we samen de NHG-standaard 'Constitutioneel eczeem' en de bijbehorende patiëntenbrief, online-on-the-spot of OOS. De standaard pleit voor het gebruik van zware cortisonzalf bij ernstig eczeem. Daarna raadplegen we Clinical Evidence. Sonja kan de resultaten van de trials volgen op het scherm: cortisonzalven, ook op lange termijn, bewijzen hun nut. Bovendien moeten de nevenwerkingen bij langdurig gebruik bij kinderen sterk gerelativeerd worden. Clinical Evidence verdedigt op basis van enkele grote trials ook het belang van huisstofmijtsanering bij atopisch eczeem. Ten slotte vinden we op de website van BMJ een update over eczeem bij kinderen. Dit artikel beklemtoont eveneens het nut van huisstofmijtsanering. Het houdt bovendien een pleidooi voor de zorgvuldige en geduldige voorlichting van de moeder, vooral met betrekking tot de onterechte weerstanden tegen het gebruik van cortisonzalven. Ik bekijk met Sonja de inhoud van het artikel. De bijbehorende foto's van ernstig eczeem bij een baby zijn voor haar heel herkenbaar. Het artikel relativeert overigens het belang van voedsel-allergieën bij eczeem. Sonja is overtuigd. In een eerste fase zal ze vooral intensief met cortisonzalf behandelen.

Alleen zo kan de vicieuze cirkel worden doorbroken. Ze neemt de patiëntenbrief over huisstofmijsanering mee naar huis. We spreken af dat Sonja mij na een week opbelt om te vertellen hoe het is gegaan. Een week later laat Sonja me weten dat het eczeem bij haar baby zo goed als helemaal is opgeklaard.

Ten slotte komt het goed met moeder en met kind. Sonja is versterkt uit deze ervaring voort gekomen. Maar vooral is ook de huisarts-patiënt relatie positief gegroeid.

In deze alledaagse casus komen de vier stappen uit ons stappenplan mooi aan bod.

- 1 *Exploreer de ziekte en ziektebeleving van de patiënt.* Het uitgesproken eczeem bij het kind dat de slaap niet kan vatten van de jeuk. De onterechte weerstanden voor cortisonzalf bij de moeder. Het feit dat Sonja met geen van de twee geraadpleegde specialisten een wederzijdse overeenstemming had bereikt.
- 2 *Begrijp de gehele patiënt.* Sonja is wat overbezorgd voor haar baby. Ze heeft een zeker wantrouwen voor de klassieke geneeskunde. Ze zoekt als het helpt alternatieve uitwegen. Nu deze ook niet helpen is ze radeloos.
- 3 *Deel de informatie.* De huisarts maakt voldoende tijd vrij om Sonja goed te informeren. Hij gebruikt degelijke bronnen on-the-spot en vertaalt de informatie en de uitkomsten van de onderzoeken naar Sonja toe. Ook de visuele illustraties werken overtuigend.
- 4 *Vindt wederzijdse overeenstemming.* De huisarts laat Sonja op basis van deze informatie haar conclusies trekken. Het is noodzakelijk om cortisonzalf tijdelijk te gebruiken om de vicieuze cirkel te doorbreken. Ook een huisstofmijsanering kan zinvol zijn. Er is een duidelijke afspraak voor opvolging.

5 Conclusie

De huisarts kan de patiënt helpen om op te komen voor zichzelf en daarmee de eigen gezondheid en leefomstandigheden positief te beïnvloeden. De huisarts heeft hiervoor een unieke positie dankzij:

- zijn vertrouwensrelatie met de patiënt;
- zijn holistische kijk op de patiënt;
- zijn kennis van de voorgeschiedenis van de patiënt en van de omgeving van de patiënt, van zijn context en van de gemeenschap waarin de patiënt leeft en werkt;
- zijn kennis van of toegang tot gedegen wetenschappelijk onderbouwde en onafhankelijke gezondheidsinformatie.

Bij zijn patiëntgerichte (patient-centred) aanpak kan de huisarts deze aspecten integreren. Exploratie van alle klachtendimensies (SCEGS) bevordert geïnformeerde gezamenlijke besluitvorming (informed shared decision making). Dit geeft de patiënt meer zeggenschap over zijn eigen lijf en leven. De huisarts treedt dan op als coach die de patiënt helpt om meer invloed te krijgen op gebeurtenissen en omstandigheden die belangrijk zijn voor zijn gezondheid en voor zijn biopsychosociaal welzijn.

Er komen steeds meer aanwijzingen uit onderzoek dat empowerment door een patiëntgerichte aanpak een gunstig effect heeft op patiënttevredenheid, symptoomcontrole, welbevinden, emotionele stress, angstreductie en therapietrouw.

Literatuur

- 1 Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-Centered Medicine: transforming the clinical method. Second edition ed. Abingdon, Oxon, UK: Radcliff Medical Press; 2003.
- 2 Freire P. Pedagogiek van de onderdrukten. Baarn: In den Toren/ Anthos-boeken; 1980.
- 3 Bensing J, Verhaak P. Somatisation: a joint responsibility of doctor and patient. *Lancet* 2006;367:452-4.
- 4 Blancke S. Mindfulness en cognitieve gedragstherapie. Verrijken ze mijn huisartseninstrumentarium? *Huisarts Nu* 2010;39:137-41.
- 5 Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Future Studies; 1991.
- 6 Sackett DL, Sharon ES, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone; 2000.
- 7 Bensing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Educ Couns* 2000;39:17-25.
- 8 Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51:1087-110.
- 9 Van Duppen D, Aertgeerts B, Hannes K, Neirinckx J, Seuntjens L, Goossens F, et al. Online on-the-spot searching increases use of evidence during consultations in family practice. *Patient Educ Couns* 2007;68:61-5. Dubbelpublicatie als: Van Duppen D, Aertgeerts B, Hannes K, Neirinckx J, Seuntjens L, Goossens F, et al. Online on-the-spot zoeken verhoogt het gebruik van EBM gedurende de consultaties bij de huisarts. Resultaten van een observationeel onderzoek. *Huisarts Nu* 2009;38:17-21.
- 10 Marmot M. Health in an unequal World. *Lancet* 2006;368:2081-94.
- 11 Benach J, Muntaner C, Santana V (eds.). Employment conditions and health inequalities. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET); 2007.
- 12 WHO. The world health report 2008 - Primary health care now more than ever. WHO: Genève. Beschikbaar via: <http://www.who.int/whr/2008/en/>.
- 13 Bouma Joop. Slikken. Hoe ziek is onze farmaceutische industrie. Amsterdam: Veen; 2006.
- 14 Angell. M. The Truth about the Drug Companies: How They Deceive Us and What To Do about It. Marcia Angell. Random House; 2004.
- 15 Van Duppen D. De Cholesteroloorlog. Waarom geneesmiddelen zo duur zijn. EPO; 2004.
- 16 Petersen M. Our daily meds. How the Pharmaceutical Companies Transformed Themselves Into Slick Marketing Machines and Hooked the Nation on Prescription Drugs. Sarah Crichton Books/Farrar Straus & Giroux; 2008
- 17 Gezondheidsenquête België 2008. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie. <https://his.wiv-isp.be/NL/SitePages/Introductiepagina.aspx>.
- 18 Test Aankoop december 2013. www.test-aankoop.be/.
- 19 Zolnieriek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care* 2009;47:826-34.
- 20 Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network report; 2006.
- 21 Bombeke K. Patient-centeredness in medical students: determinants and impact of communication skills training and clinical clerkships [proefschrift]. Antwerpen: Universiteit Antwerpen; 2012.