

Postprint Version	1.0
Journal website	http://www.pw.nl/wp/2014wp03/a1410
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

Een communicatietypologie voor het bespreken van therapietrouwbarrières

A.J. LINN ^{A*}, J.C.M. VAN WEERT ^A, B.C. SCHOUTEN ^A, E.G. SMIT ^A, A.A. VAN BODEGRAVEN ^B EN L. VAN DIJK ^C

a Amsterdam School of Communication Research (ASCoR), Universiteit van Amsterdam.

b Vrije Universiteit Medisch Centrum (VUmc), Amsterdam.

c Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Utrecht.

* Correspondentie: a.j.linn@uva.nl.

ABSTRACT

A communication typology to address practical and perceptual barriers to medication intake behaviour
OBJECTIVE To develop a communication typology addressing barriers to successful medication intake behaviour.

DESIGN AND METHODS Based on a literature review, the practical and perceptual barriers (PPB) typology was developed.

RESULTS The PPB typology addresses four potential types of barriers that can be either practical (memory and daily routine barriers) or perceptual (concern and necessity barriers). The typology describes tailored communication strategies that are organized according to barriers and that can be used by health care providers.

CONCLUSION The PPB typology provides communication recommendations that are designed to meet patients' needs and assist health care providers in the promotion of successful adherence, and it can be a useful tool for developing effective communication skills training programs.

INLEIDING

Chronische patiënten krijgen te maken met langdurig geneesmiddelengebruik, vaak voor de rest van hun leven.

Het is algemeen bekend dat chronische patiënten moeite hebben met het innemen van hun geneesmiddelen [1, 2].

Onderzoek wijst uit dat een derde tot de helft van de chronisch zieke patiënten therapie-ontrouw is. Dit kan leiden tot overbodige ziekenhuisopnames, onnodige extra onderzoeken, progressie van de ziekte, mislukking van de behandeling en extra kosten [3]. Het bevorderen van therapietrouw is daarom een belangrijk aspect van de behandeling.

Hierbij is het belangrijk te erkennen dat geen twee therapie- ontrouwe patienten gelijk zijn. Er kan bijvoorbeeld onderscheid gemaakt worden tussen onbewuste en bewuste therapie-ontrouw [4, 5]. Een patient die vergeet de geneesmiddelen in te nemen, is een onbewust therapie-ontrouwe patient. Als een patient er zelf voor kiest de geneesmiddelen niet te gebruiken, bijvoorbeeld vanwege zorgen over de bijwerkingen, wordt deze beschouwd als een bewust therapie- ontrouwe patient. Het onbewust of bewust niet innemen van geneesmiddelen is meestal het gevolg van praktische en/ of perceptuele barrières (tabel 1). Uit eerder onderzoek blijkt dat deze barrières belangrijke determinanten zijn voor therapie-ontrouw [5-8].

In de literatuur wordt communicatie beschouwd als een fundamenteel instrument bij het bevorderen van therapietrouw [9]. Een meta-analyse betreffende communicatie en therapietrouw toont aan dat er een 19% hoger risico op therapie- ontrouw bestaat wanneer de zorgverlener niet goed communiceert [9]. Eerder onderzoek naar communicatie en geneesmiddelengebruik heeft zich met name gericht op het in kaart brengen van de onderwerpen die besproken worden tijdens voorlichtingsgesprekken [10]. Deze studies hebben waardevolle informatie opgeleverd over de communicatie tijdens voorlichtingsgesprekken over geneesmiddelen. Er is echter tot op heden niet onderzocht welke specifieke communicatiestrategieën effectief zijn in het bespreekbaar maken van de barrières die patienten ervaren bij het innemen van geneesmiddelen. Het doel van deze studie is het ontwikkelen van een communicatietypologie die communicatiestrategieën beschrijft die nodig zijn om de specifieke therapietrouwbarrières te kunnen aanpakken.

