

Het betrekken van het perspectief van patiënt en voorschrijver bij het verbeteren van de communicatie over geneesmiddelen en therapietrouw

Rapportage van het gezamenlijke project van NPCF en NIVEL aan Stichting Fonds PGO uitgevoerd in 2007/ 2008

Marijn Prins, NIVEL
Tom Schoen, NPCF
Cindy Doggen, UvA
Liset van Dijk, NIVEL
Sandra van Dulmen, NIVEL

Inhoudsopgave

	pagina
1. Inleiding	2
2. Methode	3
2.1 Projectorganisatie	3
2.2 Projectuitvoering	3
2.3 Voorwerk	4
2.4 Het onderzoek	4
2.4.1 Video-opnames	4
2.4.2 Observatieprotocollen	5
2.4.3 Therapietrouw en concordantie	5
2.4.4 Observaties	5
2.4.5 Focusgroepen en een cliëntraadpleging	6
2.4.6 Verzamelen en terugkoppelen van nieuwe video-opnames	7
2.5 Aanbevelingen klankbordgroep	7
2.6 Tijdschema van de verschillende activiteiten	8
3. Resultaten	10
3.1 Algemene aandachtspunten voor de zorgverlener	10
3.2 Structuur in aandachtspunten voor de communicatie	11
3.3 Aandachtspunten bij hypertensie	12
3.3.1 Aandachtspunten voor de zorgverlener	12
3.3.2 Aandachtspunten voor de patiënt	13
3.4 Aandachtspunten bij astma/COPD	14
3.4.1 Aandachtspunten voor de zorgverlener	14
3.4.2 Aandachtspunten voor de patiënt	15
3.5 Aandachtspunten bij depressie	16
4.5.1 Aandachtspunten voor de zorgverlener	16
4.5.2 Aandachtspunten voor de patiënt	17
4. Implementatie	18
4.1 Implementatie activiteiten	18
4.2 Permanente implementatie	19
4.3 Voorbeeld van implementatie: Creëer uw eigen vragenlijst	20
5. Conclusie en aanbevelingen	22
Referentielijst	23
Bijlagen	23
Bijlage 1a – Gemaakte afspraken met SHHV	24
Bijlage 1b – Gemaakte afspraken met Astma Patiënten Vereniging VbbA/LCP	25
Bijlage 2 – Klankbordgroep	27
Bijlage 3 – Voorbeeld observatieprotocol bij hypertensie	28
Bijlage 4 – Samenvattingen focusgroep gesprekken	31
Bijlage 5 – Aantallen en frequenties van (niet)besproken onderwerpen	44
Bijlage 6 – Voorbeelden van <i>missed opportunities</i> en <i>best practices</i>	48
Bijlage 7 – Aandachtspuntenlijsten in PDF	59

1. Inleiding

Therapieontrouw is wereldwijd een probleem van grote omvang. Door het niet (adequaat) opvolgen van therapeutische adviezen, krijgen veel patiënten niet de maximale effecten van hun behandeling, wat nadelige gevolgen heeft voor hun kwaliteit van leven en gezondheidstoestand (WHO, 2003). Ook al wordt dit probleem reeds lang onderkend en is het veelvuldig onderzocht, de resultaten van deze studies zijn over het algemeen vrij teleurstellend (McDonald et al, 2002). Het is daarom van belang nieuwe wegen te zoeken om therapietrouw te verbeteren (van Dulmen et al., 2007; 2008). Meer aandacht voor *best practices* en het perspectief van patiënten zal daarin een plaats moeten krijgen. Recent onderzoek laat namelijk zien dat er een behoorlijke variatie is tussen huisartsen in de mate waarin hun patiënten therapietrouw zijn (van Dijk et al, 2007). Dit kan mogelijk verklaard worden door verschillen in de manier waarop huisartsen met hun patiënten over het gebruik van geneesmiddelen praten. Resultaten uit het observatieonderzoek van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2) laten zien dat patiënten in het algemeen weliswaar goed geïnformeerd worden over een behandeling, maar dat het praten over bijwerkingen en alternatieven onvoldoende gebeurt (van den Brink-Muinen et al, 2005). Over therapietrouw wordt nog minder gesproken (Bensing & Verheul, 2006). Blijkbaar rust er een taboe op het praten over geneesmiddelgebruik. De resultaten van een recent onderzoek bij patiënten met depressie wijzen ook op de belangrijke rol van het arts-patiënt contact bij het optimaliseren van behandelresultaten (Vergouwen, 2006). Vooral het nagaan of de patiënt de voorgeschreven medicijnen inneemt blijkt hierbij cruciaal. In het algemeen komt de inbreng en de rol van de patiënt bij het vergroten van behandelresultaten nog onvoldoende uit de verf. Toch moet de sleutel tot het vergroten van therapietrouw vooral gezocht worden in de *empowerment* van patiënten (Keers & Ubink-Veltmaat, 2005; Anderson & Funnell, 2005). Ongeveer één op de drie medicijngebruikers vindt dat voorschriften meer op de persoonlijke situatie moeten worden afgestemd (ARGO-RuG, 2005). Verwacht kan worden dat een betere afstemming een positief effect zal hebben op de therapietrouw – en in bredere zin op de concordantie. Om dit te bereiken is het enerzijds van belang inzicht te verkrijgen in de manier waarop het praten over geneesmiddelen en therapietrouw in de dagelijkse medische praktijk verloopt en gefaciliteerd kan worden en anderzijds in de manier waarop het perspectief van de patiënt hierin betrokken kan worden.

