

# De relatie tussen apotheker en cliënt in een veranderende omgeving\*

• J.M. Bensing

## De apotheek vroeger

De apotheek uit mijn kinderjaren was een hoog en statig gebouw. Een hardstenen trap leidde naar een monumentale deur die klemde, zodat je altijd licht struikelend binnenkwam, wat niet bepaald bijdroeg tot je gevoel voor waardigheid. Dat werd nog versterkt doordat deze stuntelige entree vergezeld ging van het sonore geluid van een klein formaat kerkklok dat de apotheker van achter uit de zaak naar voren riep. In de apotheek van mijn kinderjaren waren er nooit andere klanten in de zaak.

Tussen het sobere winkelgedeelte en de onbekende wereld daarachter was een matglazen deur waarin op regelmatige afstand doorzichtige tekens waren uitgespaard. Dat moeten letters zijn geweest; ik kon toen nog niet lezen. Ik herinner me de geluiden uit die ruimte daarachter: een regelmatig dof gebonk dat ik pas veel later herkende, toen ik me de technieken van de Indonesische keuken eigen maakte. Maar vooral herinner ik me de geuren, die heerlijke geuren die ik zachtjes opsnoof. Nog steeds is voor mij het woord 'apotheek' vooral geassocieerd met die specifieke geuren, net zoals ik niet aan een garage kan denken zonder daarbij de geur van benzine en afgewerkte olie in mijn neus te ervaren. Die combinatie van het imponerende gebouw, die geheimzinnige onzichtbare wereld waar het echte werk gebeurde, de geluiden en vooral die geuren, maakte dat de apotheker van mijn kinderjaren een tovenaer was, een magiër die geneeskrachtige kruiden bereidde, en die je daarin vooral niet te lang mocht storen.

Ik herinner me ook het rieten mandje op de toonbank waarin zakjes drop lagen van doorzichtig plastic. Geen verzonnen namen als kokindjes, heksebezems of hondescheten, geen felle kleuren om de aandacht te vangen. Gewoon doorzichtige plastic zakjes met naamloze drop (waarschijnlijk uit grootverpakkingen overgepakt). Mijn moeder was tegen snoepen, maar bij de apotheek kocht ze altijd zo'n zakje drop, want als een apotheker drop verkocht dan moest dat wel goed voor de gezondheid zijn. Ik hield van de apotheek uit mijn kinderjaren.

## De apotheek nu

Die apotheek uit mijn kinderjaren bestaat niet meer. De imponerende ontoegankelijkheid, het romantische beeld van de magiër die geneeskrachtige kruiden bereidde, de illusie dat alles wat er verkocht wordt ook automatisch goed en gezond is. Dat alles is verleden tijd. De moderne apotheek heeft andere functies en een ander uiterlijk gekregen. En daarmee is de relatie tussen apotheker en cliënt ook fundamenteel veranderd.

De apotheker is van bereider tot verspreider geworden. Hij is een deskundige met een goed

*Bensing JM. De relatie tussen apotheker en cliënt in een veranderende omgeving. Pharm Weekbl 1993;128(46):1380-7.*

Prof. dr. J.M. Bensing is werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnszorg, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

### Trefwoorden

Apothekers  
Communicatie  
Concurrentiegedrag  
Kwaliteit van de gezondheidszorg  
Patiëntenvoorlichting  
Voorspellen

### Samenvatting

De apotheker heeft drie strategische goederen: deskundigheid, klantgebondenheid en een bijna-monopoliepositie (voor UR-geneesmiddelen). Dit zijn tevens zijn concurrentiemiddelen, maar de bijna-monopoliepositie dreigt verloren te gaan en ook anderen dan apothekers tonen deskundigheid. De relatie tussen cliënt en apotheker kan echter niet zo maar worden vervangen. Zorg-op-maat is dan ook de sterke kant van de dienstverlening door de apotheker. Daarom is het van wezenlijk belang dat apothekers investeren in apotheker-patiëntrelaties, met de nadruk op de affectieve bejegening.

Aanvaard oktober 1993.

*The relation between pharmacist and patient in a changing environment*

### Keywords

Communication  
Competitive behavior  
Forecasting  
Patient education  
Pharmacists  
Quality of health care

### Abstract

The pharmacist has three strategic goods: expertise, the bond between himself and the customer and an almost-monopoly position (for prescription-only drugs). These traits are at the same time his means of competition although his almost-monopoly position looks like being lost, and others than pharmacists show expertise as well. However, the relationship between client and pharmacist can not easily be replaced. Tailor-made care is therefore the strong side of the pharmacist's service. It is of the utmost importance that pharmacists invest in pharmacist-patient relations, with the emphasis on affectionate treatment.

\*Dit artikel is gebaseerd op een voordracht gehouden tijdens het KNMP-Congres te Utrecht, 5 oktober 1993.

toegankelijke en goed uitgeruste winkel. Dat de apotheker die transformatie heeft weten te volbrengen zonder een noemenswaardig verlies aan status en inkomen, is een opmerkelijk gegeven (de Nederlandse apothekers zijn daar ook beter in geslaagd dan hun collega's in de meeste andere westerse landen) [1]. Het kan voornamelijk worden toegeschreven aan drie sterke punten van de huidige apotheker, zijn drie strategische goederen:

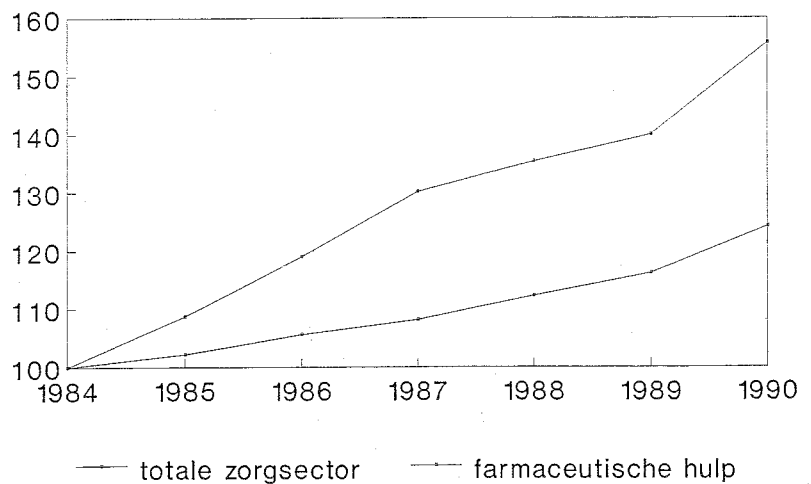
- zijn deskundigheid: de Nederlandse apotheker is in vergelijking met de meeste van zijn buitenlandse collega's erg goed opgeleid; eenmaal gevestigd is voor hem de vergevorderde graad van automatisering een belangrijke ondersteuning;
- het feit dat hij met het grootste gedeelte van zijn cliëntèle een vaste relatie heeft;
- het bijna-monopolie van de huidige apotheker, waardoor hij – althans voor de UR-geneesmiddelen – nauwelijks hoeft te concurreren.

De eerste twee strategische goederen van de huidige apotheker maken hem bij uitstek geschikt voor de uitoefening van een aantal taken. Zijn deskundigheid maakt hem tot de 'professional' op het gebied van de ontwikkeling van het protocollair voorschrijven en leidt ertoe dat hij op vele lokaties tot de spil en de trekker van het farmacotherapie-overleg (FTO) is geworden. Hij is op dit moment ook de enige persoon in de gezondheidszorg die tot een adequate medicatiebewaking in staat is; hij is dat op grond van zijn geautomatiseerde informatiesysteem waarin per patiënt alle relevante informatie van alle behandelende artsen is opgenomen (zowel van huisartsen als van specialisten). Met het toenemende aantal ouderen en chronisch zieken die vaak een aanzienlijke hoeveelheid co-morbiditeit kennen en vaak verschillende artsen raadplegen, is de vaste relatie tussen cliënt en apotheek een belangrijk strategisch voordeel voor de huidige apotheker op het terrein van de medicatiebewaking. Dat dit niet noodzakelijk zo blijft, komt later aan de orde.

De grote deskundigheid, gekoppeld aan de sterke patiëntgebondenheid, geeft de apotheker ook een strategische positie ten aanzien van de patiëntenvoorlichting. Op deze manier kan er immers zorg-opmaat worden geleverd: patiëntenvoorlichting die gebaseerd is op kennis van de patiënt, kennis van zijn geneesmiddelengebruik, maar ook op kennis van zijn behoeften, zijn wensen, zijn emoties, zijn gedrag. Althans, als de apotheker de moeite neemt van achter uit de zaak naar de balie te komen, en de moeite neemt zijn cliëntèle te leren kennen en contact te maken. Dit punt komt later terug.

Het laatste kenmerk – het bijna-monopolie – maakt dat de apotheker deze drie belangrijke taken (steun bij het protocollair voorschrijven, medicatiebewaking en patiëntenvoorlichting) kan uitvoeren zonder daarbij gehinderd te worden door een al te krachtige druk tot directe dienstverlening en prijsconcurrentie. Dienstverlening is uiteraard nodig, maar niet ten koste van al het andere. In deze analyse past het vigerende beleid van de KNMP om de apotheker zich vooral te laten ontwikkelen langs de lijn van de 'deskundige professional' [2].

Toch is er geen reden tot zelfgenoegzaamheid; het is nog geen tijd om prettig achterover te leunen. De geneesmiddelenbranche staat onder druk. Hoe komt dat? In de eerste plaats door de kostenontwikkeling.



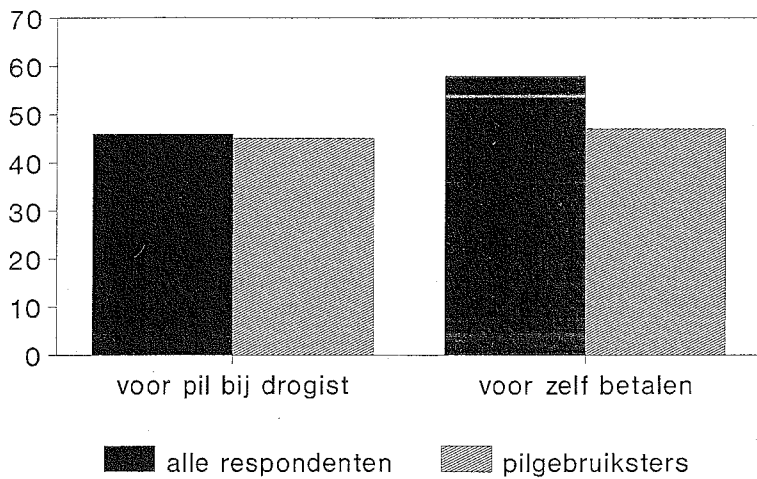
▲ **Figuur 1**

Kostenstijging in farmaceutische hulp en totale zorgsector tussen 1984 en 1990. Bron: Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg

Die is in de gezondheidszorg over de gehele linie een reden tot bezorgdheid van politici en financiers; de kostenontwikkeling van de geneesmiddelensector is dat bovenmate. In figuur 1 (ontleend aan het scenariorapport "De toekomst van het geneesmiddel in de gezondheidszorg" [3]) wordt de relatieve kostenstijging getoond van de farmaceutische hulp en de totale zorgsector tussen 1984 en 1990, waarbij het kostenniveau van 1984 op 100 is gesteld: de kosten van de farmaceutische hulp zijn in deze zes jaar met ruim 55% gestegen terwijl de kosten van de totale zorgsector met slechts 24% stegen. Geen wonder dat op dit moment de ogen van politici en financiers vooral op de geneesmiddelensector zijn gericht als belangrijke branche waarbinnen besparingen gevonden zullen moeten worden.