METHODEN

Om therapietrouw te bevorderen, is het van belang zowel de praktische als de perceptuele barrières in ogenschouw te nemen. Voor het ontwikkelen van de in dit artikel beschreven typologie is middels een scoping review gezocht naar de rol die communicatie kan spelen in het verminderen van de verschillende barrières. Een scoping review is met name geschikt voor het in kaart brengen van bestaand onderzoek en van mogelijke lacunes in zulk onderzoek. De methode van een scoping review bevat verschillende fases (tabel 2). In dit artikel ligt de focus op de fases 1 tot en met 5 [11].

RESULTATEN

Uit de scoping review kwamen algemene en specifieke technieken naar voren die kunnen worden ingezet bij de verschillende barrières (tabel 1).

[TABEL 1]

Algemene gespreksvaardigheden

Uit de literatuur is bekend dat, ongeacht de barrières die een patient ervaart, bepaalde algemene gespreksvaardigheden van belang zijn bij het bevorderen van therapietrouw.

Deze gespreksvaardigheden kunnen zowel affectief als instrumenteel zijn. Het tonen van empathie, optimisme, het geruststellen van de patient, het erkennen en het geven van ruimte aan de patient om te praten, zijn allemaal affectieve communicatiestrategieën. Affectieve communicatie verbetert de relatie tussen zorgverlener en patient, creëert een prettige atmosfeer en kweekt vertrouwen [12,

13]. Daarnaast kan aanvullende (instrumentele) informatie helpen om onjuiste ideeën over de werking van de geneesmiddelen weg te nemen en zo het gedrag van de patiënt bij te sturen [14].

Aansluitend hierop is het belangrijk dat zorgverleners adequaat reageren op signalen die erop duiden dat de patiënt het gebruik van de geneesmiddelen als lastig ervaart. De patiënt kan deze signalen zowel direct als indirect afgeven.

Als de patiënt een geschiedenis van therapie-ontrouw heeft, is het aan te bevelen hierin de communicatie bij stil te staan. Het is essentieel om actief te exploreren of de patiënt barrières ervaart. Daarnaast is het noodzakelijk dat tijdens het gesprek therapietrouwbevorderende communicatie wordt gebruikt. Een zorgverlener kan bijvoorbeeld benadrukken dat de patiënt de geneesmiddelen op de voorgeschreven tijdstippen moet innemen. Tijdens een consult aangeven dat het niet erg is als de patiënt het geneesmiddel een keer vergeet, kan daarentegen hinderend werken. Tot slot is het belangrijk dat de zorgverlener patiëntgericht communiceert en geen dominante rol aanneemt [15, 16]. Een dominante rol kan weliswaar soms noodzakelijk zijn om controle over het gesprek te behouden, maar kan de patiënt remmen om actief deel te nemen aan het gesprek en dient daarom alleen aangenomen te worden als het echt noodzakelijk is.

Barrières gerelateerd aan het cognitieve vermogen

Een patiënt die medische informatie niet correct of voldoende begrijpt en/of onthoudt, ervaart barrières die gerelateerd zijn aan het cognitieve vermogen (tabel 1) [5]. In zo'n geval is het belangrijk dat de zorgverlener communicatie gebruikt die de patiënt helpt bij het begrijpen en onthouden van de informatie. Het begrijpen en onthouden van medische informatie (recall) wordt dan ook beschouwd als een belangrijke voorspeller van therapietrouw [8]. Helaas wordt 40-80% van de medische informatie vergeten [17]. Een mogelijke oorzaak is dat informatie over geneesmiddelen vaak complex is en moeilijk te begrijpen [17]. Zo bevat een voorlichtingsgesprek vaak medisch jargon. Het is daarom aan te bevelen medisch jargon zo veel mogelijk te vermijden [18]. Daarnaast kunnen verschillende recall-bevorderende technieken - zoals herhalen, benadrukken, geven van adviezen, controleren van begrip, categoriseren en samenvatten - worden toegepast om de patiënt te ondersteunen bij het onthouden van de informatie.