In het huidige project is onderzocht op welke wijze het perspectief van de patiënt en voorschrijver benut kan worden bij de bevordering van therapietrouw.

Hierbij worden de volgende 2 vragen beantwoord:

1) Op welke wijze wordt er tijdens huisartscontacten over geneesmiddelen en therapietrouw gecommuniceerd?

2) Hoe kan het praten over geneesmiddelen en therapietrouw worden gefaciliteerd?

Deze laatste vraag kan onder andere worden beantwoord door te kijken naar gemiste kansen (*missed opportunities*) en goede voorbeelden (*best practices*) in de communicatie.

Dit project dient te resulteren in aandachtspuntenlijsten voor de communicatie door patiënt en voorschrijver over geneesmiddelen en therapietrouw. Als vervolg hierop wordt bekeken op welke wijze de hieruit resulterende aandachtspunten geïmplementeerd kunnen worden.

2. Methoden

2.1 Projectorganisatie

De projectleiding was in handen van de NPCF en het NIVEL: vanuit beide organisaties werkte een projectleider aan het project. Bij het NIVEL is voor de uitvoering van (onderzoeks)activiteiten een onderzoeker aangesteld. De projectleiding heeft frequent overleg gehad in verband met afstemming van werkzaamheden, planning en verdeling van taken.

Ter advisering van de projectleiding zijn relevante 'stakeholders' benaderd voor participatie aan een klankbordgroep. De volgende partijen zijn benaderd: NHG, KNMP, VWS, DGV, CG-raad, Astma patiëntenvereniging en Stichting Hoofd, Hart en Vaten (SHHV). Partijen waren graag bereid om deel te nemen aan de klankbordgroep. De klankbordgroep werd voorgezeten door de NPCF (teammanager kwaliteit). De klankbordgroep is drie maal bij elkaar geweest (zie ook paragraaf 2.5)

In de startfase van het project is regelmatig overleg gevoerd met de CG-raad, in verband met de afstemming tussen het NPCF/NIVEL project en het project van de CG-raad ('Geneesmiddelengebruik vanuit patiëntenperspectief: de inzet van ervaringsdeskundigheid van mensen met een chronische aandoening in de farmacotherapeutische behandeling').

2.2 Projectuitvoering

Deze paragraaf beschrijft de ondernomen activiteiten die in het kader van het project zijn uitgevoerd.

