

Therapietrouw: van gehoorzaamheid naar zelfregulatie

MW. PROF. DR. J. BENSING,
D. DE RIDDER, E. SLUIJS

*Respectievelijk directeur van het NIVEL
en hoogleraar aan de Universiteit
Utrecht, docent/onderzoeker aan de
Universiteit Utrecht, en onderzoeker
bij het NIVEL*

Samenvatting

In deze bijdrage wordt het begrip 'therapietrouw' besproken tegen de achtergrond van de veranderende inzichten in de rol die arts en patiënt samen spelen bij de uitvoering van een afgesproken therapie. Na een korte schets van het belang van terapietrouw, de ontwikkelingen in het denken over terapietrouw en de paradoxen die daarmee voor huisartsen ontstaan, worden enkele suggesties gedaan hoe huisartsen de terapietrouw van hun patiënten kunnen bevorderen met inachtneming van het uitgangspunt dat patiënten 'competente en autonome' wezens zijn, die er baat bij hebben hun eigen lijf en leven zoveel als mogelijk zelf onder controle te houden.

Inleiding

Evenals bij vele andere onderwerpen in dit themanummer spelen de discussies en dilemma's rond het begrip 'therapietrouw' zich vooral af rond de verantwoordelijkheidverdeling tussen huisarts en patiënt. Juist op dat terrein hebben zich de afgelopen decennia ontwikkelingen voorgedaan die de traditionele 'gezagsbalans' tussen huisarts en patiënt aan de ene kant sterk hebben beïnvloed, maar aan de andere kant nog niet altijd hebben geleid tot nieuwe strategieën of eigen gemaakte gewoon-

ten. Misschien komt het daardoor wel dat terapietrouw in abstracte zin wel herkend wordt als een probleem dat de volle aandacht van de huisarts verdient, maar toch zo opvallend weinig in de spreekkamer aan de orde komt¹. Er lijkt sprake van een 'conspiracy of silence', waaraan overigens zowel de huisarts als de patiënt hun steentje bijdraagt². Wat dat betreft vertoont het begrip 'therapietrouw' alle kenmerken van een taboe-onderwerp: beide gesprekspartners hebben er belang bij het onderwerp omzichtig te benaderen en liefst zelfs te verzwijgen. Stilzwijgend gaan beiden ervan uit dat de voorschriften en instructies van de arts in de praktijk ook door de patiënt (zullen) worden nageleefd. Tegen beter weten in, want ze weten goed (de een uit de literatuur, de ander uit eigen ervaring) dat de werkelijkheid weerbarstig is en niet tot optimisme stemt met betrekking tot de vraag in hoeverre de voorgestelde therapie ook daadwerkelijk *lege artis* zal worden uitgevoerd. De huisarts zou zich dat moeten aantrekken, omdat het niet naleven van de voorschriften het succes van de therapie ontegenzeggelijk beïnvloedt. Maar als de patiënt beschouwd wordt als 'een autonome en competente persoon'¹, waar houdt dan de verantwoordelijkheid van de huisarts op, en waar begint die van de patiënt? En waar liggen de begrenzingen van beiden?

Therapietrouw: een probleem?

Wanneer patiënten zich niet aan de voorschriften of instructies van hun huisarts houden, kan dat problemen geven. Niet-gebruikte medicijnen en technologische hulpmiddelen zijn een evidente vorm van verspilling en veroorzaken (zeker bij geneesmiddelen) een veiligheidsrisico bij

opslag en afval. Het is ook duidelijk dat een weloverwogen ingezette behandeling aan effectiviteit verliest wanneer de bijbehorende noodzakelijke voorschriften en instructies niet, onvoldoende of onjuist worden nageleefd. Dat kan zelfs tot gezondheidsschade lijden, waarbij soms zelfs het middel erger wordt dan de kwaal. Mondiaal bestaat grote bezorgdheid over toename van resistente bacteriën door onjuist antibioticumgebruik³. Daar staat uiteraard tegenover dat lang niet alle voorschriften en instructies van de arts bewezen werkzaam zijn, zoals ook elders in dit nummer te lezen is, zodat de feitelijke schade in de praktijk ook nogal eens mee zal vallen. Wat dan wel blijft staan, is dat de arts geen goede feedback krijgt op de werking van het ingezette therapeutisch regime. Er ontstaat een niet te onderschatten probleem wanneer de arts de aanvankelijk gekozen therapie aanpast en blijft aanpassen bij uitblijvend behandelresultaat, wanneer het feitelijke probleem het gebrek aan therapietrouw is en niet de keuze van de juiste behandelvorm. Dat betekent dat een huisarts altijd alert moet zijn op de therapietrouw van de patiënt om een goede inschatting te kunnen maken van de effectiviteit van het voorgestelde therapeutisch regime. En daar kan hij beter niet te optimistisch over zijn.