[TABEL 2]

Een ander belangrijk aspect is het betrekken van de patiënt bij het gesprek [19]. Zorgverleners kunnen de participatie bevorderen door de patiënt actief aan te moedigen om vragen te stellen of door de patiënt te betrekken bij de gezamenlijke besluitvorming. Gezamenlijke besluitvorming gebeurt in een situatie waar meerdere behandelopties voorhanden zijn waaruit een keuze gemaakt kan worden. Hierbij is vaak een afweging nodig van de voor- en nadelen, waarbij de gevolgen voor het dagelijks leven in ogenschouw worden genomen [20]. Daarnaast is het van belang dat de zorgverlener exploreert welke aanvullende informatiebronnen de patiënt heeft gebruikt. Informatie op het internet wordt namelijk niet altijd gecontroleerd op onjuistheden. De kans bestaat daarom dat het zoekgedrag van de patiënt leidt tot onjuiste, misleidende en/of inaccurate informatie [21].

Barrières gerelateerd aan het dagelijks leven

Barrières gerelateerd aan het dagelijks leven refereren aan de patients eigen inschatting van zijn of haar vaardigheden en beperkingen om het gebruik van de medicijnen in het dagelijks leven in te passen (tabel 1) [22]. De communicatiestrategieën om deze barrières weg te nemen moeten voornamelijk gericht zijn op het zoeken naar oplossingen voor de moeilijkheden die patienten zien. Als het bijvoorbeeld de patient niet lukt om het geneesmiddel te integreren in het dagelijks leven, kan de zorgverlener samen met de patient op zoek gaan naar een oplossing. Daartoe kan de zorgverlener door het stellen van de goede vragen onderzoeken of de patient het voorgestelde behandelplan kan integreren in zijn dagelijks leven en welke barrières de patient ervaart. Wanneer deze barrières in kaart zijn gebracht, kan gezamenlijk naar een oplossing gezocht worden [23]. Ook kan de zorgverlener advies geven hoe deze barrières kunnen worden overwonnen. Uit onderzoek blijkt dat het geven van praktisch advies hoe een behandeling kan worden geïntegreerd in het dagelijks leven, een van de belangrijkste behoeften van patienten is [24].

Barrières gerelateerd aan de noodzaak

Barrières gerelateerd aan de noodzaak refereren aan ongelof in het belang van het gebruik van de geneesmiddelen (tabel 1). Communicatiestrategieën moeten zich bij deze barrières richten op het geven van informatie over de noodzaak van de geneesmiddelen en gezamenlijke besluitvorming en/of probleemoplossing [5]. Patienten kunnen verkeerde ideeën hebben over de noodzaak van het medicijn. De patient kan bijvoorbeeld het idee hebben dat adequaat gebruik van de medicijnen niet noodzakelijk is, omdat het medicijn volgens hem niet zal werken. Zorgverleners kunnen het belang van het gebruik van het geneesmiddel benadrukken door de patient adequate informatie te geven. Uit medisch oogpunt heeft de zorgverlener informatie van de patient nodig om de juiste diagnose te stellen en/of de juiste voorlichting te geven. Om zo veel mogelijk informatie over de patient te verzamelen, is het belangrijk dat de zorgverlener zo nodig aanvullende vragen stelt aan de patient [14]. Daarnaast is het belangrijk dat patienten voldoende geïnformeerd zijn en betrokken worden bij de besluitvorming [25]. Ten slotte is het belangrijk dat de zorgverlener de relevante informatie herhaalt en benadrukt [18].

Barrières gerelateerd aan zorgen

Barrières gerelateerd aan zorgen hebben te maken met bezorgdheid over bijvoorbeeld de bijwerkingen van de geneesmiddelen of over het afhankelijk worden van de geneesmiddelen (tabel 1) [5]. De focus bij het aanspreken van deze barrières moet voornamelijk liggen op de affectieve communicatie. Gezien het feit dat deze barrières meer dan andere barrières berusten op emoties, zijn affectieve communicatiestrategieën fundamenteel. Deze communicatiestrategieën zorgen voor een goede atmosfeer tijdens het gesprek, maar zorgen er ook voor dat patienten het gevoel hebben de ruimte te krijgen om hun emoties te uiten en te praten over hun angsten en zorgen [12]. Tevens is het belangrijk dat motiverende gespreksvoering wordt toegepast. Dit draagt ertoe bij dat de patient waardevrij de voor- en nadelen van de geneesmiddelen en de ervaren barrières benoemt [26]. De patient is zich echter niet altijd bewust van de barrières en het is daarom belangrijk dat de zorgverlener luistert en reflecteert op wat de patient vertelt [27].

