

Een goed gesprek over geneesmiddelgebruik; determinanten vanuit het perspectief van de voorschrijver

**Rapportage van een project uitgevoerd met subsidie van Platform Patiënt-
Industrie**

Evelien van Bijnen
Sandra van Dulmen



<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2010 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

1 Inleiding	5
2 Methoden	7
2.1 Populatie	7
2.2 Reflective Practice	7
2.3 Procedure	8
3 Resultaten	9
3.1 Onderzoeksgroep	9
3.2 Interviews	10
3.2.1 Consultkenmerken	11
3.2.2 Artsfactoren	13
3.2.3 Patiëntfactoren	15
3.2.4 Kenmerken van het geneesmiddel	17
3.2.5 Organisatiekenmerken	19
4 Oplossingen en verder	21
4.1 Aangedragen oplossingen	21
4.2 Vervolgactiviteiten	22
Conclusie	25
Literatuur	27
Appendix A: Reflective Practice Protocol	29
Appendix B: Communicatierichtlijnen	31

1 Inleiding

In de medische wereld wordt het niet goed innemen van voorgeschreven geneesmiddelen algemeen erkend als een serieus, omvangrijk en moeilijk op te lossen probleem. Verschillende studies laten zien dat in ontwikkelde (westerse) landen therapieontrouw of suboptimaal gebruik van geneesmiddelen varieert van 25% tot 50% bij patiënten met chronische ziekten (1, 2). Dit is problematisch, omdat het impliceert dat veel chronisch zieke patiënten, die snel in aantal stijgen (1), hun medische behandeling niet volledig benutten (3) en schaarse middelen in de gezondheidszorg gedeeltelijk worden verspild. De mate waarin een patiënt al dan niet therapietrouw is hangt met verschillende factoren samen. Sommige patiëntkenmerken, zoals geloof in de werking van medicijnen en persoonlijke effectiviteit, hebben een bewezen positieve invloed op therapietrouw. Andere factoren, zoals de frequentie en omvang van de dagelijkse doses en het optreden van hinderlijke bijwerkingen, blijken daarentegen samen te hangen met meer therapieontrouw (1, 4).

Daarnaast kunnen ook kenmerken van de voorschrijver van invloed zijn op de therapietrouw van hun patiënten (5). Zo is de variatie die de literatuur weergeeft met betrekking tot de mate van therapietrouw onder de patiënten van verschillende voorschrijvers mogelijk te verklaren op grond van verschillen in hun manier van communiceren met patiënten (6-9). Het vergroten van de kwaliteit van de communicatie over goed medicijngebruik en therapietrouw zal naar verwachting gunstig uitwerken op die therapietrouw. Een recente Amerikaanse meta-analyse laat zien dat er bij patiënten van een goed communicerende arts een 19% lager risico is op therapieontrouw (10). Het geven van heldere en begrijpelijke informatie, het stellen van vragen en het besteden van aandacht aan mogelijke misvattingen en zorgen van de patiënt blijken belangrijke determinanten voor goede communicatie en derhalve voor therapietrouw (7).

In de spreekkamer van de huisarts blijkt echter opvallend weinig over goed medicijngebruik en therapietrouw te worden gesproken. Voor een dergelijke *conspiracy of silence* lijken zowel patiënt als arts verantwoordelijk te zijn (11). Uit video-observatieonderzoek van de door het NIVEL in 2001 uitgevoerde Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2) blijkt dat patiënten over het algemeen vrij goed worden geïnformeerd over hun (medicamenteuze) behandeling (12). Communicatie over bijwerkingen vindt echter slechts in 34% van de consulten plaats. Ervaringen van patiënten met de aan hen voorgeschreven geneesmiddelen en de mate waarin zij therapietrouw zijn, worden nog minder besproken (13). Ook wordt weinig benadrukt hoe belangrijk het is om therapietrouw te zijn. Interventies die de laatste jaren zijn uitgevoerd om dit tij te keren laten vooralsnog weinig resultaten zien (14). Er is wel onderzoek gedaan naar de samenhang tussen de communicatie(stijl) van de arts en de mate van therapietrouw van de patiënt (4, 10, 15), maar waarom artsen in een

groot aantal consulten het onderwerp therapietrouw en goed geneesmiddelgebruik uit de weg lijken te gaan, is niet bekend.

Recentelijk hebben Prins en collega's richtlijnen opgesteld voor artsen en patiënten over de communicatie over therapietrouw (13). Deze richtlijnen bevatten verschillende onderwerpen met betrekking tot therapietrouw, die idealiter aan bod zouden moeten komen in een consult. Deze onderwerpen zijn afhankelijk van de fase van medicijngebruik: bij een eerste uitgifte zullen vooral informeren en preventie van belang zijn, terwijl bij herhaalrecepten aandacht besteed kan worden aan het signaleren en oplossen van eventuele therapieontrouw. Ter bevordering van de implementatie van deze richtlijnen in de praktijk is het van belang uit te zoeken wat vanuit het perspectief van de voorschrijvers en patiënten het praten over therapietrouw in de weg staat. De huidige studie is opgezet om inzicht te verwerven in het perspectief van de voorschrijver. Daarbij zal gebruik worden gemaakt van een conceptueel model voor communicatieonderzoek, waarin verschillende factoren worden onderscheiden die invloed kunnen hebben op het communicatieproces. De huisarts en de patiënt hebben in dit model beiden hun eigen 'filter' waardoor communicatie plaatsvindt, zoals hun doelen, vaardigheden en overtuigingen (16). Tevens is er in het model ruimte voor externe omgevingsfactoren die patiënt en arts beïnvloeden. Dit onderzoek heeft als doel de redenen die huisartsen hebben voor de wijze waarop ze thans over medicijngebruik en therapietrouw communiceren in kaart te brengen en tevens oplossingen aan te dragen om de communicatie hierover te bevorderen. De resultaten van deze studie worden gebruikt om de bestaande communicatierichtlijnen op dit terrein te verfijnen. Tevens kunnen ze worden gebruikt bij het ontwikkelen en meer succesvol implementeren van interventies gericht op het verbeteren van de huidige praktijk van communicatie over goed geneesmiddelgebruik. We focussen in dit onderzoek op de huisartsen, omdat 80% van alle medicatie door hen wordt voorschreven (17).

2 Methoden

2.1 Populatie

Deze studie maakt deel uit van een groter onderzoek naar de communicatie tussen huisartsen en patiënten waarvoor alledaagse consulten bij de huisarts op video zijn opgenomen (18, 19). De huisartsen noch de patiënten waren ervan op de hoogte dat communicatie over therapietrouw een van de onderwerpen van onderzoek was. Aan deze studie werd deelgenomen door 40 huisartsen die, evenals de betreffende patiënten, ermee instemden dat 15-20 consulten per arts op video werden opgenomen. De opnames vonden plaats met behulp van een onbemande camera gedurende 1 of 2 dagen per huisarts in 2007 en 2008. Als onderdeel van deze grote studie hebben de deelnemende huisartsen een feedbackrapport aangaande hun algemene communicatievaardigheden ontvangen.

De studie is uitgevoerd volgens de Nederlandse privacy wetgeving. De privacy regeling wordt ondersteund door het College Bescherming Persoonsgegevens. Goedkeuring door een medisch ethische commissie was voor deze observatiestudie niet nodig. Alle deelnemende huisartsen en patiënten hebben een informed consent formulier ingevuld voor aanvang van de opnames. De camera werd zo opgesteld dat de patiënten alleen van achteren of deels van voren zichtbaar waren. In totaal zijn 808 consulten op video genomen. Voor de huidige, kwalitatieve deelstudie werden 23 huisartsen gevraagd deel te nemen, met het doel 20 respondenten te verkrijgen, een aantal dat voldoende is voor verzadiging van interviewgegevens (20). Deze huisartsen zijn uitgenodigd in de volgorde waarin de opnames van hun consulten zijn gemaakt. Voor hun deelname ontvingen zij vier accreditatiepunten.

