

Postprint Version	1.0
Journal website	http://www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl/archief/id410-in-gesprek-over-medicijngebruik-en-therapietrouw.html
Pubmed link	
DOI	

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

In gesprek over medicijn- gebruik en therapietrouw

SANDRA VAN DULMEN¹ EN LISET VAN DIJK²

NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht:

¹ programmaleider Communicatie in de gezondheidszorg;

² programmaleider Farmaceutische zorg. Correspondentie: S.vandulmen@nivel.nl.

Mogelijke belangenverstremming: Sandra van Dulmen en Liset van Dijk deden onderzoek met subsidie van Platform Patiënt Industrie.

Een patiënt, een man van halverwege de 50, komt de spreekkamer binnen, onderwijl uitroepend: 'Die pillen voor de hoge bloeddruk heb ik al twee weken niet genomen hoor!' Een andere patiënt, een vrouw van rond de 30 met fors overgewicht, hoge bloeddruk en diabetes type 2, vertelt na enig doorvragen dat ze niet elke dag haar bloeddrukverlagende medicijnen inneemt, want: 'Ik drink liever peterselie met warm water, mijn oude oma zegt dat dat beter is voor mijn nieren.' Hoe reageer je op dit soort uitspraken? Moet je erop doorvragen, of ze laten voor wat ze zijn? In dit artikel gaan we in op het belang van communicatie over medicijngebruik en therapietrouw en presenteren we enkele aandachtspunten die praktijkondersteuners en huisartsen kunnen helpen de gesprekken met patiënten goed te laten verlopen.

ERKEND PROBLEEM

Zoals alom bekend is therapieontrouw, dat wil zeggen de mate waarin het gedrag van de patiënt afwijkt van de met een arts overeengekomen (medicamenteuze) behandeling, een probleem van grote omvang.

Doordat ze therapeutische adviezen niet of onvoldoende opvolgen, ondervinden veel patiënten niet het maximale effect van de behandeling, wat nadelige gevolgen heeft voor hun kwaliteit van leven en gezondheidstoestand.¹¹ Ook al onderkent en onderzoekt men dit probleem reeds lange tijd, de resultaten van studies naar het verbeteren van therapieontrouw zijn over het algemeen vrij teleurstellend.⁷ Er zijn aan de kant van de patiënt wel factoren gevonden die de mate van therapietrouw beïnvloeden, zoals de motivatie en de het belang dat patiënten hechten aan het innemen van de medicatie, verwachtingen van de werking, ervaren bijwerkingen, ziektepercepties, persoonlijke effectiviteit, sociaal functioneren en het aantal doses dat de patiënt dagelijks van een medicijn moet innemen. Er lijkt echter geen eenduidig risicoprofiel te zijn.³ Sociaaldemografische patiëntkenmerken, zoals geslacht, opleidingsniveau of leeftijd, blijken therapieontrouw nauwelijks te voorspellen.² Een uitzondering hierop is dat niet westerse immigranten vaker therapieontrouw zijn.⁵ Hierbij spelen waarschijnlijk cultuurgebonden opvattingen over geneesmiddelgebruik een rol.

OPLOSSING BEGINT IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

De Nederlandse overheid erkent het omvangrijke therapietrouwprobleem en startte daarom enkele jaren geleden de campagne 'Medicijnen werken niet vanzelf. Neem ze wel goed in.' Daarbij luidde het advies: 'Praat erover met uw arts of apotheker.' Waarom is dit advies belangrijk? In de eerste plaats is het voor de voorschrijver en de apotheker van belang te weten hoe de patiënt de medicatie gebruikt: om het effect van de therapie te kunnen beoordelen en eventuele veranderingen in de medicatie te overwegen.

In de tweede plaats kun je door gericht communiceren over medicijngebruik ontdekken waarom het de patiënt niet altijd lukt om de medicatie te nemen.

Zijn het de bijwerkingen? Denkt de patiënt dat hij kan stoppen omdat hij zich een stuk beter voelt? Lukt het niet om het medicijngebruik in te bouwen in de dagelijkse routine? Ziet de patiënt de noodzaak niet in? In het gesprek tussen zorgverlener en patiënt kunnen deze redenen boven tafel komen en kunnen hulpverleners zoeken naar de meest effectieve interventie voor de betreffende patiënt.^{4,6} Aangezien de huisarts 82,1% van de medicijnen voorschrijft, zullen voornamelijk de huisarts, de praktijkondersteuner en de apotheker dergelijke gesprekken voeren.¹³

THERAPIEONTRouw VERSCHILT PER ZORGVERLENER

In de praktijk blijkt er tussen huisartsen een behoorlijke variatie te bestaan in de mate waarin hun patiënten therapietrouw zijn.⁵ Voor wat betreft het gebruik van antidepressiva lopen de percentages therapietrouwe patiënten per praktijk uiteen van 65 tot 83%, voor cholesterolverlagers van 73 tot 98%, gecorrigeerd voor onder meer het percentage allochtonen.