Na het vernietigende rapport van de Algemene Rekenkamer over de effecten van eerder bezuinigingsbeleid in deze sector, lijkt het erop dat nu vooral de omvang van het te vergoeden geneesmiddelenpakket onder vuur komt te liggen [4]. De homeopathische middelen zijn al uit het Ziekenfondspakket verdwenen; de proefballon van PvdA-Tweede-Kamerlid Tineke Netelenbos om 'de pil' voortaan via de drogist te verstrekken, heeft opmerkelijk milde reacties gekregen van artsen en consumenten. Uit een meningspeiling die onlangs door het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) en de Consumentenbond werd uitgevoerd bij de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg, bleken ongeveer evenveel mensen voor als tegen deze maatregel te zijn (beide rond de 45%), waarbij er nauwelijks verschil was tussen de personen die wel en die niet 'de pil' gebruikten (zie fig. 2) [5]. Opmerkelijk in dit onderzoek was voorts dat maar liefst 62% van de ondervraagden van mening was dat men 'de pil' best zelf zou kunnen betalen; zelfs onder de groep pilgebruiksters meende 46% dat men 'de pil' wel zelf kon betalen! De discussie zal zich de komende tijd ongetwijfeld uitbreiden naar andere geneesmiddelen.

In het proefschrift van de hoofdredacteur van Huisarts & Wetenschap, werd als laatste stelling



▲ **Figuur 2**

*Mening Consumentenpanel Gezondheidszorg over 'de pil' bij de drogist*

geformuleerd: "Lokaal toepasbare medicijnen tegen schimmelinfecties van de vagina dienen ook zonder recept verkrijgbaar te zijn" [6]. En het is bekend: 'zonder recept' betekent in Nederland ook 'voor rekening van de patiënt'. Het is te verwachten dat ook de hoestdrankjes, vitaminepreparaten en pijnstillers de discussie over de noodzaak van een medisch recept niet kunnen ontlopen. Nu domineert de drogist de markt voor de vrij verkrijgbare geneesmiddelen. Er zal serieus moeten worden nagedacht hoe dit dreigende verlies van de bijna-monopoliepositie kan worden opgevangen zonder gelijktijdig verlies van het marktaandeel in deze categorie geneesmiddelen. Het antwoord ligt waarschijnlijk voor een belangrijk deel in de relatie tussen apotheker en cliënt.

### Concurrentie voor apothekers

Ook op andere fronten zijn ontwikkelingen gaande. De apotheker heeft momenteel wel een bijna-monopolie op het terrein van de distributie van UR-geneesmiddelen; hij heeft dat niet met zijn andere strategische goederen. Zijn deskundigheid deelt hij met de farmaceutische industrie en de groothandel. Zijn sterke patiëntgebondenheid deelt hij met de behandelende arts, met name met de huisarts, waarbij de apotheker als strategisch voordeel heeft dat hij als enige weet welke geneesmiddelen een individuele patiënt krijgt voorgeschreven van alle artsen waarmee de patiënt te maken heeft.

Als de apotheker zich sterk maakt, kan hij fungeren als een onmisbare schakel tussen industrie/groothandel en behandelend arts; op dit moment fungeert hij als zodanig. Als de anderen zich echter sterk maken, loopt hij het risico tussen beiden te worden vermorzeld of overbodig te raken. De bepaald niet spanningsvrije relatie tussen huisartsen en apothekers op terreinen die dicht bij de medische zorg liggen, kan leiden tot het eerste. Huisartsen hebben een groot vertrouwen in de kennis en ervaring van de apotheker, maar hij moet zich niet met de medische zorg bemoeien; voor vrij verkrijgbare geneesmiddelen verwijzen artsen daarom eerder naar de drogist dan naar de apotheek; het door de apotheker uitvoeren van diagnostische

tests is voor vrijwel alle artsen uit den boze, en slechts ruim 20% van de artsen vindt dat patiënten voor kleine aandoeningen net zo goed bij de apotheker terecht kunnen [7]. "Nuttig, maar niet bedreigend", zo zien artsen het liefst hun relatie met de apotheker.

De toenemende automatisering is tot op heden de bondgenoot van de apotheker, maar zou in de naaste toekomst wel eens eerder een bedreiging kunnen worden. Het is namelijk niet denkbeeldig dat door de automatisering de apotheker voor een aantal van zijn taken zijn strategische voorsprong verliest. Wanneer er regionale informatienetwerken in de gezondheidszorg komen met een computer op het bureau van iedere arts, marginaliseert de rol van de apotheker bij zowel de medicatiebewaking als het protocollaire voorschrijven. De ontwikkeling van de patiënten-'chip' zet de medicatiebewakende taak van de apotheek eveneens onder druk. Wanneer ten slotte ook de patiëntenvoorlichting verder geautomatiseerd wordt met patiëntgerichte voorlichtingsfolders die rechtstreeks door industrie of groothandel worden aangeleverd (of wellicht CD-i-systemen bij elke openbare bibliotheek) wordt de rol van de apotheek ook wat betreft technische patiëntenvoorlichting, marginaal. Wat resteert omdat het niet kan worden overgenomen door computers of papier, is de zorg-op-maat, de op individuele maat gesneden patiëntenvoorlichting. Ook hier ligt het antwoord op de potentiële bedreigingen dus in de relatie tussen apotheker en cliënt.

Samengevat vormen de sterke punten van de apotheker anno 1993 tegelijkertijd zijn concurrentiepositie:

- voor zijn deskundigheid moet hij concurreren met groothandel en industrie;
- voor zijn zorgfunctie voor een vaste groep patiënten moet hij concurreren met de behandelende artsen;
- voor zijn marktpositie moet hij concurreren met drogist en supermarkt.