Onderwerpkeuze

Besloten is om voor de aandoeningen hypertensie en astma/COPD aandachtspuntenlijsten te ontwikkelen. De volgende argumenten hebben daarbij een rol gespeeld:

- Vanuit het platform Vitale Vaten wordt een zorgstandaard vasculair risicomanagement ontwikkeld. Deze standaard is gebaseerd op de vigerende richtlijnen, maar geeft ook aan *hoe* deze kunnen worden toegepast. Het platform Vitale Vaten bestaat uit vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en zorgaanbieders (zie www.platformvitalevaten.nl). De zorgstandaard wordt ontwikkeld voor patiënten én zorgaanbieders. De oplevering van de aandachtspuntenlijsten zou in dezelfde periode zijn als de oplevering van de zorgstandaard: begin 2008. De Stichting Hoofd, Hart en Vaten heeft in het kader van de zorgstandaard focusgroepen georganiseerd.
- De astmapatiëntenvereniging Vbba/LCP werkt aan een project waarin kwaliteitscriteria voor astma/COPD-zorg ontwikkeld worden vanuit het patiëntenperspectief. Hiertoe gaan ze na wat patiënten zelf als goede kwaliteit van zorg beschouwen.
- De onderwerpkeuze van de CG-raad voor hun project: astma/COPD. Dit project is gericht op het verhogen van therapietrouw bij astma en COPD door middel van na- en bijscholing vanuit het patiëntenperspectief.
- De (voor de patiënt) merkbare effecten van al of niet medicijnen op de juiste wijze gebruiken. Bij astma/COPD kunnen patiënten direct effecten verwachten en bij hypertensie is dit in de regel niet zo. Het is interessant om voor beide groepen aandachtspunten te ontwikkelen.
- De grote hoeveelheid beschikbare video-opnames van het NIVEL ten aanzien van hypertensie consulten bij de huisarts.
- De FTO-module COPD (van DGV) zou eind 2007 herzien worden. De aandachtspuntenlijst voor astma/COPD zou hierin een plek kunnen krijgen.

Met de keuze voor hypertensie en astma/COPD zijn chronische aandoeningen gekozen die verschillen in symptomen en medicamenteuze behandelingen en waarvoor recente richtlijnen of standaarden bestaan. Bovendien is samenhang gerealiseerd met andere relevante projecten (CG-Raad en Astma patiëntenvereniging Vbba/LCP). Gedurende de loop van het project zag de projectleiding ook mogelijkheden om voor de aandoening 'depressie' tot aandachtspuntenlijsten te komen. Als type aandoening en medicatie (antidepressiva) dat wordt gebruikt, is depressie weer totaal anders dan

astma/COPD en hypertensie. Omdat de video-opnames en observatieprotocollen reeds beschikbaar waren en een focusgroep onder antidepressiva gebruikers kon worden geregeld, vonden wij dit een nuttige uitbreiding. Door het latere includeren zijn de resultaten en aandachtspuntenlijsten voor de communicatie bij depressie niet tijdens de klankbordgroepbijeenkomsten aan bod gekomen. Hierdoor zijn er ook nog geen implementatieplannen voor deze resultaten opgesteld. In de toekomst kan hier uiteraard wel mee verder worden gegaan.

2.3 Voorwerk

Uit het project ‘Goede voorbeelden’ van de NPCF was relevante informatie te vinden over ‘goede COPD-zorg’ vanuit patiëntenperspectief. Deze informatie is geordend op grond van de algemene kwaliteitscriteria van de NPCF en vormde de start voor het kwalitatieve onderzoeksdeel van het NIVEL ten aanzien van COPD. Voorafgaand aan de uitvoering van de focusgroepen voor hypertensie is overleg geweest met de Stichting Hoofd, Hart en Vaten om inhoudelijk af te stemmen. Ook zijn er samenwerkingsafspraken gemaakt met de SHHV met betrekking tot de organisatie van focusgroepen en uitwisseling van resultaten (bijlage 1A). Met de Astmapatiëntenvereniging is ook inhoudelijk overleg geweest en zijn eveneens afspraken gemaakt (bijlage 1B).

2.4 Het onderzoek

Binnen dit project werd een gecombineerde aanpak gehanteerd waarbij observaties van op video opgenomen gesprekken tussen huisarts en patiënt tijdens spreekuurconsulten, werden aangevuld met kwalitatieve focusgroep gesprekken met patiënten. Hiermee kon precies worden beschreven hoe en over welke onderwerpen wordt gesproken tijdens spreekuurcontacten en werd er informatie verzameld over de ervaringen en meningen over de communicatie van patiënten zelf. Aan de hand van deze gegevens zijn concept aandachtspuntenlijsten opgesteld. Er zijn twee verschillende lijsten gecreëerd: één voor de patiënt, als voorbereiding op en ondersteuning tijdens een gesprek met een zorgverlener (huisarts), en één voor de hulpverlener (huisarts), als hulpmiddel bij de communicatie over geneesmiddelen en om therapieontrouw te voorkomen, te signaleren of op te lossen. Vervolgens zijn terugkoppelgesprekken gevoerd met huisartsen en patiënten apart, naar aanleiding van nieuwe video opnames van hun spreekuurconsulten. Hierin zijn beweegredenen achter geobserveerd gedrag uitgevraagd en gemiste kansen in het bespreken van medicatiegebruik en therapietrouw doorgesproken. Deze informatie werd gebruikt om de concept aandachtspuntenlijsten aan te vullen.