Blijkbaar lukt het de ene praktijk beter om patiënten van het belang van therapietrouw te overtuigen dan de andere. Omdat patiënten bovendien meer therapietrouw blijken te zijn naarmate ze vaker de huisartsenpraktijk bezoeken, is het waarschijnlijk dat de verschillen zijn terug te voeren op de manier waarop zorgverleners in de huisartsenpraktijk met patiënten over het gebruik van geneesmiddelen spreken. Een recent literatuuronderzoek laat zien dat patiënten van een goed communicerende zorgverlener een 19% lager risico op therapieontrouw hebben,⁸ een aandeel dat je gezien een gemiddeld percentage therapieontrouwe patiënten van 25-50%¹¹ een behoorlijke winst kunt noemen. Een ander onderzoek bij patiënten met depressie wijst eveneens op de belangrijke rol van het zorgverlener-patiëntcontact bij het optimaliseren van behandelresultaten.¹⁴ Maar hoe communiceer je met patiënten zoals de man van 50 en de vrouw van 30 uit het begin van dit artikel: alledaagse voorbeelden, mensen die hun eigen kijk hebben op wat gezond en ongezond medicijngebruik is? Wanneer doe je het goed, wanneer niet?

[KADER 1]

MEER GESPREK IN DE SPREEKKAMERS

Resultaten uit het video-observatieonderzoek van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk (NS2) laten zien dat huisartsen wanneer zij een medicijn voorschrijven, in een minderheid van de consulten over bijwerkingen en alternatieve behandelingen spreken, namelijk in respectievelijk 34 en 49% van de consulten.³ Nog minder vaak spreken zij met de patiënt over diens ervaringen met het medicatiegebruik en de vraag of het de patiënt lukt de therapie te volgen. Tabel 1 geeft de cijfers toegespitst op consulten met patiënten met een hoge bloeddruk. Daaruit blijkt dat bijvoorbeeld de noodzaak van het innemen van de medicijnen nauwelijks aan bod komt. Ook de consequenties van het niet goed innemen en de eigen opvattingen van de patiënt over het medicijngebruik blijken niet vaak aan de orde te komen.

Iets vaker dan de andere onderwerpen bespreken huisarts en patiënt de dosering en het tijdstip van inname van de medicijnen, de bijwerkingen en de instemming van patiënten met de voorgestelde behandeling, maar ook deze onderwerpen komen nog steeds in minder dan de helft van de consulten ter sprake.¹⁰ Veel patiënten willen wel meer weten, maar durven daartoe niet altijd het initiatief te nemen. Het praten over medicatiegebruik gaat dus niet vanzelf en de inbreng en de manier waarop de patiënt het behandelresultaat kan vergroten, komt nog onvoldoende uit de verf. De sleutel tot het vergroten van therapietrouw moet je volgens velen toch vooral zoeken in een dergelijk empowerment van patiënten.⁹

OMSTANDIGHEDEN BEPALEN EEN GOED GESPREK

Uit het voorgaande blijkt dat de onderwerpen medicatiegebruik en therapietrouw weinig aan bod komen in de spreekkamer. De vraag rijst hoe dit komt.

Recentelijk hebben Van Bijnen en Van Dulmen redenen voor het niet bespreken van medicatiegebruik onderzocht. De onderzoekers keken met twintig huisartsen individueel hun op video opgenomen consulten terug en vroegen hen om reflectie op hun gespreksvoering over het medicatiegebruik van de patiënt.¹

Daarbij ging het vooral om de vraag waarom huisartsen op bepaalde momenten niet doorgingen op het medicatiegebruik, waarom zij sommige vragen helemaal niet stelden en waarom zij niet ingingen op signalen van de patiënt die duiden op zorgen of vragen over het medicatiegebruik.