Adequaat reageren op de emoties van de patient is essentieel [28-30]. Emotionele signalen zijn uitingen van een patient dat iets hem zorgen baart. Deze signalen worden niet altijd expliciet geuit. Het is daarom belangrijk dat zorgverleners niet alleen alert zijn op deze signalen, maar ook zelf actief exploreren of er zorgen leven bij de patient en ondersteunend reageren wanneer een patient emotionele signalen uit. Tabel 3 geeft een overzicht van de mogelijke reacties op emotionele signalen. Het ondersteunend reageren op emotionele signalen is niet alleen belangrijk om zorgen weg te nemen, maar ook om recall van informatie te bevorderen [33]. Stress beïnvloedt recall negatief [17]. Voor een optimale recall is het noodzakelijk, nadat eventuele zorgen gereduceerd zijn, belangrijke informatie te herhalen [18].

BESCHOUWING

Het doel van deze studie was een overzicht te geven van mogelijk effectieve communicatiestrategieën bij het bespreekbaar maken van barrières. Op basis van literatuuronderzoek is een typologie ontwikkeld die zorgverleners handvatten biedt voor het identificeren van en het adequaat reageren op deze barrières. De typologie onderscheidt vier typen barrières: · moeite hebben met het begrijpen en onthouden van het geneesmiddelenregime; · problemen hebben met het integreren van het geneesmiddel in het dagelijks leven; · niet overtuigd zijn van het nut van het geneesmiddel; · zorgen hebben over het geneesmiddel.

Uit onderzoek onder verpleegkundigen blijkt dat de communicatiestrategieën uit de typologie weinig worden toegepast [34]. Een mogelijke verklaring voor het onvoldoende toepassen van de communicatiestrategieën kan zijn dat zorgverleners zich niet bewust zijn van de barrières die de patient ervaart of moeite hebben met het onderscheiden van de verschillende typen barrières. Welke barrières een patient ervaart, is meestal niet zwart/wit [35]; het kunnen er bijvoorbeeld verschillende tegelijk zijn [36]. Het kan daarom voor zorgverleners moeilijk zijn hun communicatie daaraan aan te passen. De resultaten van de genoemde studie onder verpleegkundigen tonen aan dat wanneer deze communicatiestrategieën correct gebruikt worden, dit geassocieerd is met afnemende barrières. Wanneer de verpleegkundige de patient bijvoorbeeld aanmoedigde tot het stellen van vragen, werd dit geassocieerd met minder cognitieve barrières. Met andere woorden: hoe meer patienten werden uitgenodigd om vragen te stellen, des te minder barrières ze ervoeren.

Een training zou zorgverleners kunnen leren hoe zij de communicatiestrategieën volgens de typologie kunnen toepassen [34].

Ook verschillende andere studies laten zien dat verbeteringen in de communicatie tussen zorgverlener en patient nodig zijn [9, 15, 34]. Zorgverleners gebruiken voornamelijk instrumentele communicatie [34] en pakken de emotionele signalen van de patient vaak niet op [34]. In plaats van in te gaan op het signaal of het signaal te erkennen, veranderen zij van onderwerp of negeren zij het signaal (tabel 3). Het is echter belangrijk dat zorgverleners ondersteunend reageren op deze emotionele signalen. Als zij dit niet doen, bestaat namelijk de kans dat de patient met de zorgen blijft zitten. Hierdoor blijven deze zorgen ‘top of mind’ en is er geen ruimte om nieuwe informatie te verwerken. Voor zorgverleners is het belangrijk te erkennen dat geen twee therapie-ontrouwe patienten gelijk zijn. In deze studie is een typologie

ontwikkeld waarin resultaten uit studies van verschillende onderzoeksdisciplines zijn gecombineerd.