Het is uit het voorgaande evident dat voor de apotheker de relatie met zijn cliëntele belangrijker zal worden. Het begrip 'patiëntenvoorlichting' speelt daarbij een essentiële rol. Dat realiseert men zich ook in de apothekerswereld. Er wordt momenteel al belangrijk werk op dit terrein gedaan. Het vorig jaar verschenen boek "Voorlichting in de apotheek" is daar een excellent voorbeeld van [8]. Toch meen ik te moeten constateren dat het begrip 'patiëntenvoorlichting' binnen de apothekerswereld te technisch wordt opgevat. Er is vooral aandacht voor de inhoud van de boodschap, veel minder voor de wijze waarop de boodschap moet worden overgebracht. Er is, met andere woorden, vooral aandacht voor het instrumentele handelen, veel minder voor het affectieve handelen, de bejegening van de cliënt. Waartoe dit kan leiden, wil ik illustreren aan de hand van een waar gebeurd verhaal uit een verwante sector.

### Goede voorlichting, verkeerde aanpak

Vorig jaar was ik een tijdje in Amerika op de Johns Hopkins University om samen met mijn collega, professor Debra Roter, te werken aan een internationaal vergelijkende studie op het gebied van de arts-patiëntcommunicatie. Op een dag vroeg ze

mij of ik bereid was samen met haar naar een paar videobanden te kijken. Het waren video-opnamen van een anticonceptiekliniek ergens in donker Afrika. In het kader van de ontwikkelingssamenwerking hadden de Verenigde Staten enkele miljoenen dollars uitgetrokken voor een programma dat moest leiden tot geboortenbeperking. Lokale verpleegsters werden opgeleid om op deskundige wijze voorlichting en instructie te geven; zij werden bovendien voorzien van alle moderne audiovisuele hulpmiddelen om hun professionele activiteiten te ondersteunen. Er werden video-opnamen gemaakt voor de evaluatie van het programma. Tot verbijstering van de Amerikaanse autoriteiten werd het programma tot in de puntjes uitgevoerd, maar werden er nog evenveel kinderen geboren. Het miljoenen kostende project had geen enkel aanwijsbaar effect. Aan mijn collega werd gevraagd te analyseren waardoor deze mislukking werd veroorzaakt.

Er was maar één videoband nodig om te zien wat er mis ging. Stelt u zich voor: een ruimte met aan alle wanden posters waarop de bouw van het menselijk lichaam, alsmede diverse vormen van anticonceptie werden gedemonstreerd met eenvoudige illustraties; een tafel waarop alle attributen staan die het mogelijk maken de toepassing van diverse voorbehoedmiddelen als het condoom, het pessarium, 'de pil' te demonstreren; een verpleegster in een witte jas. Perfect. Maar ... het is Afrika, dus de ruimte is slechts door schermen gescheiden van de wachtruimte waar vele mensen luid pratend op hun beurt zitten te wachten; er is een open verbinding met de buitenlucht. De eerste vrouw komt binnen, gekleed in prachtig gekleurde lappen. Op haar rug slaapt een kind, aan haar borst zuigt een kind; aan haar hand jengelt een kind; en ze is overduidelijk zwanger van een vierde. Geboortenbeperking lijkt geen luxe; het voorlichtingsproject lijkt een nuttige zaak. Maar, wat gebeurt er? De verpleegster kijkt op en begint haar verhaal te vertellen. Het is in de streektaal, dus niet voor een eenvoudige Nederlander te verstaan. Maar wat er gebeurt, is overduidelijk: zoals bekend verloopt het belangrijkste deel van de communicatie via non-verbale signalen [9]. De verpleegster vertelt, legt uit, wijst aan, demonstreert. De vrouw wiegt haar peuter die wakker is geworden, legt de baby aan de andere borst, bestraft de kleuter die op onderzoekstocht gaat en gaat regelmatig verzitten met haar dikke buik waar ze duidelijk last van heeft. Ze heeft al haar aandacht nodig voor het leiden van haar huishouden. En de verpleegster vertelt, demonstreert, doceert en heeft al haar aandacht bij haar belangrijke taak: het geven van voorlichting over anticonceptie. Beide personen hebben geen aandacht voor elkaar. Er vindt geen enkele dialoog plaats: de verpleegster praat, de vrouw zwijgt. Na ongeveer twintig minuten zie je aan de gebaren van de verpleegster dat de vrouw moet kiezen tussen de door haar aangeboden alternatieven. Een lichte blik van wanhoop in de ogen van de vrouw, waarna resoluut gewezen wordt op de strip met pillen. Snel verlaat ze de ruimte om plaats te maken voor een volgende prachtig geklede vrouw met een stoet van kleine kinderen. Het tweede consult is een kopie van het eerste, en daarna volgt nog een aantal kopieën.

Wat gaat er nu mis in zo'n consult? In de eerste plaats is er geen aandacht voor de positie waarin de vrouw verkeert met al die aandachtvragende kinderen om haar heen; ook wordt er niet geïnformeerd naar haar levensomstandigheden die van invloed kunnen zijn op de keuze van anticonceptie, bijvoorbeeld:

- of het voor de echtgenoot acceptabel is wanneer zijn vrouw met een setje condooms thuiskomt die hij zal moeten gebruiken;
- hoe ver zij woont van de anti-conceptiepolikliniek, waardoor het wellicht moeilijk is periodiek 'de pil' te komen halen;
- wat haar wensen en behoeften, maar ook haar angsten en onzekerheden zijn: vertrouwt ze de werking wel van alle middelen? Is ze bang voor wat er met haar lichaam gebeurt?