Uit deze gesprekken met onderzoekers kwamen uiteenlopende redenen naar voren waarom huisartsen slechts beperkt medicatiegebruik bespreken, zoals ervaren tijdgebrek en het feit dat huisartsen ervan uitgaan

dat de betreffende patiënt toch wel therapietrouw is – zonder dit te verifiëren. Als er wél over medicijngebruik werd gesproken, bleek dit bovendien vaak pas op het eind van het consult te gebeuren wanneer de patiënt al bijna buiten staat, en er nog maar weinig tijd over is. Bovendien gaat de huisarts meestal niet na wat de patiënt zelf al weet en ook niet wat de patiënt wil weten over bijvoorbeeld de werking of bijwerkingen van medicijnen. En huisartsen controleren weinig of de patiënt de informatie begrepen heeft.

[TABEL 1]

AANDACHTSPUNTEN VOOR DE PRAKTIJKONDERSTEUNER

Om het gesprek met de patiënt te verbeteren, zijn er allereerst algemene aandachtspunten te geven. Deze gelden voor elke situatie: voor de patiënt die voor het eerst medicatie krijgt voorgeschreven, een patiënt die terugkomt voor een herhaalrecept en controle, of voor iemand bij wie therapieontrouw gesignaleerd is.

Schep een sfeer van vertrouwen

Als je een sfeer van vertrouwen weet te scheppen, kan de patiënt zonder schuldgevoel of schaamte over zijn ervaringen en eventuele problemen met het medicijngebruik vertellen. Daarbij horen uiteraard goed luisteren, de patiënt aankijken, zo nu en dan stiltes laten vallen en doorvragen naar diens leefsituaties.

Stel open, niet-sturende vragen

Open, niet-sturende vragen geven een patiënt de ruimte om eigen ervaringen, ideeën en gevoelens naar voren te brengen. Die ervaringen kunnen signalen bevatten die wijzen op onbegrip, onvermogen of ongenoegen aan de kant van de patiënt. Op een gesloten vraag is het voor een patiënt vaak moeilijk ontkennend te antwoorden.

Wees alert op signalen

Ga in op signalen. Zijdelingse opmerkingen als: ‘Ik slik liever helemaal niets’ of: ‘Het is toch allemaal rotzooi’ kunnen erop kunnen wijzen dat een patiënt zich (onnodig) zorgen maakt. Vraag daarop door. Pas dan kunt u misvattingen ontkrachten die bij de patiënt leven, bijvoorbeeld over afhankelijkheid van medicijnen, of over de schade die medicijnen aan het lichaam zouden kunnen toebrengen.

Maak onderscheid tussen soorten therapieontrouw

Patiënten kunnen bewust (intentioneel) en onbewust (niet-intentioneel) therapieontrouw zijn. Deze twee verschillende vormen vereisen ieder hun eigen aanpak.

Bij bewuste therapieontrouw is het belangrijk de redenen te achterhalen waarom de patiënt stopt, of waarom de patiënt de geneesmiddelen anders dan voorgeschreven inneemt of gebruikt. Motivational interviewing (MI) kan hierbij behulpzaam zijn. MI stimuleert patiënten om openlijk te praten over hun problemen en bezwaren tegen het geneesmiddelgebruik, met het doel meer realistisch en positief om te gaan met de geneesmiddelen.

Onbewuste therapieontrouw kan naar voren komen wanneer je de patiënt vraagt of hij die dag zijn medicatie al heeft ingenomen en hoe hij ervoor zorgt dat hij dat niet vergeet. Met praktische hulpmiddelen kun je het de patiënt gemakkelijker maken om de geneesmiddelen niet te vergeten. Je kunt bijvoorbeeld je patiënt uitleggen hoe hij de inname inbouwt in zijn dagelijkse routines, hem weekdozen aanbieden, of aanbieden de medicijnen te laten baxteren.

Wees alert op de valkuil dat u uw patiënt zo goed kent

Soms denk je je patiënt zo goed te kennen dat je hem of haar niet als een ontrouwe patiënt ziet. Maar de trouwe patiënt van vandaag kan morgen ontrouw worden. Zo kan bijvoorbeeld achter ‘spontaan’ wisselende bloeddrukwaarden toch therapieontrouw schuilgaan.

Reserveer tijd

Het is belangrijk dat je tijd reserveert voor een langer gesprek met de patiënt over zijn ervaringen met juist geneesmiddelgebruik en therapietrouw. Alleen dan kun je gezondheidsproblemen als gevolg van therapieontrouw in de toekomst voor blijven. Dit kun je combineren met een driemaandelijke controle, bijvoorbeeld bij diabetes type 2.