[TABEL 3]

De typologie kan zorgverleners handvatten bieden om de verschillende therapietrouwbarrières te bespreken. Dit kan gebeuren door in de communicatie hiermee rekening te houden en de communicatie aan te passen aan de individuele situatie en de barrières van de patient. Communicatiestrategieën die gericht zijn op identificeren en verkennen van deze belemmeringen en op adequaat reageren op deze belemmeringen, kunnen worden aangeleerd tijdens een communicatietraining.

LITERATUUR

- 1 Sabaté E, red. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genève: World Health Organization; 2003. www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/. Geraadpleegd 2013 dec 10.
- 2 DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*. 2004 mrt;42(3):200-9.
- 3 Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care*. 2005 jun;43(6):521-30.
- 4 Wroe AL. Intentional and unintentional nonadherence: a study of decision making. *J Behav Med*. 2002 aug;25(4):355-72.
- 5 Kane SV, Robinson A. Review article: understanding adherence to medication in ulcerative colitis – innovative thinking and evolving concepts. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010 nov;32(9):1051-8.
- 6 Horne R, Parham R, Driscoll R, Robinson A. Patients' attitudes to medicines and adherence to maintenance treatment in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2009 jun;15(6):837-44.
- 7 Horne R, Chapman SC, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V. Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: a meta-analytic review of the necessity-concerns framework. *PLoS One*. 2013 dec 2;8(12):e80633.
- 8 Linn AJ, van Dijk L, Smit EG, Jansen J, van Weert JC. May you never forget what is worth remembering: the relation between recall of medical information and medication adherence in patients with inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2013 dec 1;7(11):e543-50.
- 9 Zolnieriek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009 aug;47(8):826-34.
- 10 Richard C, Lussier MT. MEDICODE: an instrument to describe and evaluate exchanges on medications that occur during medical encounters. *Patient Educ Couns*. 2006 dec;64(1-3):197-206.
- 11 Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*. 2010 sep 20;5:69.
- 12 Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. *Soc Sci Med*. 1991;32(11):1301-10.
- 13 Bensing J, Verhaak PFM. Communication in medical encounters. In: Weinman J, Kaptein AA, red. *Health psychology*. Malden: Blackwell Publishing; 2004. p. 261-87.
- 14 Smets E, Nieuwkerk P, Hoos A. Therapietrouw. In: Kaptein AA, Erdman RAM, Prins JB, van de Wiel HBM, red. *Medische psychologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2006. p. 119-26.
- 15 Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995 apr;40(7):903-18.
- 16 Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. 1989 mrt;27(3 Suppl):S110-27.
- 17 Kessels RP. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med*. 2003 mei;96(5):219-22.