2.4.1 Video-opnames

In het kader van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2) zijn in 2001 2784 alledaagse huisartsconsulten op video opgenomen. In bijna de helft van de consulten heeft de huisarts medicijnen voorgeschreven. Voor deze studie zijn alle consulten geselecteerd waarbij de patiënt een eerste of herhaalrecept krijgt voorgeschreven bij de volgende diagnoses: Hypertensie (ICPC¹ code K85, K86, K87), 94 consulten; COPD of astma (ICPC¹ code R95 resp. R96), 23 consulten; en depressie (ICPC¹ code P76), 27 consulten. Deze drie ziektecategorieën zijn voor deze studie geselecteerd vanwege het feit dat ontrouw binnen elk van die categorieën op een of andere manier gestalte krijgt. Sommige consulten bleken achteraf niet bruikbaar omdat het gesprek niet over de genoemde diagnoses ging of omdat er geen recept voor de specifieke aandoening werd voorgeschreven, waardoor er uiteindelijk 90 consulten met hypertensie patiënten werden geobserveerd, 23 met astma/COPD en 23 met depressie patiënten.

¹ De International Classification of Primary Care (ICPC) is in Nederland geaccepteerd als standaard voor coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartspraktijk.

2.4.2 Observatieprotocollen

Bij het observeren van de huisartsconsulten is gebruik gemaakt van aan de hand van de NHG-richtlijnen ontwikkelde observatieprotocollen. Allereerst werd het protocol voor de hypertensie consulten opgesteld, getest en aangepast. Hierna werd dit protocol aangepast voor respectievelijk astma/COPD-consulten en depressieconsulten.

Elk observatieprotocol bestond uit twee delen. Het eerste deel bestond uit items die gescoord konden worden als 'Wordt wel/ niet besproken'. Verder kon worden aangegeven op wiens initiatief dit was, die van de arts of de patiënt. Op basis van de NHG richtlijnen en het Cardiovasculair risicomanagement 2006 bij hypertensie (als vervanging van de NHG richtlijnen), uitgebreid met onderwerpen uit de WGBO en uit verschillende studies naar therapietrouw en concordantie (o.a. Elwyn et al, 2003; Marinker & Shaw, 2003) werden de volgende hoofd observatiecategoriën gekozen: Uitleg bij (eerste) uitgifte; Medicatie(gebruik); Niet medicamenteuze behandeling; Stappen om tot concordantie te komen (omtrent medicijngebruik).

In het tweede deel van het observatieprotocol werd de conversatie over medicatiegebruik letterlijk uitgeschreven. Wanneer de arts of patiënt een verbale uiting gaf over medicatie(gebruik), een (herhaal)recept of therapie(on)trouw, werd dit gezien als 'cue' en begon het uitschrijven van de conversatie. De reactie van de ander werd gezien als 'cue-response' en ook altijd letterlijk genoteerd. Dit ging door tot dat het gesprek niet meer over medicijn(gebruik) ging. De observaties van deel 2 van het protocol werden vervolgens door vier onderzoekers per aandoening beoordeeld en geordend en de meest opvallende of kenmerkende uitspraken werden samengevat in een tabel. Deze werden gescoord als goede of slechte voorbeelden, ook wel *best practices* en *gemiste kansen (missed opportunities)* in de communicatie genoemd. Zie bijlage 3 voor een voorbeeld van het observatieprotocol bij hypertensie.