Let op specifieke medicatie

Andere, meer medicatiespecifieke tips (onder andere voor het gebruik van antidepressiva, antihypertensiva en cholesterolverlagers) zijn te vinden in de rapporten van Prins et al.¹⁰ en van Vervloet et al.¹⁵ die in nauwe samenwerking met de NPCF tot stand zijn gekomen. Een voorbeeld bij het voorschrijven van een antihypertensivum: 'Geef bij een eerste uitgifte duidelijke uitleg over de werking en te verwachten effecten van hoge bloeddrukmedicatie in het algemeen, en meer specifiek: over het feit dat de patiënt van de werking van de medicijnen weinig zal merken.' Een ander voorbeeld, bij het voorschrijven van middelen bij astma: 'Geef de patiënt een eigen verantwoordelijkheid, bijvoorbeeld in het nemen van puffjes "naar eigen inzicht" en evalueer deze zelfzorgvaardigheid bij elk controlebezoek.' Ook in het eerder in dit tijdschrift gepubliceerde artikel van Stalenhoef kun je concrete tips vinden.¹²

TOT SLOT

Tot slot het antwoord op de vraag hoe de huisartsen in de genoemde consulten gereageerd hebben op de openbaringen van hun patiënten over het niet trouw slikken van hun medicijnen. In het eerste geval antwoordde de huisarts: 'Dat moet u wel doen' en schreef vervolgens een nieuw recept uit. In het tweede geval nam de huisarts eerst de bloeddruk op, stelde vast dat die veel te hoog was, namelijk 200/125, en concludeerde: 'Peterselie alléén is voor jou onvoldoende.' Aan u de vraag welke reactie uiteindelijk het meest doeltreffend is. De eerste, waarin de huisarts vasthoudt aan zijn advies, maar wel voorbijgaat aan de redenen waarom de patiënt de medicijnen laat staan? Of is de tweede reactie effectiever: de huisarts respecteert dat de patiënt in een eerder stadium heeft gekozen voor peterselie en geeft dit gebruik van de patiënt een plaats in het behandeladvies?

[KADER 2]

LITERATUUR

- 1 Van Bijnen E, Van Dulmen S. Een goed gesprek over geneesmiddelgebruik: determinanten vanuit het perspectief van de voorschrijver. Rapportage van een project uitgevoerd met subsidie van Platform Patiënt- Industrie. Utrecht: NIVEL; 2010.
- 2 Van den Brink-Muinen A, Van Dulmen S. Factoren gerelateerd aan farmacotherapietrouw van chronisch zieken: resultaten van studies uitgevoerd in Nederland sinds 1990. Utrecht: NIVEL; 2004.
- 3 Van den Brink-Muinen A, Van Dulmen AM, Schellevis FG, Bensing JM (redactie). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland. Utrecht: NIVEL; 2004.
- 4 Clifford S, Barbera N, Horne R. Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: application of the Necessity- Concerns Framework. *J Psychosom Res* 2008;64:41-6.
- 5 Van Dijk L, Heerdink ER, Somai D, Van Dulmen AM, De Ridder DT, Sluijs EM, Griens AMGF, Bensing JM. Patient risk profiles and practice variation in nonadherence to antidepressants, antihypertensives and oral hypoglycemics. *BMC Health Serv Res* 2007 Apr 10;7:51.
- 6 Van Dijk L, Van Dulmen S, Bensing J. Therapietrouw bevorderen is maatwerk: theoretische en empirische analyse NIVEL. *Pharm Weekbl* 2007; 142:22-25.
- 7 Van Dulmen S, Sluijs E, Van Dijk L, De Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Serv Res* 2007;7:55.
- 8 Haskard KB, Williams SL, DiMatteo MR, Rosenthal R, White MK, Goldstein MG. Physician communication and patient adherence to treatment. *Med Care* 2009;47:826- 34.
- 9 Keers J, Ubink-Veltmaat L. Therapietrouw is abnormaal gedrag: empowerment als de basis voor adequate zelfzorg bij mensen met diabetes. *Huisarts Wet* 2005;48:666-70.
- 10 Prins M, Schoen T, Doggen C, Van Dijk, L, Van Dulmen S. Het betrekken van het perspectief van patiënt en voorschrijver bij het verbeteren van de communicatie over geneesmiddelen en therapietrouw. Utrecht: NPCF/ NIVEL; 2008.
- 11 Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
- 12 Stalenhoef A. Het bevorderen van therapietrouw. *Tijdschr Praktijkondersteuning* 2009;4:173-6.
- 13 Stichting Farmaceutische Kengetallen. Huisarts verdringt specialist. *Pharm Weekbl* 2008;143:13. http://www.sfk.nl/publicaties/farmacie_in_cijfers/2008/2008-38.html.
- 14 Vergouwen AC, Bakker A, Burger H, Verheij TJ, Koerselman F. A cluster randomized trial comparing two interventions to improve treatment of major depression in primary care. *Psychol Med* 2005;35:25-33.