- 18 Silberman J, Tentler A, Ramgopal R, Epstein RM. Recall-promoting physician behaviors in primary care. *J Gen Intern Med*. 2008 sep;23(9):1487-90.
- 19 Brown RF, Butow PN, Dunn SM, Tattersall MH. Promoting patient participation and shortening cancer consultations: a randomised trial. *Br J Cancer*. 2001 nov 2;85(9):1273-9.
- 20 Deber RB. Physicians in health care management: 8. The patient-physician partnership: decision making, problem solving and the desire to participate. *CMAJ*. 1994 aug 15;151(4):423-7.
- 21 Eysenbach G, Diepgen TL. Patients looking for information on the Internet and seeking teleadvice: motivation, expectations, and misconceptions as expressed in e-mails sent to physicians. *Arch Dermatol*. 1999 feb;135(2):151-6.
- 22 Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977 mrt;84(2):191-215.
- 23 Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther*. 2001 okt;26(5):331-42.
- 24 van Weert JC, Jansen J, de Bruijn GJ, Noordman J, van Dulmen S, Bensing JM. QUOTEchemo: a patient-centred instrument to measure quality of communication preceding chemotherapy treatment through the patient's eyes. *Eur J Cancer*. 2009 nov;45(17):2967-76.
- 25 Feldman-Stewart D, Brundage MD, Tishelman C; SCRN Communication Team. A conceptual framework for patient-professional communication: an application to the cancer context. *Psychooncology*. 2005 okt;14(10):801-11.
- 26 Dilorio C, Resnicow K, McDonnell M, Soet J, McCarty F, Yeager K. Using motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications: a pilot study. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2003 mrtapr; 14(2):52-62.
- 27 Medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Manchester: National Institute for Health and Care Excellence; 2009 jan 28. <http://publications.nice.org.uk/medicines-adherence-cg76>. Geraadpleegd 2013 dec 10.
- 28 Zimmermann C, Del Piccolo L, Bensing J, et al. Coding patient emotional cues and concerns in medical consultations: the Verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES). *Patient Educ Couns*. 2011 feb;82(2):141-8.
- 29 Heaven C, Green C. Medical interview aural rating scale. Overview of rating scheme. Cupertino: CRC psychological medicine group; 2001.
- 30 Heaven CM, Maguire P. Training hospice nurses to elicit patient concerns. *J Adv Nurs*. 1996 feb;23(2):280-6.
- 31 van Dulmen S, Jansen J, van Weert JCM. *Communiceren in de zorg*. Groningen: Noordhoff Uitgevers; 2011.
- 32 van Weert JCM, Jansen J, de Best A, et al. In gesprek over chemotherapie deel 2. Een video-observatie onderzoek naar patiëntgerichtheid en recall van informatie tijdens verpleegkundige voorlichting aan ouderen met kanker. Utrecht: NIVEL; 2008.
- 33 Jansen J, van Weert JC, de Groot J, van Dulmen S, Heeren TJ, Bensing JM. Emotional and informational patient cues: the impact of nurses' responses on recall. *Patient Educ Couns*. 2010 mei;79(2):218-24.
- 34 Linn AJ, van Weert JC, Schouten BC, Smit EG, van Bodegraven AA, van Dijk L. Words that make pills easier to swallow: a communication typology to address practical and perceptual barriers to medication intake behavior. *Patient Prefer Adherence*. 2012;6:871-85.
- 35 Gadkari AS, McHorney CA. Unintentional non-adherence to chronic prescription medications: how unintentional is it really? *BMC Health Serv Res*. 2012 jun 14;12:98.
- 36 Clifford S, Barber N, Horne R. Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: application of the Necessity-Concerns Framework. *J Psychosom Res*. 2008 jan;64(1):41-6.

TABELLEN

Tabel 1 Typen barrières

Type barrière	Voorbeeld	Specifieke instrumentele communicatie technieken*	Specifieke affectieve communicatie-techniek†
Gerelateerd aan het cognitieve vermogen	vergeetachtigheid, complexiteit doseerschema, beperkt vermogen om de behandeling te begrijpen	<ul style="list-style-type: none"> • gebruik <i>recall</i>-bevorderende technieken (zoals herhalen, categoriseren, samenvatten, benadrukken, visuele aspecten gebruiken, geschreven informatie geven, begrip controleren, vermijden van <i>recall</i>-hinderende technieken als medisch jargon, zodat begrip en mate van herinnering bevorderd kunnen worden) • bevorder patiëntparticipatie (bijvoorbeeld aanmoedigen tot het stellen van vragen tijdens en na het consult) • exploreer de door de patiënt gebruikte informatiebronnen om ervoor te zorgen dat de patiënt geen inaccurate informatie tot zich neemt 	
Gerelateerd aan het dagelijks leven	niet kunnen integreren van de medicamenteuze behandeling in het dagelijks leven	<ul style="list-style-type: none"> • vraag of de patiënt barrières ervaart met het integreren van het behandelplan in het dagelijks leven • geef advies en informatie hoe het geneesmiddelengebruik in de leefstijl van de patiënt geïntegreerd kan worden • bevorder patiëntparticipatie; gezamenlijke probleemoplossing en besluitvorming 	
Gerelateerd aan de noodzaak	ongeloof in de noodzaak (met de afweziging tussen noodzaak om het geneesmiddel te gebruiken en de nadelige effecten van de behandeling)	<ul style="list-style-type: none"> • geef informatie en advies (bijvoorbeeld over medische conditie, behandelplan en geneesmiddelen, zodat de patiënt de noodzaak van het gebruik van de geneesmiddelen inziet) • bevorder patiëntparticipatie; gezamenlijke probleemoplossing en besluitvorming • gebruik <i>recall</i>-bevorderende technieken (zoals herhalen en benadrukken van de belangrijkste redenen om de geneesmiddelen te gebruiken) 	
Gerelateerd aan zorgen	angsten en/of zorgen ten aanzien van het geneesmiddel, niet afhankelijk willen zijn van het geneesmiddel	<ul style="list-style-type: none"> • motiverende gespreksvoering (bijvoorbeeld luisteren en reflecteren, zodat de patiënt waardevrij de voor- en nadelen van de geneesmiddelen en de ervaren barrières benoemt) • gebruik <i>recall</i>-bevorderende technieken (als zorgen weggenomen zijn, is het belangrijk de informatie te herhalen) 	<ul style="list-style-type: none"> • reageer adequaat actief en reactief op emotionele signalen van de patiënt (bijvoorbeeld exploreren, erkennen, passieve reactie)