Uit overzichtspublicaties blijkt dat tussen de 30 en 60% van de voorschriften en instructies van artsen niet of niet volledig worden nageleefd, met uitschieters naar onder en naar boven^{2,4,5}. Naar schatting heeft bijvoorbeeld ongeveer slechts de helft van de patiënten die geneesmiddelen gebruikt, hier voldoende baat bij door juist gebruik. Drop-outs (patiënten die voortijdig stoppen met de ingezette behandeling) zijn niet alleen in de GGZ een probleem. Ook in de huisartspraktijk komt het regelmatig voor dat patiënten – ondanks vervolgfafspraken – niet meer op het spreekuur verschijnen en dat is lang niet altijd te danken aan een gunstig positief beloop van de klachten. Therapie-ontrouw is groter, naarmate:

- de behandeling langer duurt; bijvoorbeeld bij chronische ziekten;
- de effecten van de behandeling niet direct waarneembaar zijn, zoals bij

asymptomatische condities als hypertensie;

- er door de behandeling ook allerlei vervelende effecten optreden; denk hierbij aan bijwerkingen van geneesmiddelen;
- veel tijd en inspanning van de patiënt wordt gevraagd, zoals het geval is bij oefentherapie, maar ook bij ingewikkelde technologie;
- er veranderingen gevraagd worden van ingeslepen, vaak impliciete gewoonten, met name leef- en voedingsgewoonten;
- de behandeling zichtbaar is voor de buitenwereld en daardoor tot sociale stigma's leidt, zoals bij diëten of gehoorapparaten;
- de behandeling zelf emoties oproept, waaraan de patiënt liever niet herinnerd wil worden, bijvoorbeeld bij onderhoudsmedicatie of screeningsactiviteiten.

Factoren in de arts-patiëntcommunicatie kunnen zowel een positieve als een negatieve rol spelen bij het bevorderen van therapietrouw⁶⁻⁹. Veel voorschriften en instructies die in de spreekkamer heel logisch klinken, worden door de patiënt eenvoudigweg niet gehoord, begrepen, onthouden of geaccepteerd, waarbij zowel cognitieve als emotionele factoren een rol spelen bij het blokkeren van de informatieoverdracht. Dat geldt zelfs voor hoogopgeleide en mondige mensen, die aan heel wat stress gewend zijn en buiten de spreekkamer precies weten wat ze wel en niet willen ('Als ik bij de dokter ben, komen er altijd een soort doppen op mijn oren, waardoor ik niet meer hoor, laat staan begrijp wat ze me vertellen', Mies Bouwman in Opzij, 1992). Hierdoor hebben artsen (maar dat geldt evengoed voor andere hulpverleners) vaak in het geheel niet in de gaten dat de patiënt hun boodschap niet begrepen heeft.

En ten slotte zijn ook expliciete keuzen van de patiënt zelf een niet te onderschatten factor in het al dan niet tot stand komen van therapietrouw. Meichenbaum e.a. wijzen erop dat misschien wel driekwart van de patiënten die therapieontrouw zijn, dit welbewust doet ('intentionele' of 'intelligente' therapieontrouw), en wel omdat het voorgeschreven therapeutische regime

niet strookt met de eigen opvattingen over de oorzaak en gevolgen van hun ziekte¹⁰. Vooral dit laatste punt is van belang, omdat het rechtstreeks ingrijpt op de 'gezagsbalans' tussen huisarts en patiënt: als het niet meer vanzelfsprekend is, dat de arts bepaalt wat er moet gebeuren, hoe zit het dan met de verantwoordelijkheidsverdeling tussen huisarts en patiënt?