Van deze huisartsen zijn allereerst de consulten waarin medicatie werd voorgeschreven (eerste uitgifte dan wel een herhaling) geselecteerd. Vervolgens zijn deze consulten beoordeeld aan de hand van de aandachtspuntenlijsten van Prins et al. (13). Op die manier kon worden bekeken hoeveel en welke therapietrouwonderwerpen er werden besproken in het betreffende consult. Per huisarts is op die manier een goed en een minder goed voorbeeld van communicatie betreffende medicijngebruik en therapietrouw geselecteerd. Deze twee consulten vormden de input voor de, door de video-opnames ondersteunde, *reflective practice* interventie.

2.2 Reflective Practice

Reflective practice is een introspectie procedure waarin (fragmenten van) op video opgenomen situaties worden getoond aan de betreffende actoren om de toenmalige cognitieve processen die hun gedrag hebben gestuurd bij hen in herinnering te brengen (21). In het begeleide interview worden vragen gesteld aangaande de mening, emoties en afwegingen voor de communicatie en reacties van de huisarts op dat specifieke moment

(21). De kracht van deze methode ligt in haar concrete en situationele aanpak. Reflective practice is naast een onderzoeksmethode tegelijkertijd ook een interventie, gericht op het verhogen van zelfreflectie en kritiek. Een andere, meer algemene inventarisatie van communicatievaardigheden, bijvoorbeeld met vragenlijsten, zou ons niet de antwoorden hebben opgeleverd die nodig zijn om inzicht te verkrijgen in de processen die sturend zijn voor de communicatie. Voor de interviews is gebruik gemaakt van een reflective practice protocol (appendix A). Dit vormt een structuur waarmee de interviewer zoveel mogelijk uit de gedachteprocessen van de arts kan putten. Door de tijd tussen de opnames en de interviews (soms wel 1,5 jaar) is een dergelijke geleiding in de interviews een belangrijke factor. Voor de reflective practice interviews werden de huisartsen in hun eigen praktijk bezocht; de interviews duurden gemiddeld een uur per arts. De communicatierichtlijnen van Prins et al. (13), gebaseerd op het fasemodel van Urquhart en Vrijens (23), hebben input geleverd voor de interview structuur en de vragen. In de verschillende fasen van medicijngebruik zijn namelijk verschillende communicatiestrategieën van belang om therapietrouw te verhogen. Goede communicatie kan therapieontrouw voorkómen, maar ook signaleren en oplossen.

2.3 Procedure

Twee weken vóór de interviews plaatsvonden heeft iedere huisarts een beveiligde, tijdelijke internetlink ontvangen waarop hij/zij de twee geselecteerde consulten kon bekijken. Zo kon de huisarts zijn/haar geheugen alvast wat opfrissen. Aanvullend kreeg elke huisarts een individueel feedbackrapport met daarin de scores op relevante communicatieve gedragingen zoals de hoeveelheid instrumenteel dan wel affectief gedrag (gemeten met het *Roter Interaction Analysis System* (24)), de mate waarin zij letterlijk oog hadden voor de patiënt en de consultduur, dit alles ook in vergelijking met de scores van de andere deelnemende huisartsen. Dit rapport stond niet centraal in de interviews.

Met behulp van het reflective practice protocol zijn de beweegredenen van de huisartsen onderzocht. Zo kon bijvoorbeeld worden gevraagd waarom de betreffende huisarts zich in een bepaald consult wel maar in een ander niet beperkte in het geven van informatie over de werking van een bepaald geneesmiddel, waarom wel of niet gevraagd werd naar ervaringen rondom het gebruik van een eerder voorgeschreven middel of waarom de ene keer wel en de andere keer niet ingegaan werd op signalen van de patiënt die duiden op zorgen of vragen over het geneesmiddelgebruik.

De interviews vonden plaats in september en oktober 2009. De eerste 10 interviews werden gehouden door twee interviewers samen (EvB en SvD), de laatste 10 door één interviewer (EvB). Wanneer de huisartsen hadden aangegeven bij voorkeur de feedback samen met hun collega's uit dezelfde praktijk te willen ontvangen, vonden de interviews in groepsverband plaats. Hierbij werd echter dezelfde interviewstructuur gebruikt als bij individuele gesprekken: de huisartsen in de groep werden één voor één gevraagd te reflecteren op hun communicatieve handelen.

Alle interviews zijn op audio opgenomen, vervolgens zijn alle fragmenten aangaande geneesmiddelgebruik uitgeschreven en inhoudelijk geanalyseerd.

3 Resultaten

3.1 Onderzoeksgroep

Van de 23 uitgenodigde huisartsen weigerden twee mee te werken en was er één langdurig ziek. Uiteindelijk zijn er dus, zoals beoogd, 20 huisartsen bij het project betrokken. Twee op de drie deelnemende huisartsen zijn man, de meerderheid is werkzaam in een duo- of groepspraktijk. In de 40 voor de reflectieve practice interviews geselecteerde consulten waren in totaal 57 geneesmiddelen voorgeschreven, vooral voor pijnstilling of aandoeningen aan het centrale zenuwstelsel (tabel 3.1).

Tabel 3.1 Kenmerken onderzoeksgroep

Aantal huisartsen	20	Aantal voorgeschreven geneesmiddelen*	
Gemiddelde leeftijd (jaar (sd))	51,5 (5,96)	Centraal zenuwstelsel	10
Percentage man	65	Pijnstilling	10
Aantal solopraktijken	10	Infectieziekten	7
		Luchtwegen	7
Aantal consulten	40	Maagdarmsstelsel	7
Gemiddelde consultduur (min. (sd))	11,18 (4,23)	Cardiovasculair	4
Aantal voorschriften	57	Anaesthetica en spierrrelaxantia	3
waarvan herhalingsrecepten	22	Hormonaal / metabolisme	3
		Huid	3
Aantal patiënten	41	Onbekend	2
Gemiddelde leeftijd (jaar (sd))	47,0 (20,88)	Bloedmiddelen	1
Percentage man	39		