Verder is er volstrekt geen aandacht voor de 'privacy' van de vrouw: alles wat gezegd wordt kan iedereen horen; geen wonder dat de vrouw weinig vragen stelt. Zo de vrouw al de rust heeft om vragen te stellen met al die kinderen om haar heen, zo zij al precies begrijpt wat de verpleegster allemaal vertelt en wat daarvan de voor- en eventuele nadelen zijn, zo zij al genoeg zelfvertrouwen heeft om niet bang te zijn domme vragen te stellen, dan nog zal zij niet gemakkelijk over de intimiteiten van haar seksuele leven praten met alle andere dorpsvrouwen op luisterafstand.

## *Apothekers lopen het risico overbodig te worden*

### **Affectieve bejegening**

De voorlichting was technisch perfect en met perfecte technische hulpmiddelen ondersteund, maar desalniettemin een complete mislukking. Miljoenen dollars door de goot gespoeld. Een goede bejegening is noodzaak, geen luxe: ook in de apotheek, ook in Nederland. Aandacht voor wat de cliënt wil, aandacht voor de omstandigheden die nu, maar ook straks thuis van belang kunnen zijn voor de opvolging van de instructies, aandacht voor de emoties, de angsten, de onzekerheid, de weerstanden van de patiënt rond de voorgestelde medicatie; aandacht voor de voorkennis van de patiënt, zijn zogeheten 'protoprofessionalisering', waardoor hij soms meer en soms minder informatie nodig heeft, en wellicht ook op een ander niveau aangesproken wenst te worden. Een goede bejegening begint en eindigt met aandacht voor de cliënt. Dat geldt voor Afrika, dat geldt voor Nederland; dat geldt voor artsen en verpleegsters, en het geldt evengoed voor apothekers.

Communicatie bestaat uit twee elementen: instrumenteel gedrag, gericht op het oplossen van het probleem (door informatie, advies of instructies) en affectief gedrag, gericht op het scheppen van de juiste randvoorwaarden (door aandacht, interesse en begrip) [10]. Die beide typen gedrag corresponderen met de twee essentiële behoeften van iedere patiënt: een cognitieve behoefte ('the

need to know and understand') en een emotionele behoefte ('the need to feel known and understood' [11]). Te zamen zorgen deze beide typen gedrag voor adequate communicatie.

Nog zijn we er niet, want cliënten zijn niet allemaal hetzelfde en bovendien is wat de cliënt wil afhankelijk van de culturele veranderingen in de maatschappij waarin hij leeft. Het is niet voldoende eenmalig vast te stellen wat een goede bejegening inhoudt en daar vervolgens een werkwijze op in te stellen. Men zal zich voortdurend moeten aanpassen aan zijn veranderende omgeving. In het laatste deel van dit verhaal wordt daarom gedemonstreerd hoe verschillende toekomstscenario's kunnen doorwerken op de relatie tussen apotheker en cliënt. De basis van dit verhaal wordt gevormd door het rapport van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg: "De toekomst van het geneesmiddel in de gezondheidszorg" [3]. Er wordt een korte beschrijving gegeven van de scenario's en de denkwereld achter de scenario's, overigens alleen in grote lijnen en voor zover relevant voor het onderwerp van mijn lezing, de relatie apotheker-client.

Bij het ontwerpen van scenario's gaat men ervan uit dat echte voorspellingen in deze complexe wereld niet mogelijk zijn, omdat er zich tegelijkertijd te veel ontwikkelingen voordoen, die bovendien deels tegenstrijdig zijn. Het is daarom van belang een aantal dominante ontwikkelingen of spanningsvelden op te sporen en die door te denken op hun logische consequenties.

Voor 'het geneesmiddel in de toekomst' achten de auteurs van het rapport twee dimensies van belang. De eerste heeft te maken met de sturingsmechanismen in de gezondheidszorg. De Nederlandse gezondheidszorg kent traditioneel een vrij sterke landelijke coördinatie onder regie van de Rijksoverheid. Recent is er een tendens waarneembaar om meer markelementen in de gezondheidszorg te introduceren, maar hoe dat afloopt is nog geheel niet zeker. De opwaartse druk

op de kosten noopt de overheid toch weer landelijk in te grijpen; maatschappelijk gezien is er ook een duidelijke angst waarneembaar voor 'Amerikaanse toestanden'. Daar staat tegenover dat zeker in de verzekeringswereld een onomkeerbare ontwikkeling is ingezet naar commercialisering. Met andere woorden: momenteel is er een ontwikkeling zichtbaar naar zowel een grotere marktwerking, als naar een krachtiger centraal ingrijpen.

De tweede dimensie met ongewisse afloop die van belang is voor de positie van het geneesmiddel in de gezondheidszorg betreft de publieke opinie tegenover technologie: we zien enerzijds een onbeperkt vertrouwen in de technische mogelijkheden van de geneeskunde; aan de andere kant keren mensen zich af van de technologie, kiezen ze voor een gezonde leefwijze en natuurlijke middelen: de hausse in gebruik van alternatieve geneeswijzen is een duidelijke manifestatie van deze laatste attitude. Grafisch weergegeven zien we twee assen: een die de coördinatie weergeeft (van zwak tot sterk), en een die de houding ten opzichte van de technologie weerspiegelt (van negatief tot positief). De scenariocommissie heeft in dit krachtenveld vier mogelijke toekomstscenario's rond het geneesmiddel gepositioneerd (fig. 3):

- het scenario 'soberheid in weelde' dat gekenmerkt wordt door een relatief sterke coördinatie en een licht-positieve houding ten opzichte van technologie;
- het scenario 'het risico van de vermindering' dat gekenmerkt wordt door een zeer sterke coördinatie en een zeer negatieve houding ten opzichte van technologie;
- het scenario 'technologie aan bod' dat gekenmerkt wordt door een relatief zwakke coördinatie en een sterk positieve houding ten opzichte van technologische ontwikkelingen;
- het scenario 'vrije markt aan het werk' dat gekenmerkt wordt door een extreem lage coördinatie en een licht positieve houding ten opzichte van technologische ontwikkelingen.