Therapietrouw: een oud begrip met nieuwe inhoud

Het begrip 'therapietrouw' is afgeleid van het Engelse 'compliance', wat letterlijk 'meegaandheid, inschikkelijkheid' betekent. Het dateert uit een tijd dat het vanzelfsprekend was dat de arts op zijn eentje bepaalde wat voor therapie moest worden ingesteld en dat de patiënt verondersteld werd zich netjes aan de bijbehorende voorschriften en instructies te houden. Met andere woorden: de patiënt hoorde gehoorzaam te zijn aan de arts. Deze opvatting paste indertijd perfect binnen de klassieke medisch-sociologische theorie rond het begrip patiëntenrol¹¹, waarin zieke mensen gevrijwaard werden van allerlei maatschappelijke plichten als werk en schoolbezoek, maar in ruil daarvoor alles in het werk moesten stellen om zo snel als mogelijk weer beter te worden. Het stipt naleven van de voorschriften van de arts was daarin een belangrijk ingrediënt. Er is inmiddels veel veranderd. In de eerste plaats is de relatie tussen arts en patiënt – zoals de meeste traditionele gezagsrelaties in onze samenleving – veel gelijkwaardiger geworden: de eenzijdige gezagsrelatie die gekenmerkt wordt door gehoorzaamheid van de patiënt aan de arts, heeft plaatsgemaakt voor een onderhandelingsrelatie tussen twee partijen die elkaar (als het goed is) respecteren. Patiënten zijn mondiger geworden. Ze willen zelf bepalen wat voor medische behandeling ze wel en niet willen ondergaan. Door de algemene beschikbaarheid van medische informatie (publieke media, internet) en de algemene stijging in opleidingsniveau zijn ze ook een gelijkwaardiger gesprekspartner geworden, overigens met de niet altijd voorspelbare begrenzingen die al zijn aangegeven.

In de tweede plaats is ook het type aanpakken waarvoor mensen een beroep doen op de huisarts, in slechts enkele decennia ingrijpend veranderd. Het klassieke patiëntenrolbegrip was nog geënt op een ziektepatroon dat gedomineerd werd door acute ziekten (veelal infectieziekten), waarbij 'genezing' het hoofddoel van de behandeling vormde, en – naast het natuurlijke beloop – vooral de kennis en de kunde van de arts bepaalden of iemand al dan niet beter werd. Tegenwoordig zien huisartsen veel meer chronische patiënten voor wie genezing geen reële optie meer is en bij wie het voornaamste doel van de medische behandeling is: het onder controle of hanteerbaar houden van de klachten¹². Aanpassing van lichaams- of werkhouding, een definitieve verandering van leefstijl en voedingsgewoonten, en langdurig gebruik van medicatie zijn vaak de enige opties die de huisarts aan zijn patiënten kan bieden; het zijn evenzovele opdrachten die het leven van patiënten ingrijpend veranderen. Daarbij wordt veel van de patiënt gevraagd. Of een chronische ziekte hanteerbaar wordt en blijft, hangt vaak meer van de patiënt zelf af dan van de behandelende arts. Zelfs de meest traditionele arts zal zich realiseren dat gehoorzaamheid onder deze omstandigheden niet afdwingbaar is¹³. Nieuwe gewoonten zullen moeten worden aangeleerd en geïnternaliseerd. De kennis en de kunde van de arts zijn nodig om te bepalen welke interventies zinvol (kunnen) zijn; de ervaring en de inzet van de patiënt zijn nodig om te bepalen welke van de geboden alternatieven het beste aansluiten bij de eigen leefwereld en daardoor de meeste kans hebben met succes geïmplementeerd te worden. Patiënten kunnen hun (chronische) ziekte het beste hanteren wanneer zij het gevoel hebben zelf controle te kunnen uitoefenen^{14,15}. Het gevoel sterk afhankelijk te zijn van artsen en andere hulpverleners werkt contra-productief. Ook hierdoor is de verantwoordelijkheidsverdeling tussen arts en patiënt blijvend veranderd: voor een succesvolle medische behandeling zijn arts en patiënt in de meeste gevallen tot elkaar veroordeeld: 'It takes Two to Tango'.