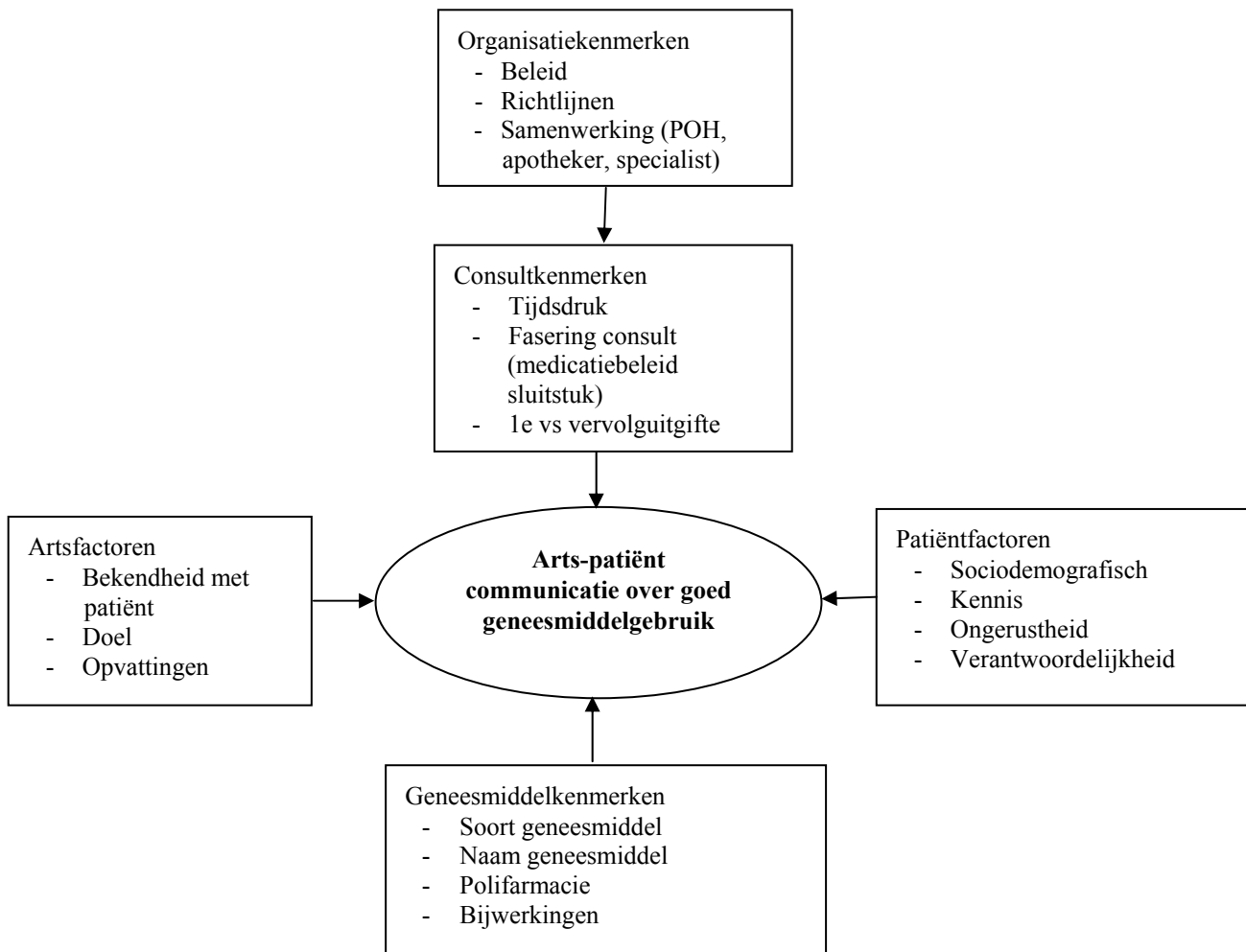
* Indeling volgens Farmacotherapeutisch Kompas (hoofdgroepen)

3.2 Interviews

De huisartsen waren allen in staat zich de consulten te herinneren, ondanks de soms lange tijdspanne tussen de opnames en de interviews. Enkelen merkten op dat de langere periode het juist makkelijker maakte te reflecteren.

Het conceptuele model van Feldman-Stewart (16) is aan de hand van de resultaten van de interviews ingevuld en uitgebreid met communicatie beïnvloedende factoren betreffende het geneesmiddel, het consult zelf en de organisatie (figuur 3.1). Uit de interviews kwamen de verschillende groepen factoren naar voren welke ook volgens het oorspronkelijke model een rol spelen bij communicatie in de gezondheidszorg. Hoewel per huisarts de nadruk op verschillende factoren lag, zijn alle genoemde factoren teruggekomen in meerdere interviews.

Figuur 3.1 Determinanten van communicatie over goed geneesmiddelgebruik en therapietrouw



In de volgende paragrafen worden de verschillende factoren een voor een besproken en geïllustreerd aan de hand van quotes uit de reflectieve practice interviews met de huisartsen.

3.2.1 Consultkenmerken

Tijdsdruk

Voor vrijwel alle huisartsen blijkt het onderwerp tijd een belangrijke bepalende factor met betrekking tot de inhoud en uitgebreidheid van het communiceren over goed geneesmiddelgebruik. De meeste van hen geven aan dat zij tien minuten per consult te weinig vinden om alles goed te doen. Ze moeten naar eigen zeggen al voldoen aan de standaarden van het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) en ook de administratieve belasting wordt steeds groter. Ze zijn van mening dat ze door alle eisen die aan de consultvoering worden gesteld niet aan alles wat van hen gevraagd wordt evenveel tijd en aandacht kunnen geven. Zo zegt een van de geïnterviewde huisartsen heel duidelijk:

“Als we alles moeten doen wat ze voorstaan dat we moeten doen, dan is 10 minuten echt veel te kort. Als we 20 minuten zouden hebben, dan zou ik wel meer over medicatie beginnen”.

Ook andere huisartsen maken in de interviews duidelijk hoe een gebrek aan tijd hun communicatie beïnvloedt:

“Ik kan wel meer over bijwerkingen vertellen, maar dat gaat dan wel ten koste van iets anders”.

Het lijkt een kwestie van waar de prioriteit in een consult ligt:

“Therapietrouw staat niet hoog op de prioriteitenlijst. Door tijdsdruk moet je keuzes maken. De hulpvraag boven tafel krijgen is veel belangrijker”.

“Als het echt druk is, haal je sociale praat uit het consult. Je kunt heel sec alleen de klacht behandelen, en dan weer de deur uit. Maar dan heb ik wel minder plezier in mijn werk. De keerzijde is dat je uitloopt”.

Ook worden er onder invloed van tijdsdruk soms minder vragen gesteld uit angst dat een patiënt in reactie daarop veel gaat vertellen, waar de huisarts dan weer op in moet gaan waardoor het consult nog meer dreigt uit te lopen. Zoals een huisarts aangeeft:

“Wanneer je extra doorvraagt naar klachten, en waarom de patiënt er is, loop je het risico dat er hele verhalen loskomen, en dat je dan uitloopt. Dus dan vraag je soms maar niet door”.

Fasering consult

Het voorschrijven van en de communicatie over medicijnen vindt vaak plaats aan het einde van een consult, wanneer de huisarts tijdsdruk kan gaan voelen. Veel huisartsen geven aan dat dit hun communicatie beïnvloedt. Volgens hen kan het geven van aanvullende informatie over medicijnen tot gevolg hebben dat de patiënt meer vragen gaat stellen of zelf met verhalen komt terwijl de huisarts daar geen tijd meer voor heeft.

“Aan het eind van het consult, kost het veel tijd om een nieuwe discussie met de patiënt aan te gaan over de medicatie. Daarom sla je dat maar over”.

Of een andere arts die op het einde van het consult wat minder gericht is op de affectieve kant:

“Het consult loopt uit, dus de insteek van de beleving, dat laat je lopen”.

Er is een huisarts die tijdgebrek op het einde van het consult koppelt aan prioriteit:

“Tegen het einde van het consult komt de medicatie: dat is nu een kwestie van plannen. Als je iets wil zeggen over medicijnen, moet je dat een plaats geven binnen je consult”.

Eerste of vervolgitgifte

Uit de interviews blijkt dat de huisartsen verschillend aankijken tegen communicatie betreffende een eerste uitgifte en een herhaalrecept. Voordat gestart wordt met een behandeling vinden zij het vooral belangrijk om informatie te geven, eventuele zorgen te ondervangen en zorgvuldigheid in medicijngebruik te benadrukken. Na aanvang van de behandeling is het een zaak van monitoren van gebruik door na te vragen of er klachten zijn en hoe het gaat met de inname. Maar de huisartsen betwijfelen of ze in de fase van daadwerkelijk medicijngebruik iets te betekenen hebben voor het signaleren van therapieontrouw:

“Ik vraag me af of je wel een eerlijk antwoord krijgt, als je vraagt of ze hun medicijnen innemen”.