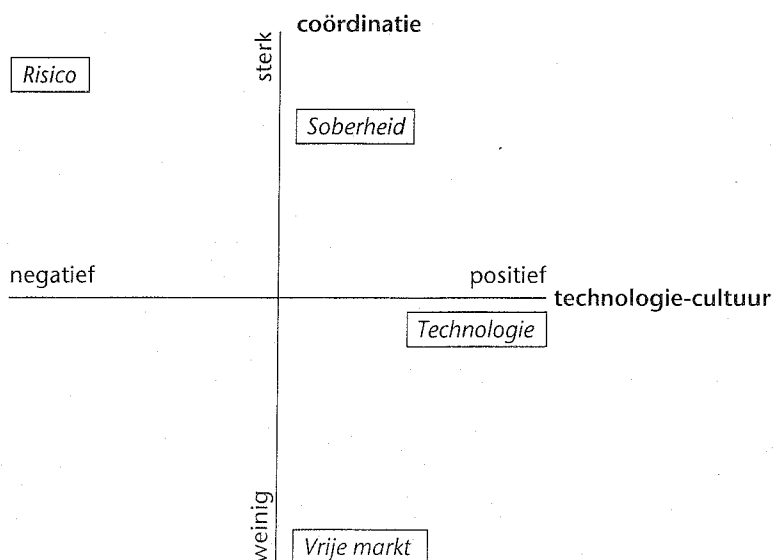
Deze scenario's worden uitgewerkt met name in verband met hun consequenties voor de relatie tussen apotheker en cliënt; geïnteresseerden wordt verder verwezen naar het eigenlijke rapport. De trefwoorden van de typerende kenmerken van elk scenario zijn weergegeven in tabel 1.

Elk van de vier gepostuleerde scenario's kent zijn eigen preoccupaties, en daarmee zijn eigen typen wetenschappelijk onderzoek. In het soberheids-scenario is het adagium 'wat nodig is moet' en vindt dientengevolge vooral kosten-batenonderzoek plaats, en onderzoek naar de kwaliteit van zorg. In het risicoscenario is het adagium 'geneesmiddelen zijn vergif' en vindt dientengevolge vooral onderzoek plaats naar de veiligheid van geneesmiddelen en naar de doeltreffendheid. Ook de 'postmarketing surveillance' wordt sterk ontwikkeld in dit scenario. Het technologiescenario wordt vooral gekenmerkt door innovatief onderzoek onder het adagium: 'alles wat kan moet'. In het vrije-marktscenario ten slotte overheerst het marketing-onderzoek en onderzoek naar patiëntensatisfactie.

De houding van consumentenorganisaties loopt hiermee grotendeels parallel. In het soberheids-scenario ijvert de consumentenorganisatie voor

### ▼ Figuur 3

Scenario's ten opzichte van de dimensies coördinatie en technocultuur. Bron: Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, 1993



solidariteit ten aanzien van essentiële voorzieningen, waarbij vooral de discussie over de omvang van het basispakket en de toegankelijkheid van zorg voor iedereen, speerpunten van beleid zijn. In het risicoscenario fungeert de consumentenorganisatie als waakhond en is – daarbij geassisteerd door de media – vooral alert op mogelijke schandalen. Over de houding van de consumentenorganisaties in de twee laatste scenario's, die gekenmerkt worden door een relatief lage mate van coördinatie, is het scenario-rapport niet erg specifiek. Denkbaar is echter (kijkend naar andere sectoren van onze samenleving) dat consumentenorganisaties in deze scenario's een soort KEMA-keur ontwikkelen of lijsten publiceren van de beste keus ('value for money').

### Verschillend patiëntengedrag

De cliënt van de apotheker gedraagt zich heel verschillend in de vier scenario's.

- In het soberheidsscenario is hij terughoudend in het gebruik van geneesmiddelen; hij geeft de voorkeur aan niet-medische oplossingen voor zijn gezondheidsproblemen (goede voeding, lichaamsbeweging, praten over problemen) en is tot op zekere hoogte bereid lijden en pijn als onvermijdelijk te accepteren. De patiënt in het soberheidsscenario is een redelijke patiënt die met rationele argumenten te overtuigen is van zin en onzin van bepaalde geneesmiddelen.
- In het risicoscenario overheerst frustratie ten aanzien van de moderne geneeskunde en angst voor iatrogene schade. Er bestaat een reëel gevaar voor onderconsumptie en 'non-compliance'; deze patiënten zullen eerder te weinig dan te veel slikken. Emotionele factoren spelen een

belangrijkere rol dan rationele; het kost moeite deze patiënten te overtuigen van zin en onzin van bepaalde geneesmiddelen. Liever neemt men zijn toevlucht tot natuurlijke middelen, fytotherapie en homeopathie.

- In het technologiescenario treffen we precies het tegenovergestelde beeld: patiënten slikken liefst zo veel als mogelijk, ook om preventieve redenen. Men is bereid zijn gehele leven Zocor® te slikken om een constant laag cholesterolgehalte te realiseren; vitamines en mineralen gaan per gram naar binnen. Elk gezondheidsprobleem wordt in beginsel met technische middelen opgelost, waarbij het geneesmiddel gaat gelden als de goedkoopste medische interventie (analoog aan het succes van Tagamet® ter substitutie van maagzweeroperaties).
- De patiënt in het vrije-marktscenario stelt zich typisch op als consument: hij is sterk consumptiegericht en gaat bij de aankoop van zijn geneesmiddelen af op de verhouding prijs-kwaliteit. Evenals overigens in het voorgaande scenario zijn patiënten niet meer gebonden aan één apotheek. In dit scenario wordt de breedte van het assortiment en de serviceverlening daarom een belangrijke kwestie voor de consument. Als het dienstenaanbod niet aan zijn (hoge) eisen voldoet, gaat hij wel naar een ander.