Het bevorderen van therapietrouw? De paradox voor de huisarts

Misschien is het wel niet toevallig dat de in de literatuur geschetste problemen rond therapietrouw zich met name voordoen in die situaties waarin veel van de patiënt zelf wordt gevraagd. Want in feite zijn in het voorafgaande de contouren geschetst van een moeilijk oplosbare paradox voor de huisarts: bij patiënten die het meest zorgafhankelijk zijn, is het tegelijkertijd het meest essentieel, dat zij zich onafhankelijk ten opzichte van de arts kunnen (blijven) opstellen om zo het gevoel te vergroten dat zij hun ziekte zelf onder controle hebben. Maar bij patiënten die het langst en meest van zorg afhankelijk zijn, is tegelijkertijd de kans het grootst dat zij zich niet of onvoldoende zullen houden aan de voorschriften en instructies die de arts op basis van zijn therapieplan noodzakelijk acht. En om de zaak nog complexer te maken: juist bij patiënten die al lang lijden aan een chronische ziekte kan de 'ervaringsdeskundigheid' van de patiënt leiden tot welbewust afwijken van het door de arts voorgeschreven therapeutisch regime. Daar waar de huisarts soms zou willen uitschreeuwen: 'doe dat nou anders', heeft de patiënt het meest de neiging om te denken: 'dat bepaal ik zelf wel'. En in de moderne verhoudingen en voor het gevoel van autonomie en competentie van de patiënt is dat nog goed ook. Geen wonder dat in het medische consult 'compliance' toch vooral een 'conspiracy of silence' is.

Tips voor therapietrouw: hoe hanteer je de paradox?

Huisartsen gaan op dit moment heel verschillend om met de hierboven geschetste paradox. Dat bleek ook in de (soms felle) discussies die gevoerd werden in de NHG-werkgroep die het Raamwerk *Huisarts en patiënt. Uitgangspunten en richtlijnen* heeft samengesteld¹. De discussies en dilemma's spitsen zich met name toe op de verantwoordelijkheidsverdeling tussen huisarts en patiënt. Aan de ene kant kan men het standpunt huldigen dat het voldoende is wanneer de huisarts aan de

patiënt duidelijk maakt wat de meest effectieve behandelstrategie is (medicatie, maar ook leefstijl- en voedingsgewoonten), waarna het vervolgens aan de patiënt is om te beslissen of hij daar wel of niet gehoor aan wil geven en ook of hij eventuele problemen hiermee op het spreekuur aan de orde wil stellen. In dit standpunt is er een heel duidelijk, maar ook wel erg messcherp onderscheid tussen de verantwoordelijkheid van de arts en de patiënt, waarin de patiënt volstrekt autonoom en competent, maar misschien ook wel een beetje eenzaam is in moeilijke tijden. Aan de andere kant kan men het standpunt huldigen dat de huisarts gaande de behandeling alert moet blijven op non-compliance en daar de patiënt ook op moet aanspreken, ook als deze het niet zelf ter sprake brengt of daar in eerste instantie ook niet over wil spreken. Het compliance-vraagstuk blijft daarmee een gezamenlijke verantwoordelijkheid van arts en patiënt met vagere grenzen. Het spook van het paternalisme ligt op de loer, maar wel met meer compassie voor het feit dat therapietrouw in je eentje soms wel een erg zware opgave is, die zonder steun soms nauwelijks te volbrengen is. Het zijn uitersten op een dimensie waar iedere huisarts ergens bewust of onbewust positie kiest. Een goede casus om de eigen positie te testen wordt gevormd door de patiënt die onder behandeling is voor hypertensie, maar geen vervolgrecept voor zijn medicatie komt halen, terwijl de voorgeschreven dosis al lang geconsumeerd zou moeten zijn. Wat doe je in een dergelijke situatie? Huisartsen moeten daar keuzen in maken. En de medische literatuur is daarin niet erg behulpzaam. Een goed voorbeeld is de onlangs herziene standaard 'hypertensie', waarin het woord 'therapietrouw' regelmatig voorkomt, zonder dat ergens wordt stilgestaan bij de vraag welke communicatietechnieken er nodig zijn om de therapietrouw te vergroten, of zelfs maar adequaat in beeld te brengen¹⁶. Terwijl er dankzij het standaardenbeleid van het NHG veel werk wordt gemaakt van het op één lijn brengen van het medisch-technische handelen (op basis van 'evidence-based medicine'), krijgt het formuleren van 'evidence-based'-richtlijnen voor effectieve communicatie,