3.2.2 Artsfactoren

Bekendheid met patiënt

De meeste geïnterviewden zijn al geruime tijd werkzaam als huisarts. Met veel van hun patiënten onderhouden zij een langdurige relatie. De meeste huisartsen beschouwen dit als een voordeel dat bijvoorbeeld apothekers niet hebben. Niettemin erkennen ze dat het ook een valkuil kan zijn, doordat ze als gevolg daarvan bijvoorbeeld hun assumpties over de mate waarin hun patiënten het overeengekomen medicatiebeleid opvolgen, niet controleren. Zo zegt een van hen:

“Na een tijdje weet je welke patiënten hun medicijnen innemen of niet”.

En een andere huisarts zegt over patiënten die hij al 30 jaar behandelt:

“Ik weet dat die mensen heel precies zijn met het innemen van hun medicijnen, dat hoef ik niet meer te vragen, dat is zo evident. Daar durf ik mijn hand voor in het vuur te steken”.

Ze realiseren zich tegelijkertijd ook dat dit vaak een persoonlijke invulling is die ook incorrect kan zijn:

“Bij het noemen van de bijwerkingen, laat ik dat afhangen van wie ik tegenover me heb zitten. Maar ook daarin zitten weer invullingen. Maar dat is mijn invulling”.

Weer een andere huisarts noemt het vertrouwen dat door een jarenlange relatie tussen patiënt en huisarts is opgebouwd als een belangrijke factor hierbij. Volgens hem heeft de gezondheidszorg een stevigere basis, wanneer de patiënt de huisarts vertrouwt. Zo zegt hij:

“Zelfs als je een hele goede communicator bent, wanneer er geen basisvertrouwen is, zal het niet werken”.

Doel

De artsen in dit onderzoek verschillen in de taak die zij voor zichzelf zien. Vaak is het doel de patiënt van zijn klacht af te helpen, een episode af te sluiten. Dan is therapietrouw geen doel op zich:

“Ik kan niet controleren of een patiënt zijn medicijnen inneemt. Maar als ze niet terugkomen, dan zal de episode wel afgesloten zijn. Als ze dan later voor iets anders terugkomen, ga ik niet meer over het medicijngebruik van de vorige episode beginnen”.

De meeste huisartsen zien wel in dat het erg lastig is de therapietrouw te controleren. Wat er gebeurt wanneer de patiënt de deur uitloopt ligt naar hun mening buiten hun bereik.

“Hoe ver moet je gaan? Als ja na 3 dagen belt hoe het met de medicatie gaat, ben je wel een erg paternalistische dokter. Ik denk dat mensen zich dan erg betutteld voelen.”

Regelmatig wordt ook door de huisartsen aangegeven dat ze het lastig vinden wanneer de patiënt een andere mening heeft dan zichzelf. Bijvoorbeeld bij de afweging om wel of geen medicatie voor te schrijven.

“Als er een situatie is, dat de patiënt iets anders wil, dan merk ik dat ik soms toch toegeef, ook al vind ik het niks, omdat ik er op dat moment geen zin meer in heb. Het kost zoveel energie om die patiënt dan toch mee te krijgen”.

Opvattingen

De meeste huisartsen in dit onderzoek zijn wel redelijk op de hoogte van de mate waarin patiënten in het algemeen therapieontrouw zijn, hoewel sommigen geloven dat hun patiënten anders zijn.

“Ik vraag me af of mijn patiënten ook zo 'n hoge therapieontrouw laten zien”.

De geïnterviewde huisartsen verschillen echter in de mate waarin ze menen de patiënt te kunnen beïnvloeden. Dergelijke opvattingen bepalen de mate waarin zij aandacht besteden aan goed geneesmiddelgebruik. Voor sommigen pakt dat positief uit:

“De manier waarop je je medicijnen verkoopt, beïnvloedt de patiënt. Het wekken van positieve verwachtingen werkt”.

Anderen hebben er minder vertrouwen in:

“Je kunt het allemaal wel goed uitleggen, maar dan vergeten mensen het soms alsnog”.

Veel huisartsen zijn zich bewust van de kracht van hun woorden en gebruiken de communicatie vaak als een therapeutisch instrument:

“Het scheppen van positieve verwachtingen levert ook een placebo effect op”.

3.2.3 *Patiëntfactoren*

Sociodemografisch

Volgens sommige huisartsen spelen de mondigheid van de patiënt en diens opleidingsniveau ook een rol in de communicatie. In bepaalde wijken of regio's zijn patiënten volgens de huisartsen meer geneigd zich te mengen in het beslissingsproces dan elders. Ook bij oudere patiënten speelt dit een rol. Een huisarts met een gemiddeld oude populatie merkt op:

“Oudere patiënten kijken je vaak heel verwachtingsvol aan, van: zegt u het maar dokter. Informatie geven over alternatieven, inspraak geven, dat is niet iets wat je dan makkelijk doet”.

Kennis

Veel huisartsen geven aan dat ze het idee hebben dat patiënten niet alles willen weten en zeker niet alles kunnen onthouden. Om die reden geven ze soms minder informatie over medicatie.

“Ik ben opgeleid met maximaal vier boodschappen per consult. Je kunt niet alles doen”.

Een andere huisarts geeft aan dat de patiënten ook al veel informatie van de apotheker krijgen. Daardoor vindt hij dat hij zelf niet zo veel meer hoeft te vertellen.

Het kan juist ook zo zijn dat de patiënt zelf al ervaring met of kennis over een bepaald geneesmiddel heeft, doordat ze bijvoorbeeld zelf een medische achtergrond hebben. Enkele huisartsen geven aan dat ze in een dergelijke situatie ertoe neigen minder uit te leggen. Er wordt wel erkend dat dit ook een valkuil kan zijn.

“Het is wel een valkuil bij patiënten die zelf in de medische sector werken, dan denk je dat ze er meer vanaf weten. Maar dan moet je toch proberen het uit te leggen anders gaat het alsnog mis”.

Ongerustheid

De meeste huisartsen geven aan in hun communicatie rekening te houden met de mate van ongerustheid van de patiënt. Ook blijken ze zich bewust te zijn van de kracht van hun communicatie.

“Wanneer de patiënt erg ongerust is, zal ik eerder zeggen: ‘Dit is echt een goed medicijn voor u!’ Je kunt dan beter niet alle bijwerkingen gaan opnoemen”.

Zij zijn zich er ook bewust van dat hun woorden en uitleg een grotere impact kunnen hebben dan die van andere zorgverleners:

“Ik denk dat ik veel meer gezag heb om een dergelijke boodschap over te brengen

dan een apothekersassistente”.

Naar eigen zeggen maken de huisartsen in het licht van bevordering van therapietrouw nog onvoldoende gebruik van deze therapeutische werking van hun woorden.

Verantwoordelijkheid

Vanuit de WGBO dient de huisarts de uiteindelijke beslissing omtrent een behandeling bij de patiënt te laten. Sommige huisartsen zijn echter van mening dat niet elke patiënt hiertoe in staat is.

“Ik weet dat ik soms wat dominant kan overkomen. Maar mijn populatie bestaat veelal uit oudere mensen, als je deze probeert inspraak te laten hebben werkt dat niet”.

Anderen willen juist wel graag een gelijkwaardige gesprekspartner, zodat de verantwoordelijkheid gedeeld kan worden.

“Ik vertrouw erop dat ze in staat is te zeggen wanneer ze haar twijfels heeft over de behandeling. Dit is wel gerelateerd aan hoe je denkt dat je je verhoudt tot je patiënten”.

Enkele huisartsen uit één praktijk doen juist erg veel moeite om de verantwoordelijkheid te delen.

“Ik probeer zoveel mogelijk informatie te geven als mogelijk, ook gebruik makend van brochures. Op deze manier kan ik meer gelijkwaardigheid creëren tussen patiënt en arts, het verschil in kennis verkleinen. Alleen op deze manier is het mogelijk de patiënt ook daadwerkelijk te laten delen in de verantwoordelijkheid”.