Deze variatie in houdingen van de cliënt heeft uiteraard consequenties voor de rol van de apotheker. Patiëntenvoorlichting blijft in alle scenario's belangrijk. Medicatiebewaking is uitsluitend een taak voor de apotheek in de twee scenario's die gekenmerkt worden door een hoge mate van coördinatie: het soberheidsscenario en het risicoscenario. In het soberheidsscenario is daarnaast

**Tabel 1** Vier toekomstscenario's van 'het geneesmiddel in de toekomst' en consequenties voor de relatie apotheker-client

|                                  | <i>Soberheid</i>   | <i>Risico</i>  | <i>Technologie</i>   | <i>Vrije markt</i>                     |
|----------------------------------|--|--|--|--|
| Kenmerken scenario's             |  |  |  |  |
| • mate van coördinatie           | ++   | ++   | -  | -                                      |
| • houding tegenover technologie  | +  | -  | ++   | +                                      |
| Type onderzoek                   | kosten-baten/<br>kwaliteit van zorg                          | veiligheid<br>doeltreffendheid<br>'post-marketing<br>surveillance'     | innovatie  | 'marketing'<br>satisfactie             |
| Houding consumenten-organisaties | solidariteit ten<br>aanzien van<br>essentiële voorzieningen  | 'watch-dog' alert<br>op schandalen                                     | ('Kema-keur'?)   | ('Kema-keur')<br>'beste keus')         |
| Houding consument                | terughoudendheid<br>keuze voor niet-<br>medische oplossingen | angst voor iatrogene<br>schade<br>keuze voor 'natuurlijke'<br>middelen | 'Wat kan moet'<br>(ook in preventie)<br>keuze voor geneesmiddel<br>als goedkoopste<br>medische interventie | consumptiegericht<br>bewuste consument |
| Rol apotheker                    | protocollair voor-<br>schrijven<br>medicatiebewaking         | 'monitoring<br>compliance'<br>medicatiebewaking<br>angstreductie       | nauwelijks   | prijsbewust dienst-<br>verlener        |



een belangrijke rol weggelegd voor de apotheker bij de ontwikkeling van protocollair voorschrijven. Het protocollair voorschrijven is immers alleen relevant in een cultuur waarin terughoudendheid en rationele kosten-batenafwegingen aan de orde zijn. In het risicoscenario worden weer andere vaardigheden van de apotheker gevraagd. De emotionele lading die het geneesmiddel voor veel patiënten heeft gekregen, vereist alertheid op angst, weerstand, onzekerheid en andere negatieve emoties; het vereist ook een bijzondere aandacht voor de 'non-compliance' van de patiënt; de apotheker heeft met zijn computersysteem technisch gezien uitstekende mogelijkheden om de 'compliance' van patiënten te volgen; hij zal ook de communicatievaardigheden moeten ontwikkelen om die technische mogelijkheden op een humane manier te gebruiken.

## Alleen een apotheker kan zorg-op-maat leveren

In het vrije-marktsценario treedt een forse commercialisering op van de apotheek. Het accent komt te liggen op dienstverlening: het snel afwerken en eventueel thuis afleveren van recepten; een open, niet-paternalistische houding tegenover de cliënte: 'U vraagt, wij draaien' is hier het adagium. Zijn deskundigheid geeft hem een voorsprong op de drogist, die daarom volgens de samenstellers van het scenarioreportage terrein aan de apotheker verliest. Dat is heel anders dan in het technologiescenario, waarin de vergaande automatisering de traditionele functies van de apotheker (protocollair voorschrijven en medicatiebewaking; de technische kant van de patiëntenvoorlichting) overbodig maakt en er cultureel gesproken een overwaardering bestaat voor technologie, en onderwaardering van het humane in de gezondheidszorg, de zorg-op-maat.

De vier geschetste scenario's kunnen ook dienen als moment van bezinning op de positie van de apotheker in de gezondheidszorg. In het technologiescenario staat de relatie van de apotheker met groothandel en industrie onder druk; in het vrije-marktsценario is zijn positie ten opzichte van drogist en kruidenier van belang. In de twee andere scenario's wordt de rol van de apotheker als 'professional' het sterkst benadrukt, hetgeen spanningen, maar ook nieuwe uitdagingen kan geven in de relatie met de voorschrijvende artsen. De keuze tussen 'deskundig professional' en 'deskundig winkelier' (een belangrijk discussie-onderwerp in apothekerskringen) ligt tussen het vrije-marktsценario aan de ene kant, en het soberheids- en risicoscenario aan de andere kant. In het technologiescenario is er volgens de samenstellers van het rapport niet veel te kiezen; daarin wordt de rol van zelfstandig openbaar apotheker marginaal.

Ik weet niet welke van deze toekomstscenario's de apotheker als muziek in de oren klinkt. Scenario's als deze zijn ook niet alleen van belang als toekomstmuziek. Het hoeft geen 2015 te worden

voordat zichtbaar wordt wat elk van de scenario's betekent voor de relatie tussen apotheker en cliënt. In de met grote penseelstreken geschetste patiëntentypen zijn ook concrete mensen anno 1993 herkenbaar, mensen die ook nu al regelmatig in de apotheek verschijnen:

- de patiënt die een redelijk advies wil over de vraag of het voorgeschreven geneesmiddel nu echt wel nodig is;
- de wantrouwende patiënt die één keer een voorgeschreven recept komt innen, maar die nooit meer terugkomt voor de vervolgafleringen;
- de patiënt die wekelijks zijn voorraad zin en onzin komt ophalen, rennend in zijn jogging-pak;
- de kritische consument die klaagt over de wachttijden en moppert over de monopoliepositie van de apotheek.