2.4.3 Therapieontrouw en concordantie

Binnen dit onderzoek wordt het begrip therapieontrouw geoperationaliseerd als het helemaal niet, niet op tijd, of niet genoeg innemen van medicatie evenals het op een onjuiste manier nemen van medicatie. Mensen kunnen hun medicatie bewust (intentionele therapieontrouw) of onbewust (niet intentionele therapieontrouw) niet juist innemen waardoor de werking vermindert. Verder kan medicatie ook teveel (te hoge dosering) of voor een te lange periode worden gebruikt. Bij inhalatie medicatie voor astma of COPD kan onbewuste therapieontrouw een grote rol spelen, doordat mensen geen goede inhalatie-instructies hebben gekregen of omdat deze technieken soms erg ingewikkeld kunnen zijn.

De definitie van concordantie die binnen dit onderzoek wordt gehanteerd hangt nauw samen met gezamenlijke besluitvorming, ook wel *shared decision making* genoemd. Volgens o.a. Jordan et al. (2002) is de gezamenlijke besluitvorming het *proces* met als *doel* concordantie. De patiënt zou zijn of haar zorgen of voorkeuren voor behandeling uit moeten spreken, terwijl de zorgverlener (*evidence based*) informatie zou moeten geven en zijn of haar klinische ervaring en advies over de behandeling moeten geven. Wanneer er een gezamenlijke beslissing wordt genomen waarmee beide partijen het eens zijn, is er sprake van concordantie, dus een overeenstemming tussen arts en patiënt over de in te zetten behandeling.

2.4.4 Observaties

De observaties werden gedaan door twee observatoren, de onderzoeker van dit project en een Psychologie/ Communicatie wetenschappen stagiaire. Van de 90 hypertensie consulten zijn er 20 door beide observatoren onafhankelijk van elkaar bekeken. De overeenstemming tussen de twee beoordelaars, ook wel Cohen's Kappa genoemd, was 0,89. Dit houdt in dat er een zeer hoge overeenstemming was tussen de twee beoordelaars.

De observaties van het eerste deel van het protocol zijn ingevoerd in SPSS zodat er (rechte) tellingen konden worden uitgevoerd. In bijlage 5 staan de percentages van de (niet-) besproken onderwerpen.

De observaties gaven antwoord op de volgende vragen:

- 1) Hoe vaak en op welke manier, wordt er in de spreekkamer van de huisarts gecommuniceerd over geneesmiddelengebruik (o.a. noodzaak, alternatieven, gebruik, therapietrouw, bijwerkingen) en op wiens initiatief?

- 2) Welke communicatieve gedragingen kunnen als *best practice* respectievelijk *gemiste kans* worden aangemerkt?
- 3) In welke mate stemt de patiënt in met de voorgeschreven medicamenteuze behandeling (concordantie)?

2.4.5 Focusgroepen en een cliëntenraadpleging

Totaal zijn er vier focusgroep bijeenkomsten gehouden, één met (primaire) hypertensie patiënten, twee met astma/COPD patiënten en één met antidepressiva gebruikers (m.n. depressie patiënten). Hiernaast heeft er een cliëntenraadpleging plaatsgevonden onder patiënten met hart en vaatziekten en hoog risico (op hart- en vaatziekten) patiënten. De focusgroep bijeenkomsten zijn in samenwerking met Astma Patiënten Vereniging Vbba/ LCP, Stichting Hoofd Hart en Vaten (SHHV) en een apotheker uit Moergestel georganiseerd en uitgevoerd. In bijlage 4 zijn de beknopte verslagen van de vier focusgroep gesprekken te vinden.

Hypertensie

In samenwerking met de Beatrixapotheek in Den Helder is op 13 juni 2007 een focusgroep gehouden met zes mensen (twee mannen, vier vrouwen) die maximaal twee soorten antihypertensiva en geen medicatie voor andere aandoeningen gebruikten. De apotheker (Dhr. D. Dupalo) heeft een selectie gemaakt van mensen die binnen deze groep vielen en hen telefonisch benaderd. De zes hypertensie patiënten waren gemiddeld 56,8 jaar oud (range 47-70 jaar). Zij slikten sinds twee tot zeven jaar een antihypertensivum. In de focusgroep met hypertensie patiënten zijn de volgende vragen/onderwerpen behandeld:

- 1) Hoe is het om hypertensie te hebben en geneesmiddelen te (moeten) gebruiken?
- 2) Hoe gaat het innemen van medicatie, waar loopt u tegen aan, waar liggen de knelpunten?
- 3) Waar zou u mee geholpen zijn, wat kunnen tips zijn voor andere patiënten?
- 4) Wat kan de huisarts of apotheker doen om u beter te helpen bij het medicijngebruik en het ziek zijn?