3.2.4 Kenmerken van het geneesmiddel

Soort geneesmiddel

Volgens de huisartsen wordt hun manier van communiceren ook bepaald door het type medicatie dat ze voorschrijven. Een relevant onderscheid hierin is tussen medicatie voor chronische of acute aandoeningen. Daarnaast is het doel van de medicatie van belang, is dit bijvoorbeeld vermindering van klachten of onderhoudstherapie. Onderhoudsmedicijnen zijn vaak medicijnen die chronisch gebruikt dienen te worden, bijvoorbeeld voor een hoge bloeddruk of hoog cholesterol. De medicijnen leveren niet altijd direct vermindering van klachten op voor patiënten, maar de onderliggende aandoeningen zijn op de lange termijn wel schadelijk, wat medicatietherapietrouw belangrijk maakt. Bij veel van dergelijke medicijnen is de kans op therapieontrouw groter dan bij medicijnen voor acute aandoeningen, die vaak wel onmiddellijk vermindering van klachten geven. De meeste huisartsen vinden dat patiënten met een chronische aandoening daarom extra goed gemotiveerd moeten worden tot correct medicijngebruik.

“Bij chronische medicatie is het belangrijk de patiënt goed voor te bereiden, de bijwerkingen te noemen. Ik gebruik hier meerdere consulten voor. Anders stopt de patiënt met de behandeling”.

Wanneer het doel van het voorschrift primair klachtvermindering is, zoals bij pijnstillers, vinden de meeste huisartsen therapieontrouw minder een factor van belang. Dergelijke medicatie mag vaak ook naar eigen inzicht ingenomen worden.

“Soms vind je het zelf geen must om iets voor te schrijven, bijvoorbeeld als het alleen voor klachtvermindering, pijnmedicatie is. Dan is het niet erg als ze het niet allemaal innemen”.

Bij behandelingen waar een alternatief voor is (bijvoorbeeld psychotherapie in plaats van psychofarmaca) geven de meeste huisartsen aan vaak extra informatie te geven, juist om de patiënt in staat te stellen een gegronde keuze te maken.

Naam geneesmiddel

Veel van de geïnterviewde huisartsen rapporteren dat ze lang niet in alle gevallen de naam van het geneesmiddel noemen. Hiervoor geven ze verschillende redenen aan:

“Omdat wij generiek moeten voorschrijven, kan het best gebeuren dat ze in de apotheek een medicijn met een andere naam krijgen. Daarom is het vaak niet handig om de naam al te noemen, om verwarring te voorkomen”.

“Nee, het is niet belangrijk om de naam van het geneesmiddel te noemen. Dat staat al op het recept, en de patiënten kunnen het toch niet uitspreken”.

Een andere huisarts merkt op:

“Ik vraag me af wat de toegevoegde waarde is van het noemen van de naam. Het zijn vaak ingewikkelde namen, ik denk ook dat ze dat vaak niet onthouden”.

Polifarmacie

Voor patiënten kan het lastig zijn meerdere medicijnen naast elkaar te moeten gebruiken, wat vooral bij ouderen steeds vaker voorkomt. Enkele huisartsen in dit onderzoek geven aan dat ze proberen een schema op te stellen, om zo een structuur voor de inname te bewerkstelligen en daarmee therapietrouw te vergroten.

” Wanneer de patiënt moeite heeft met inname van de medicijnen, gaan we samen met de apotheek over op weekdozen”.

Bijwerkingen

Of een huisarts wel of niet bijwerkingen noemt, blijkt af te hangen van de ernst ervan, van de frequentie en van de individuele patiënt. Zoals vermeld houdt de huisarts soms bewust informatie achter, uit angst dat de patiënt de bijwerkingen zal ontwikkelen.

“Als ik iets voorschrijf, zeg ik tegen mijn patiënten dat ze eens niet de bijsluiter moeten lezen. Daar staat teveel in. In plaats daarvan leg ik uit wat de meest voorkomende bijwerkingen zijn, zodat ze weten wat ze kunnen verwachten”.

“Als je bijwerkingen heel actief noemt, gaan mensen ze ook ontwikkelen. Zo heb ik het idee dat veel te veel mensen melden dat ze bijwerkingen hebben van cholesterolremmers. Dan stoppen ze ermee en hebben ze nog steeds rugpijn”.

Niet elke huisarts redeneert zo. Anderen zijn juist van mening dat je patiënten beter kunt voorbereiden op de mogelijke bijwerkingen die ze kunnen krijgen:

“De belangrijke en hinderlijke bijwerkingen noem ik altijd wel, je kunt de patiënt beter hierop voorbereiden”.

De ernstige of meeste opvallende bijwerkingen worden eigenlijk door alle artsen wel benoemd.

“Bij antidepressiva noem ik wel altijd de bijwerkingen, omdat dat ook iets is waar je doorheen moet in het begin, voordat het begint te werken”.

3.2.5 *Organisatiekenmerken*

Beleid

Uit de interviews komt naar voren dat huisartsen uit eenzelfde praktijk er soms voor kiezen om bepaalde onderwerpen meer aandacht te geven, zoals het stimuleren van een gezonde leefstijl bij hun patiënten. Een ander voorbeeld van praktijkgebonden beleid dat bepalend is voor de manier van communiceren is een groep huisartsen die aangaf het belangrijk te vinden zoveel mogelijk informatie mee te geven aan de patiënt:

“Wanneer patiënten meer of beter geïnformeerd zijn, merken we dat er minder tijd nodig is om ze gerust te stellen wanneer ze terugkomen”.

Ook blijkt het gebruik van een bepaald computersysteem invloed te hebben op de wijze van communiceren; bij bepaalde programma's is het bijvoorbeeld juist wel of juist niet mogelijk te zien welke medicatie al is voorgeschreven door een medisch specialist. Dit alles bepaalt de mate waarin een patiënt uiteindelijk wordt voorgelicht over goed geneesmiddelgebruik.

Richtlijnen

Binnen het preferentiebeleid dienen sommige, zogenaamde preferente geneesmiddelen standaard te worden voorgeschreven, zoals simvastatine als cholesterolverlager. Eén huisarts gaf aan dat dit soms lastig is om te communiceren naar de patiënt, omdat je er zelf niet altijd achter staat. Want:

“Waar je zelf achter staat, verkoop je beter”.

Veel huisartsen geven aan hun communicatie toch altijd af te stemmen op de patiënt met een specifiek ziektebeeld die tegenover hen zit. Elke patiënt heeft namelijk weer andere behoeftes. Zoals een huisarts verwoordt:

“Ik zal niet altijd volgens de standaard werken, daarvan ben ik overtuigd, maar het is ook geen kookboek geneeskunde wat wij doen. De grote lijnen volg je natuurlijk wel, maar ik vind dat je moet kunnen afwijken als je daar goede motieven voor hebt. En ik probeer ook altijd wel goed te motiveren voor mezelf waarom ik dat dan doe.”

Samenwerking met praktijkondersteuner, apotheker en/of medisch specialist

Met de introductie van praktijkondersteuners hebben huisartsen en apothekers ondersteuning gekregen om de zorg voor vooral chronisch zieke patiënten te optimaliseren. Enkele huisartsen geven aan dat er betreffende de communicatie door verschillende zorgverleners naar de patiënt wel een bepaalde consistentie moet zijn:

“Er wordt qua uitleg wel gedelegeerd aan de apotheek. Volgens mij wordt er meer uitgelegd dan wij denken. Maar dat moeten we ook niet altijd willen weten, want we zijn het er niet altijd mee eens volgens mij. Er worden ook

wel eens adviezen gegeven door de apotheek die wij niet prettig vinden. Dan word je opgezadeld met een advies van de apotheek waar je niet achter kunt staan”.