Het zijn stuk voor stuk herkenbare patiëntentypen. Het aardige van de scenario's is dat ze waarschijnlijk geen van alle in hun volle omvang werkelijkheid zullen worden, maar dat ze tegelijkertijd wel allemaal een beetje waar zijn. De apotheker komt al die patiënten tegen en dat vereist een breed scala aan communicatievaardigheden. Met het voorbeeld van de mislukte anticonceptie-campagne voor ogen, is het duidelijk dat het daarbij niet alleen gaat om inhoudelijk correcte informatie-overdracht en de juiste technische faciliteiten. Het gaat er in de eerste plaats om dat de apotheker alert is op de individuele situatie van de patiënt. Aandacht voor de volgende factoren bij de patiënt is daarbij van belang:

- actuele omstandigheden: heeft de patiënt haast, is hij alleen, komt hij voor zichzelf, voor iemand die hij moet verzorgen of voor een toevallige buurman, heeft hij tijd en ruimte om naar de boodschap te luisteren of is hij gepreoccupeerd met een sombere diagnose die hij net heeft gehoord?
- voorkennis: met name chronisch zieke patiënten beschouwen zich als ervaringsdeskundige, wat er toe leidt dat de apotheker hun deskundigheid zowel gemakkelijk kan overschatten als onderschatten;
- werkelijke wensen en behoeften: is dat een advies over behandelingsalternatieven, informatie over mogelijke bijwerkingen, instructie over juiste toepassing van het geneesmiddel, of gewoon een snelle aflevering?
- consumptiegeneigdheid: zowel te veel als te weinig gebruik van geneesmiddelen kan schadelijk zijn, maar beide houdingen van de patiënt vragen een totaal andere benaderingswijze door de apotheker;
- behoefte aan 'privacy': deze kan relatief hoog zijn bij bepaalde patiënten – bijvoorbeeld ouderen – en bij bepaalde geneesmiddelen, bijvoorbeeld geneesmiddelen in de taboesfeer of voor ernstige aandoeningen;
- latente vragen: er zijn zeer veel redenen waarom patiënten terughoudend zijn met hun vragen; angst om voor dom versleten te worden; overschatting van eigen deskundigheid; gêne waardoor men zijn vragen liever zelf thuis oplost, met behulp van familie, vrienden of een medische encyclopedie;
- emoties: het gebruik van geneesmiddelen is voor veel mensen met positieve en negatieve emoties

omgeven, hetgeen consequenties kan hebben voor het vermogen nieuwe informatie op te nemen en te onthouden, voor de mate waarin men in staat en bereid is instructies op te volgen en vol te houden. Behalve aandacht voor de individuele situatie van de patiënt vraagt een goede bejegening ook heel concrete communicatievaardigheden:

- goed 'time management': tijd waar tijd nodig is, maar ook snelheid waar snelheid wenselijk is;
- een juiste 'timing' en dosering van de informatie die verstrekt moet worden, alsmede het verstrekken van informatie op het niveau van de patiënt;
- een expliciete herkansing bieden om informatie te vragen, bijvoorbeeld nadat de bijsluiter gelezen is of wanneer de vragen pas worden geluxeerd bij het concrete gebruik van de geneesmiddelen: een spreekuur (al dan niet telefonisch) op een afgesproken moment kan daarbij dienstbaar zijn;
- luisteren naar de patiënt, vragen en opmerkingen uitlokken op een rustige, niet opdringerige, maar wel begripvolle manier;
- attent zijn op non-verbaal gedrag en in staat zijn zelf door non-verbaal gedrag te laten merken dat men naar de patiënt luistert, hem begrijpt en serieus neemt.

Deze twee laatste categorieën (empathie genoemd) worden sterk ondergewaardeerd in beroepen met een sterk technische of instrumentele oriëntatie. Een stelling uit mijn eigen proefschrift parafraserend, zou ik daarom willen eindigen: "Aangezien geneesmiddelenkennis in beginsel geautomatiseerd

kan worden en een empathische houding niet, doet een apotheker er uit professionele overwegingen goed aan te investeren in de apotheker-clientrelatie".

De apotheek uit mijn kinderjaren bestaat niet meer, en misschien is dat maar goed ook. Maar met een apotheker die voldoet aan het bovenstaande profiel wil ik de toekomst wel in. □

### Literatuur

- 1 Van der Zee J. De vraag naar diensten van de huisarts. [proefschrift]. Utrecht/Maastricht: Rijksuniversiteit Utrecht/Rijksuniversiteit Limburg, 1982.
- 2 Apotheek Kwaliteitszaak. Beleidsplan van de Nederlandse apotheker. 's-Gravenhage: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, 1991.
- 3 Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. De toekomst van het geneesmiddel in de gezondheidszorg. Een scenario-analyse. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1993.
- 4 Kostenbeheersing geneesmiddelen. Rapport van de Algemene Rekenkamer. Tweede Kamer, 1992-1993, 22920 nr. 2.
- 5 Kerssens J, Luiten A. De pil bij de drogist. Een verslag uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Utrecht/'s-Gravenhage: NIVEL/Consumentenbond (ter perse).
- 6 Meijman FJ. Kleinschalig wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk. Lelystad: Meditekst, 1993.
- 7 Motivation. De openbare apotheek anno 1990. Verslag van een onderzoek onder huisartsen en publiek. 's-Gravenhage: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, 1991.
- 8 Blom L, Houweling I. Voorlichting in de apotheek. Een handleiding voor de praktijk. Utrecht: LC/GVO, 1992.
- 9 Strehner VJ. Improving physician-patient interactions: a review. Patient Educ Counselling, 1983;4:129-36.
- 10 Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behavior in general practice [proefschrift]. Utrecht/Rotterdam: NIVEL, 1991.
- 11 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977;196:129-36.