15 Vervloet M, Van Dijk L, Schoen T, Van Dulmen S. Het betrekken van perspectief van patiënt en voorschrijver bij het verbeteren van de communicatie over het (trouw) gebruik van cholesterolverlagers. Utrecht: NIVEL; 2009.

KADER EN TABEL

Kader 1

De kern

- ▶ Nog teveel patiënten gebruiken hun medicijnen niet of op de verkeerde manier.
- ▶ Velen van hen hebben (soms onterechte) zorgen of misvattingen over het nut of de veiligheid van medicijnen.
- ▶ Door tijdgebrek of andere prioriteiten gaan hulpverleners onvoldoende in op signalen van patiënten die wijzen op dergelijke opvattingen.
- ▶ Het boven tafel krijgen van ervaren problemen en bezwaren tegen geneesmiddelen vraagt om een open en niet-veroordelend gesprek.

Kader 2

Doe mee aan onderzoek naar gespreksvoering door praktijkondersteuners

De meeste resultaten en aandachtspunten uit dit artikel zijn afkomstig van onderzoek onder huisartsen. Maar praktijkondersteuners krijgen, zeker in het geval van chronisch zieken, de begeleiding van medicatiegebruik steeds meer in eigen hand. Om ook die gespreksvoering te optimaliseren, gaat het NIVEL in 2010 onderzoek doen naar de praktijkvoering van praktijkondersteuners, gekoppeld aan een videofeedbacktraining. Wil je aan dit project deelnemen, neem dan contact op met Sandra van Dulmen (S.vandulmen@nivel.nl).

Tabel 1 Aantal consulten waarin huisartsen een bepaald onderwerp bespreken naar aanleiding van het voorschrijven van een bloeddrukverlager (n = 90)

Gespreksonderwerp	Aantal consulten	Percentage van de onderzochte consulten (%)
<i>Uitleg bij (eerste) uitgifte</i>		
- Hypertensie is geen ziekte maar een risicofactor en/of: er is wel schade op langere termijn	8	8,9
- Hypertensie geeft bijna geen klachten	7	7,8
- Invloed van stress	27	30,0
- Maken van een controle- en/of vervolgspraak	63	70,0
<i>Medicatie (-gebruik)</i>		
- Therapietrouw of -ontrouw	21	23,3
- Noodzaak van het innemen	7	7,8
- Dosering en/of tijdstip innemen van de medicatie	42	46,7
- Psychische barrières om medicatie te nemen	3	3,3
- Praktische barrières om medicatie te nemen	3	3,3
- Bevorderende factoren om medicatie juist in te nemen: psychisch	3	3,3
- Bevorderende factoren om medicatie juist in te nemen: praktisch	4	4,4
- Bijwerkingen	30	33,3
<i>Stappen om te komen tot concordantie*</i>		
- Zijn er verschillende behandelopties besproken?	17	7,8
- Zijn de consequenties van therapie(on)trouw besproken?	3	3,3
- Vraagt de huisarts aan de patiënt wat zijn/haar ideeën of opvattingen zijn over medicijngebruik?	6	6,7
- Vraagt de arts of de patiënt alles begrepen heeft?	2	2,2
- Vraagt de arts of de patiënt nog vragen heeft?	3	3,3
- Vraagt de arts of de patiënt met de behandeling instemt?	23	5,6
- Stemt de patiënt (duidelijk) in met de behandeling?	34	37,8
- Geeft de patiënt zijn/haar mening over het medicijngebruik op eigen initiatief?	11	12,2
- Vraagt de arts aan de patiënt of hij/zij wil herhalen wat er is afgesproken?	1	1,1
<i>Niet-medicamenteuze behandeling</i>		
- Roken	9	10,0
- Voldoende bewegen	17	17,8
- Gezond eten	14	15,6
- Alcoholgebruik	4	4,4
- Gezond lichaamsgewicht	14	15,6

Bron: Prins et al., 2008¹⁰

* Concordantie: overeenstemming tussen hulpverlener en patiënt, bijvoorbeeld over de diagnose, de te nemen medicatie en knelpunten