Binnen FTO's (Farmaco Therapeutisch Overleg) worden hier vaak wel afspraken over gemaakt volgens de huisartsen. Bijvoorbeeld betreffende de instructie van inhalatiemedicatie, welke vaak plaats vindt in de apotheek, terwijl chronische patiënten hun controleafspraken hebben met de praktijkondersteuner en ook de huisarts minimaal één maal per jaar zien. Huisartsen hebben hierover duidelijke standpunten die hun weerslag hebben op de manier waarop zij met hun patiënten over goed geneesmiddelgebruik praten.

“Vanuit de apotheek vindt wel terugkoppeling plaats wanneer patiënten hun medicijnen te laat ophalen. Dan kan ik er over beginnen tijdens het consult”.

Sommige huisartsen spelen hierin een meer actieve rol dan anderen:

“Huisartsen en praktijkondersteuner zouden moeten samenwerken in de zorg voor chronische patiënten, wij hebben een leidende rol in hun ondersteuning. De apothekers hebben een ondersteunende rol. Maar als het erop aan komt, beslist de patiënt”.

Terwijl andere artsen niet teveel op de voorgrond willen treden:

“Ik denk dat ik een signalerende taak in het therapietrouw probleem heb. Maar ik wil niet paternalistisch zijn, de verantwoordelijkheid moet gedeeld worden door arts en patiënt”.

4 Oplossingen en verder

4.1 Aangedragen oplossingen

Op enkele uit dit onderzoek naar voren gekomen determinanten zouden volgens de geïnterviewde huisartsen interventies ter verbetering van de communicatie over goed geneesmiddelgebruik ontwikkeld kunnen worden. Door dergelijke interventies zou therapietrouw hoger op de communicatie agenda van de huisarts kunnen komen. Er is in deze studie onderscheid gemaakt tussen determinanten gegroepeerd naar kenmerken van de organisatie, het consult, de arts, de patiënt en het geneesmiddel. Sommige hiervan, zoals het ervaren gebrek aan tijd, kunnen moeilijk door huisartsen alléén aangepakt worden. Het uitbreiden van de duur van een standaard consult vraagt om veranderingen op beleidsniveau. Toch kunnen ook hierop interventies ontwikkeld worden waarmee huisartsen geleerd kan worden in korte tijd correct gebruik van geneesmiddelen bij hun patiënten te stimuleren of na te gaan.

Als alternatief voor het gegeven dat de huisarts vaak geen tijd heeft of neemt voor een uitgebreide voorlichting en controle van de voorgeschreven medicatie, en het ook niet altijd als zijn verantwoordelijkheid ziet, zou deze verantwoordelijkheid volgens de huisartsen ook deels kunnen verschuiven naar de apotheker. Deze heeft tenslotte ook nu al taken in zijn pakket als het geven van informatie, advies, voorlichting en medicatiebewaking. Het motiveren van de patiënt blijven huisartsen wel meer als hun taak zien, in samenwerking met de praktijkondersteuner. Door goede afstemming met de patiënt en deze (indien mogelijk) meer inspraak te geven in de behandeling, zal de patiënt ook meer betrokken raken en daardoor wellicht ook meer therapietrouw worden. In de FTO's zouden over een dergelijke, scherper afgebakende samenwerking goede afspraken gemaakt kunnen worden en het beleid zal vervolgens continu gemonitord en geëvalueerd moeten worden.

Sommige huisartsen hebben met hun apothekers afspraken gemaakt over terugkoppeling van eventuele therapieontrouw. De apotheker geeft dan bijvoorbeeld een seintje aan de huisarts of praktijkondersteuner wanneer een patiënt zijn medicatie te laat ophaalt. Omdat er meestal meerdere apotheken aan één huisartspraktijk verbonden zijn, is dit niet eenvoudig te regelen, maar het is zeker een belangrijk systeem in het monitoren van therapietrouw bij chronische medicatie. Met de eventuele komst van het elektronisch patiënten dossier worden de mogelijkheden tot monitoren en signaleren uitgebreid. Volgens de huisartsen zal het dan makkelijker worden om over medicijngebruik te communiceren, ook omdat de medicijnen die door een specialist zijn voorgeschreven eenvoudig zijn in te zien.

De geïnterviewde huisartsen vinden dat er momenteel tijdens de huisartsopleiding en in

de richtlijnen te weinig aandacht voor therapietrouw en de communicatie daarover is. Wanneer er gedurende de basis- of vervolgopleiding meer aandacht voor zou zijn, zou het wellicht automatisch hoger op de prioriteitenlijst van de huisartsen komen te staan. De huisartsen blijken natuurlijk wel altijd hun eigen systematiek en beweegredenen hebben voor de manier waarop zij met hun patiënten praten over medicijngebruik en therapietrouw, bijvoorbeeld wanneer zij een patiënt minder in staat achten de verantwoordelijkheid te delen. Meer bewustwording en reflectie op het eigen handelen zou huisartsen kunnen helpen meer bewust te worden van de juistheid van dergelijke attitudes.

4.2 Vervolgactiviteiten

Het blijkt huisartsen – onder andere door de vele eisen die aan consultvoering worden gesteld en de beperkte tijd die ze per consult hebben - vooralsnog onvoldoende te lukken om in hun dagelijkse contacten met patiënten tijd vrij te maken voor een gesprek over goed geneesmiddelgebruik. Een mogelijke oplossing hiervoor zou kunnen zijn om chronische patiënten die langdurig geneesmiddelen gebruiken één maal per jaar actief op te roepen voor een geneesmiddelconsult, op dezelfde wijze als nu reeds door praktijkondersteuners wordt gedaan met betrekking tot onderwerpen als leefstijl en preventie. De gereserveerde tijd kan dan specifiek besteed worden aan de verschillende facetten van het geneesmiddelgebruik.

Daarnaast heeft onze reflectieve practice interventie aangetoond dat veel huisartsen de reflectiemethodiek waarderen en dat de feedback hen helpt het onderwerp geneesmiddelgebruik weer even hoger op de agenda te plaatsen. Periodieke feedback- en reflectiebijeenkomsten kunnen helpen aandacht voor het onderwerp langduriger vast te houden. Bij voldoende vraag naar dergelijke bijeenkomsten zal het mogelijk zijn daartoe de nodige (webbased) infrastructuur te ontwikkelen, waarmee huisartsen in hun eigen tijd en tempo via een beveiligde internetlink met dit onderwerp aan de slag kunnen gaan. Belangstellenden kunnen zich daartoe op het NIVEL voevoegen bij Sandra van Dulmen (s.vandulmen@nivel.nl). Door middel van nascholingen, presentaties, workshops en artikelen in vakbladen voor de betreffende beroepsgroepen zal, tenslotte, het onderwerp ook herhaaldelijk onder de aandacht gebracht worden.

De resultaten van het project maken echter ook duidelijk dat oplossingen niet alleen aan de kant van de voorschrijver gezocht moeten worden. Ook patiënten zal geleerd moeten worden hoe ze zich het beste kunnen opstellen in een gesprek waarin hun geneesmiddelgebruik aan de orde komt ten einde deze geneesmiddelen correct en veilig te gebruiken. Omdat patiënten echter verschillen in de mate waarin zij hun vragen en zorgen kunnen verwoorden, zou hiertoe een web-based interventie op maat ontwikkeld moeten worden, waarmee patiënten op geleide van hun eigen problemen geleerd en getoond kan worden hoe ze zich actiever kunnen opstellen. Een dergelijke interventie kan resulteren in een lijst met vragen die de patiënt mee kan nemen naar het eerstvolgende bezoek aan de zorgverlener. De infrastructuur voor zo'n interventie is door het NIVEL reeds ontwikkeld in het kader van het project van Albada et al (25) en kan in een vervolgoproject voor bepaalde groepen chronische medicijngebruikers inhoudelijk

ingevuld, getest en geïmplementeerd worden. Daarnaast moeten patiënten ook vanuit hun verenigingen ondersteund worden om het onderwerp communicatie rond goed geneesmiddelgebruik onder de aandacht van richtlijnontwikkelaars te krijgen.