waarmee de therapietrouw vergroot zou kunnen worden, veel minder aandacht. Ten onrechte, want de traditionele communicatiestijlen in de gezondheidszorg sluiten niet goed aan bij de veranderende verantwoordelijkheidsverdeling tussen huisarts en patiënt. Impliciet wordt het consult nog te veel ingericht in de vorm van een dubbel eenrichtingsverkeer. De dialoog tussen arts en patiënt bestaat dan eigenlijk uit twee gespreksdelen met een tegengestelde informatiestroom: in de diagnostische fase van patiënt naar arts en in de therapeutische fase van arts naar patiënt. Dat is niet voldoende om therapietrouw te bewerkstelligen. Patiëntgerichte communicatie in alle fasen van het consult, die bestaat uit een goede mix van instrumentele en affectieve elementen, kan de patiënt helpen zijn vragen, twijfels en getob met de huisarts bespreekbaar te maken¹⁷. Meer concreet: de allereerste stap is het zoeken van een behandelvorm die optimaal aansluit bij de leefwereld en beleefingswereld van de patiënt en het succes daarvan regelmatig toetsen in vervolggconsulten⁵. Standaardoplossingen voldoen zelden en de kennis en de kunde van de arts zullen gecombineerd moeten raken met de ervaringsdeskundigheid en eigen-wijsheid van de patiënt om tot blijvend goede oplossingen te komen. Dat impliceert een wederzijds zoekproces, dat tijd en aandacht vergt. Het is daarbij belangrijk om impliciete opvattingen van de patiënt over oorzaak en gevolg van de ziekte op te sporen en na te gaan welke (soms onbewuste) gewoonten een belemmering kunnen vormen voor het adequaat toepassen van het voorgestelde therapeutisch regime^{18,19}. Soms zal er bij behandelalternatieven samen met de patiënt een beredeneerde keuze moeten worden gemaakt, die past bij de voorkeuren van de patiënt. Er zijn ook tijd en aandacht nodig om het behandelplan te laten internaliseren, zodat nieuwe gewoonten kunnen worden ingeslepen. Daarnaast blijven uiteraard ook de meer klassieke communicatieprincipes van belang²⁰. Zo moet de patiënt bijvoorbeeld weten wat er van hem of haar wordt verwacht. Dat kan alleen wanneer de boodschap helder, eenduidig en in begrijpelijke bewoordingen wordt ge-

geven. Verder moet ook het belang van de behandeling worden overgebracht, zodat de patiënt gemotiveerd wordt de behandeling vol te houden. Daarvoor zijn overtuigingskracht en gezag nodig. Ten slotte is het essentieel dat de arts begrip toont voor de moeilijkheden die de patiënt ondervindt bij het uitvoeren van de behandeling; dat de arts de patiënt ondersteuning biedt bij zijn of haar pogingen zelf grip te krijgen op de situatie. Een controlerende, straffende houding werkt averechts en zal er alleen maar toe leiden dat het onderwerp onbespreekbaar wordt. Het bevorderen van bestendige therapietrouw heeft alleen kans van slagen als huisarts en patiënt er beiden in slagen de ommezwaai te maken van gehoorzaamheid naar zelfregulatie.

Literatuur

- 1 Rutten GEHM (ed.) Huisarts en patiënt. Richtlijnen en uitgangspunten. Utrecht: NHG, 1996.
- 2 Dimatteo MR, DiNicola DD. Achieving patient compliance. The psychology of the medical practitioner's role. New York: Pergamon Press, 1982.
- 3 WHO. Anti-tuberculosis drug resistance in the world. The WHO/IUATLD global project on anti-tuberculosis drug resistance surveillance. Geneva: WHO, 1997.
- 4 Dunbar JM, Agras W. Compliance with medical instructions. In: Ferguson JM, Taylor CB (eds), Comprehensive handbook of behavioural medicine (vol. 3). New York: Spectrum, 1980.
- 5 Roter DL, Hall JA. Doctors talking to patients. Patients talking to doctors. Westport/London: Auburn House, 1992.
- 6 Pendleton D, Hasler J. Doctor-patient communication. London/New York: Academic Press, 1983.
- 7 Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behavior in general practice [thesis]. Utrecht/Rotterdam: NIVEL, 1991.
- 8 Grol R (ed). Voorlichting door de huisarts. Praktische richtlijnen voor uitleg en instructie tijdens het consult. Utrecht: NHG-publicatie nr. 7, 1992.
- 9 Sluijs EM. Patient education in physical therapy [thesis]. Utrecht/Maastricht: NIVEL, 1991.
- 10 Meichenbaum D, Turk D. Adherence. A practitioner's guide. New York/London: Plenum Press, 1980.
- 11 Parsons T. The sick role and the physician reconsidered. Quarterly, 1975.
- 12 Cassell EJ. The nature of medicine. New York/Oxford: Basic Books Press, 1991.
- 13 Gerber KE, Nehemkis AL. The dilemma of the chronic disease patient. Philadelphia: J.B. Lippincott Publishing Company, 1980.
- 14 Ridder DTD, Schreurs K. De rol van de huisarts in de steun bij chronisch ziekte. Recent onderzoek. Zoetermeer: Commissie Chronisch Ziekte, 1994.
- 15 Bensing JM. De rotonde van de patiënt (oratie). Utrecht: Universiteit Utrecht, 1994.
- 16 Walma EP, Grundmeijer J. De NHG-standaard hypertensie. Huisarts en Wetenschap, 1994;17:14-18.
- 17 Bensing JM, Schreurs K. The role of physicians's affective behaviour in patient encounters. Psychology of Women Quarterly, 1992;16:325-38.
- 18 Inui TS, Yourtee EL. Willingness to follow medical advice: outcomes in hypertension. Hypertension, 1976;8:646-650.
- 19 Leventhal H, Diefenbach C. Health cognition: Using communication to improve treatment adherence and patient interactions. Cognitive Therapy and Research, 1992;16:143-63.
- 20 Hoenen JAHJ, Dessing PJ. Stapsgewijze voorlichting bij hypertensie: effecten van een cursus voor huisartsen. Tijdschrift voor Huisartsen en Gezondheidszorg 1991;15:14-18.