* Instrumentele technieken die specifiek gericht zijn op de desbetreffende barrière; daarnaast zijn bij alle barrières ook algemene instrumentele technieken toepasbaar.

† Affectieve technieken die specifiek gericht zijn op de desbetreffende barrière; daarnaast zijn bij alle barrières ook algemene affectieve technieken toepasbaar.

Tabel 2 Fases van de *scoping review* [11]

- 1 Doel en onderzoeksvraag vaststellen
- 2 Balans vinden tussen uitvoerbaarheid en volledigheid van de *review*
- 3 Gebruik van meerdere teamleden voor het selecteren van studies
- 4 Extraheren van gegevens
- 5 Rapporteren van resultaten en maken van implicaties voor onder andere praktijk en wetenschap
- 6 *Stakeholders* betrekken bij de resultaten van de *review*

Tabel 3 Overzicht van reacties van zorgverleners op emotionele signalen (in volgorde van meest adequate reactie naar minst adequate reactie) [29, 31, 32]

Exploreren		<ul style="list-style-type: none"> • doorvragen om meer informatie te krijgen over de betreffende emotie • een onderbouwde inschatting maken
Erkennen		<ul style="list-style-type: none"> • bevestiging van het signaal door middel van empathie, reflectie of geruststelling, zonder het signaal te exploreren • er volgt geen verbale reactie op een signaal, maar een functionele stilte
Passieve reactie	functionele stilte bevestigen	<ul style="list-style-type: none"> • aangeven dat het signaal gehoord wordt (verbaal door middel van woorden als 'ja', 'hmm', 'ok', 'zó', of non-verbaal in de vorm van knikken), maar er verder niet op ingaan
Afstand nemen	feitelijke verklaring distantiëren	<ul style="list-style-type: none"> • de zorgverlener gaat in op de feiten en vraagt door om klinisch relevante informatie te krijgen, maar gaat niet in op de emotie zelf • niet-passende opbeurende opmerkingen, te vroeg geuit optimisme • te vroeg of niet-passend advies geven
	bagatelliseren	<ul style="list-style-type: none"> • zeggen dat het normaal is om je zo te voelen onder de gegeven omstandigheden
	verwijzen	<ul style="list-style-type: none"> • direct verwijzen naar derden, zonder in te gaan op de emotie • verwijzen naar een later moment in het gesprek voor het feitelijke deel van het signaal en niet ingaan op de emotie
	veranderen van focus of onderwerp overig	<ul style="list-style-type: none"> • ingaan op een deel van de inhoud van het signaal, maar niet op het deel dat de emotie betreft • confronteren met de realiteit • veranderen van persoon; dat wil zeggen ingaan op het signaal, maar zich daarbij niet richten op de persoon die het signaal geuit heeft • veranderen van tijd; patiënt geeft bijvoorbeeld aan zich toen zus en zo gevoeld te hebben en zorgverlener reageert met de vraag hoe het nú voelt
	blokkeren	<ul style="list-style-type: none"> • blokkerend gedrag in welke vorm dan ook dat het gesprek verstoort, omdat de inhoud van de reactie op het signaal niet gerelateerd is aan iets wat door de patiënt/naaste is gezegd • er volgt geen reactie op het signaal, met andere woorden het signaal wordt genegeerd