Conclusie

Het doel van deze studie was om inzicht te verwerven in de redenen die huisartsen hebben voor de vaak summiere wijze waarop zij met de patiënt communiceren over diens medicijngebruik en therapietrouw. Ondanks de langere tijdspanne, is het met behulp van de reflective practice interviews toch goed gelukt redenen en mechanismen naar voren te brengen die bepalend zijn voor de communicatie. Dergelijke determinanten blijken per huisarts te verschillen. Zo blijken bijvoorbeeld over het geven van informatie over bijwerkingen meerdere invalshoeken te bestaan: Door bijwerkingen te melden, zullen patiënten deze ontwikkelen. Maar ook: Door patiënten uitgebreid over bijwerkingen te informeren, weten ze wat ze kunnen verwachten en zijn ze een meer gelijkwaardige gesprekspartner. Het is de combinatie van arts, patiënt, klacht en geneesmiddel die maakt wat er in een bepaalde situatie over een geneesmiddel wordt verteld. Er zijn echter wel communicatiestrategieën die therapietrouw kunnen verhogen. Deze zijn in de communicatierichtlijnen van Prins et al (13) beschreven. De basispunten van deze richtlijnen hebben wij in dit onderzoek overgenomen, en vervolgens aangevuld met de uitkomsten van de interviews (zie Appendix B). Gedurende de interviews bleek overigens dat het voor de huisartsen makkelijker was om uit te leggen waarom ze op een bepaalde manier communiceren, dan om aan te geven hoe dit veranderd zou kunnen worden.

Met behulp van deze nieuwe kennis kan het draagvlak voor toekomstige interventies vergroot worden, nu ook zicht is op de zienswijze van de huisarts zelf. Dit onderzoek laat de invloed van andere actoren (zoals praktijkondersteuners) vooralsnog buiten beschouwing.

In vervolgonderzoek zou het nuttig zijn ook de invalshoeken van andere partijen zoals patiënten, apothekers en praktijkondersteuners te achterhalen. Daardoor kunnen ook vragen beantwoord worden als: Wat zijn de voorkeuren van de patiënt zelf? Komt de hoeveelheid informatie overeen met de verwachtingen van de patiënt? Wat willen zijzelf over bijwerkingen weten? Zijn ze in staat de verantwoordelijkheid over geneesmiddelgebruik te nemen? Hoe stimuleren praktijkondersteuner de patiënt tot goed medicijngebruik?

Ervaren tijdgebrek, bekendheid met de patiënt en specifieke opvattingen over het belang van het verstrekken van informatie blijken de belangrijkste determinanten voor de wijze waarop huisartsen thans met hun patiënten over goed geneesmiddelgebruik communiceren. Door de in dit onderzoek gehanteerde reflectietechniek hebben de participerende huisartsen weer even stil kunnen staan bij de rationaliteit en het automatisme in hun eigen handswijze. Periodieke herhaling van dergelijke reflectiebijeenkomsten kan helpen het handelen rondom goed geneesmiddelgebruik hoger op de agenda te houden.

Literatuur

1. Sabaté E. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva: World Health Organization; 2003.
2. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care* 2004; 42: 200-209.
3. DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care* 2002; 40: 794-811.
4. Linschoten C van, Koningsveld R van, Moorer P. Therapietrouw bij langdurig geneesmiddelengebruik. Ervaringen en meningen over therapietrouw bij mensen die langdurig geneesmiddelen gebruiken. ARGO Rijksuniversiteit Groningen. 2005.
5. Van Dijk L, Heerdink ER, Somai D, Dulmen S van, Sluijs EM, Ridder DT de, Griens AMGF, Bensing JB. Patient risk profiles and variation in nonadherence to antidepressants, antihypertensives and oral hypoglycemics. *BMC Health Services Research* 2007; 7:51
6. Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. *Soc Sci Med* 1991; Vol 32, No 11: 1301-1310.
7. Bultman DC, Svarstad BL. Effects of physician communication style on client medication beliefs and adherence with antidepressant treatment. *Patient Educ Couns* 2000; 40: 173-185.
8. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behaviour in medical encounters. *Med Care* 1988; 26: 657-675.
9. Cox K, Stevenson F, Britten N, Dundar Y. A systematic review of communication between patients and health care professionals about medicine-taking and prescribing. London: Medicines Partnership, 2004.
10. Haskard Zolnieriek KB, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment. A meta-analysis. *Med Care* 2009; 47: 826-834
11. Bensing J, Dulmen S van, Dijk L van. Therapietrouw: hoe de 'conspiracy of silence' te doorbreken. Key-note speech, 1^e nationale therapietrouw conferentie, Nieuwegein, 18 juni 2007.
12. Brink-Muinen, A. van den, Dulmen S van, Haes H de, Visser A, Schellevis F, Bensing J. Has patients' involvement in the decision-making process changed over time? *Health Expectations* 2006; 9: 333-342.
13. Prins M, Schoen T, Doggen C, Dijk L van, Dulmen S van. Het betrekken van het perspectief van patiënt en voorschrijver bij het verbeteren van de communicatie over geneesmiddelen en therapietrouw. Utrecht, Nivel, 2008.
14. Dulmen S van, Sluijs E, Dijk L van, Ridder D de, Heerdink R, Bensing J. Patient Adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Services Research* 2007; 7:55.
15. Johnston Roberts K, Volberding P. Adherence communication: a qualitative analysis of physician-patient dialogue. *Aids* 1999; 13: 1771-1778.
16. Feldman-Stewart D, Brundage MD, Tishelman C. A conceptual framework for patient-professional communication: an application to the cancer context. *Psycho-Oncology* 2005; 14: 801-809.
17. <http://www.medicalfacts.nl/2008/09/18/huisarts-verdringt-specialist/> (15 September 2009)
18. Noordman J, Verhaak P, Beljouw I van, Dulmen S van. Consultation-room computers and the effect on general practitioner-patient communication: comparing two periods of computer use. Submitted.
19. Noordman J, Dijk C van, Verhaak P. Het zorgstelsel als onderwerp van gesprek. Utrecht: NIVEL, 2008

20. Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods* 2006; 18: 59-82.
21. Lyle J. Stimulated recall: a report on its use in naturalistic research. *Brit Educ Res* 2003; 29: 861-878.
22. Skovdahl K, Kihlgren AL, Kihlgren M. Dementia and aggressiveness: stimulated recall interviews with caregivers after video-recorded interactions. *Clin Nursing* 2004; 13: 515-25.
23. Urquhart J, Vrijens B. New findings about patient adherence to prescribed drug dosing regimes: an introduction to pharmionics. *Eur Hosp Pharm Sci* 2005; 11: 103-106.
24. Roter D. The Roter Method of Interaction Process Analysis. www.rias.org/manual (2-9-2009).
25. Albada A, Dulmen S van, Otten R, Bensing JM, Ausems MGEM. The development of E-info gene^{ca}: a computer-tailored intervention prior to breast cancer genetic counselling. *J Gen Couns* 2009; 18: 326-338

Appendix A: Reflective Practice Protocol

Procedure

1) Inleidende tekst:

“We gaan nu enkele momenten uit uw consulten bekijken en met uw doorspreken. Onze doelstelling voor dit gesprek is te begrijpen waarom de communicatie in een consult gaat zoals het gaat en welke aspecten volgens u uw communicatie beïnvloeden. Aangezien communicatie een erg breed terrein is, hebben we ervoor gekozen een actueel thema uit te lichten, namelijk communicatie over geneesmiddelgebruik en therapietrouw.”