Trefwoorden

arts-patiëntrelatie
therapietrouw
autonomie
zelfregulatie

- ook het belang van de overgebracht, zodat rd wordt de behande- daarvoor zijn overtui- g nodig. Ten slotte is arts begrip toont voor de patiënt ondervindt le behandeling; dat de steuning biedt bij zijn grip te krijgen op de olerende, straffende chts en zal er alleen het onderwerp onbe- t bevorderen van be- w heeft alleen kans s en patiënt er beiden ai te maken van ge- lfregulatie.
- arts en patiënt. Richtlijnen echt: NHG, 1996.
D. Achieving patiënt ology of the medical York: Pergamon Press,
- ug resistance in the world. al project on anti- nce surveillance. Geneva:
- pliance with medical nJM, Taylor CB (eds), ok of behavioural ork: Spectrum,
- talking to patients. s. We t/London:
- or-patiënt /New York: Academic
- communication and the ation study into affective r in general practice m: NIVEL, 1991. or de huisarts. r uitleg en instructie t: NHG-publicatie nr. 7,
- in physical therapy ht: NIVEL, 1991.
- 10 Meichenbaum D, Turk DC. Facilitating treatment adherence. A practitioners guidebook. New York/London: Plenum Press, 1987.
- 11 Parsons T. The sick role and the role of the physician reconsidered. Millbank Memorial Fund Quarterly, 1975.
- 12 Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. New York/Oxford: Oxford University Press, 1991.
- 13 Gerber KE, Nehemkis AM (eds). Compliance: the dilemma of the chronically ill. New York: Springer Publishing Company, 1986.
- 14 Ridder DTD, Schreurs KMG. Coping en sociale steun bij chronisch zieken. Een overzicht van recent onderzoek. Zoetermeer: Nationale Commissie Chronisch Zieken, 1994.
- 15 Bensing JM. De rotonde van lichaam en geest (oratie). Utrecht: Universiteit Utrecht/NIVEL, 1994.
- 16 Walma EP, Grundmeijer HGLM, Thomas S e.a. NHG-standaard hypertensie (eerste herziening). Huisarts en Wetenschap 1997; 40(12):598-616.
- 17 Bensing JM, Schreurs K, Rijk A de. The role of physicians's affective behaviour in medical encounters. Psychology and Health 1996; 11: 825-38.
- 18 Inui TS, Yourtee EL, Williamson JW. Improved outcomes in hypertension after physician tutorials. A controlled trial. Annals of internal medicine 1976; 84:646-51.
- 19 Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect-cognition interactions. Cognitive Therapy and Research 1992; 16: 143-63.
- 20 Hoenen JAHJ, Dessing PJM, Visser Aph. Stapsgewijze voorlichting in het consult. Enkele effecten van een cursus patiëntenvoorlichting voor huisartsen. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1991; 69:322-9.

Trefwoorden

arts-patiëntrelatie
therapietrouw
autonomie
zelfregulatie