2) Na de betreffende videoband een minuut te hebben laten zien, worden allereerst de volgende vragen gesteld:

- “Kunt u zich dit consult herinneren?”
- “Hoe goed kent u deze patiënt?”
- “Wat waren uw verwachtingen of doelstellingen in dit consult?”

3) Interview tekst:

“We zullen nu de videoband stoppen bij enkele vooraf door ons geselecteerde momenten, waarbij we proberen een zo goed mogelijk beeld te krijgen van uw communicatiestijl en de beweegredenen die daarachter zitten. De momenten en vragen hierover zijn ingegeven door de al bestaande aandachtspuntenlijsten voor de communicatie over goed geneesmiddelgebruik. Vragen zijn dus huisarts- en consultspecifiek.”

4) Vragen ten aanzien van mogelijke oplossingen:

- “Wat zou voor u persoonlijk ervoor zorgen dat u meer over medicijngebruik praat?”
- “Hoe denkt u dat therapietrouw hoger op de agenda kan worden gezet?”

Appendix B: Communicatierichtlijnen

Communicatierichtlijnen therapietrouw	Aanvullingen op communicatierichtlijnen
<i>Informeert - Voorkómen van therapieontrouw</i>	
Ga na welke ideeën uw patiënt heeft bij het slikken van medicijnen. Let op mogelijke weerstanden.	Dit kan per medicijn anders zijn voor een patiënt. Besteed hierbij aandacht aan de culturele achtergrond van de patiënt. Deze kan samenhangen met een andere ziekteperceptie.
Leg uit wat voor 'soort' medicijn het is.	Dit zou kunnen samenvallen met uitleg over de soort aandoening.
Geef duidelijke uitleg over de werking en de effecten van de medicijnen. Leg uit wat het verschil en belang is van onderhoudsmedicatie en 'on-demand' medicatie	Het onderwerp therapietrouw is van groter belang bij chronische medicatie of onderhoudsmedicatie.
Besteed aandacht aan de duur van het gebruik en aan wanneer men effect kan verwachten.	Leg uit of en wanneer de patiënt kan stoppen met de medicatie, of er een bepaalde tijdsduur aan het gebruik verbonden is.
Wijs uw patiënt op de meest voorkomende bijwerkingen en bijwerkingen waarbij actie moet worden ondernomen (bijvoorbeeld contact opnemen met de arts). Geef aan hoe lang bijwerkingen kunnen optreden en wat je er aan kunt doen.	Het medicijngebruik wordt vaak aan het einde van het consult besproken. Probeer hier bewust tijd voor vrij te houden of het gesprek hierover naar voren te halen.
Check steeds of uw patiënt uw informatie begrepen heeft. Laat uw patiënt zonodig informatie en instructies herhalen of voorlezen.	Indien mogelijk kunt u naast de mondelinge uitleg ook schriftelijke informatie meegeven.
Bespreek de verschillende behandelopties.	Probeer zoveel mogelijk eerder in het consult te bespreken, om tijdgebrek op het eind te voorkomen.
Weeg samen met uw patiënt de verwachte effecten en bijwerkingen van de medicamenteuze behandeling tegen elkaar af	U kunt vragen of de patiënt hier behoefte aan heeft, of dat deze liever de arts laat beslissen.
Geef aan waar uw patiënt terecht kan voor uitgebreide uitleg of instructie over herhaalmedicatie.	De apotheek of praktijkondersteuner kan hier ook een rol spelen.
Krijgt uw patiënt verschillende soorten medicijnen met verschillende doseringen en tijdstippen van inname? Schrijf dit dan op papier (of laat de patiënt dat doen).	Hier kunnen ook afspraken met de apotheker of praktijkondersteuner over gemaakt worden.
Stem uw informatie af op de fase van ziekteacceptatie waarin uw patiënt zit. Biedt zonodig begeleiding aan om de patiënt te leren omgaan met zijn ziekte.	
Onderstreep het belang van routine in het gebruik van de medicijnen om te zorgen dat ze niet vergeten worden.	Leg uit wat de patiënt moet doen wanneer de medicatie vergeten wordt.
Vraag aan het einde van een consult expliciet of uw patiënt met het medicamenteuze behandelvoorstel instemt.	Niet elke patiënt zal dit uit zichzelf aangeven.

Communicatierichtlijnen therapietrouw	Aanvullingen op communicatierichtlijnen
Vraag na - Signaleren en opsporen van therapieontrouw	
Vraag tijdens herhaalconsulten (vooral bij de 2e uitgifte na twee weken) naar de ervaringen en eventuele zorgen van uw patiënt over het medicijngebruik.	Realiseer u dat niet elke patiënt dit spontaan of eerlijk zal melden.
Vraag hoe uw patiënt het medicijngebruik inpast in het dagelijkse leven.	Een onregelmatige leefstijl kan invloed hebben op het geneesmiddelgebruik.
Vraag aan uw patiënt of het gelukt is het medicijn volgens voorschrift (wijze, frequentie, gebruikelijke tijdstip) in te nemen.	Ook al kent u de patiënt langer, dan kan deze toch problemen hebben met de inname van medicatie.
Vraag uw patiënt diens medicijngebruik in eigen woorden te beschrijven.	
Vraag naar eventueel ervaren bijwerkingen.	Niet elke patiënt weet welke bijwerkingen hij zou moeten rapporteren.
Vraag naar ervaren effect. Leg uw patiënt uit dat dit uw enige 'ijkpunt' is voor wat betreft het effect van de medicijnen.	
Vraag (direct) naar therapietrouw. Let hierbij op signalen die kunnen wijzen op therapieontrouw en vraag door (o.a. naar frequentie, tijdstippen, redenen).	Wanneer de patiënt niet achter het gebruik staat, zal hij niet doorgaan met de medicatie.
Therapieontrouw? Corrigeer! - Onbewuste therapieontrouw	
Loop samen eens een dag door. Zoek samen naar geschikte momenten om de medicijnen voortaan in te nemen.	Probeer hier tijd voor vrij te maken, bij oudere patiënten kan dit een goed hulpmiddel zijn.
Bespreek wat uw patiënt kan doen bij het vergeten van medicatie.	De apotheker of praktijkondersteuner zou eveneens aanspreekpunt kunnen zijn.
Bespreek het belang van routines of geheugensteuntjes en geef tips die er toe kunnen bijdragen dat het gebruik van de medicijnen (op tijd) plaatsvindt.	Probeer hier tijd voor vrij te maken, bij oudere patiënten kan dit een goed hulpmiddel zijn.
Maak samen met uw patiënt een plan hoe de medicamenteuze behandeling te vervolgen en te evalueren.	Realiseer u dat niet ingenomen medicijnen een onnodige kostenpost zijn.
Kom in volgende bezoeken terug op het overeengekomen beleid en stel dit zonedig bij.	
Betrek de partner of omgeving bij de behandeling.	
Bewuste therapieontrouw	
Vraag naar redenen van therapieontrouw. Probeer misvattingen of (onnodige) zorgen te ontkrachten of weg te nemen.	Leg uit wat er gebeurt wanneer de medicatie wordt overgeslagen.
Als een middel niet vergoed wordt, sta dan stil bij de kosten van het medicijn. Zoek zonedig naar alternatieven.	
Maak zo mogelijk samen met uw patiënt een plan hoe de medicamenteuze behandeling te vervolgen.	Realiseer u dat niet ingenomen medicijnen een onnodige kostenpost zijn.