Als aanvulling hierop zijn bovengenoemde vragen ook gesteld aan vijftien patiënten met hart en vaatziekten en zeven hoog risico patiënten tijdens een focusgroep gesprek en telefonische interviews. Deze cliëntenraadpleging was georganiseerd voor de 'Ontwikkeling Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement' die in opdracht van de Nederlandse Hartstichting/ Platvorm Vitale vaten wordt ontwikkeld (Ella Visserman, 2007). Er deden tien hart- en vaatpatiënten mee aan de focusgroep (vijf mannen, vijf vrouwen). Vijf hart- en vaatpatiënten en zeven hoog risico patiënten werden telefonisch geïnterviewd. De grote meerderheid (19 van de 22 patiënten) was 50 jaar of ouder en meer dan de helft (veertien patiënten) had een hogere opleiding genoten (HBO+ of WO+).

Astma/ COPD

In samenwerking met de Astma Patiënten Vereniging Vbba/ LCP (Drs. C. Kalsbeek) werden twee focusgroep bijeenkomsten gehouden met respectievelijk twaalf en acht astma/ COPD patiënten. De bijeenkomsten werden gehouden op 14 augustus 2007 op het NIVEL te Utrecht en op 23 augustus 2007 bij Het Ondersteuningsburo (HOB) te Amersfoort. De Astma Patiënten Vereniging Vbba/ LCP zorgde voor de werving van patiënten en het NIVEL voor de uitwerking van de resultaten. De twee focusgroepen werden gehouden door beide partijen samen.

In de focusgroepen met astma/ COPD patiënten zijn de volgende vragen/onderwerpen behandeld:

- 1) Hoe is het om astma/ COPD te hebben en geneesmiddelen te (moeten) gebruiken? Wat voor invloed heeft dit op uw dagelijks leven?
- 2) Hoe gaat het innemen van medicatie, waar liggen de knelpunten?
- 3) Waar zou u mee geholpen zijn, wat kunnen tips zijn voor andere patiënten?
- 4) Wat kunnen de verschillende hulpverleners (huisarts, longarts, longverpleegkundige, apotheker etc.) doen om u beter te helpen bij het medicijngebruik en omgaan met de ziekte?

Aan de eerste focusgroep deden vijf mannen en zeven vrouwen mee. Bijna allemaal hadden zij al jaren geleden de diagnose COPD of longemfyseem gekregen, soms in combinatie met allergieën of astma (sinds de kindertijd). Aan de tweede focusgroep deden zes mannen en twee vrouwen mee. Deze

mensen gaven ook aan sinds langere tijd astma of COPD te hebben (sommigen noemde het CARA, chronische bronchitis). Er was geen duidelijk onderscheid te maken tussen astma en COPD patiënten, de meesten hadden beide diagnoses. De gemiddelde leeftijd van de patiënten in de twee groepen was respectievelijk 69 en 67 jaar.

Depressie

In samenwerking met Apotheek Moergestel is op 29 oktober 2007 een focusgroep gehouden met vijf vrouwen die een antidepressivum gebruikten. De apotheker (Mevr. M. Hamelijnc) heeft een selectie gemaakt van mensen die een antidepressivum gebruikten en hen telefonisch benaderd. De vijf vrouwelijke antidepressiva gebruikers die mee wilden werken waren gemiddeld 46,8 jaar oud (range 40-58 jaar). Zij slikten sinds twee maanden tot +/- tien jaar een SSRI (selectieve serotonine heropname remmers). In de focusgroep zijn de volgende vragen/onderwerpen behandeld:

- 1) Hoe is het om een antidepressivum te (moeten) gebruiken? Wat voor invloed heeft dit op uw dagelijks leven?
- 2) Hoe gaat het innemen van de medicatie, waarom is het soms moeilijk, waar liggen de knelpunten?
- 3) Welke vorm(en) van hulp ontvangt u nu of heeft u ontvangen? Waar heeft u behoefte aan?
- 4) Wat kunnen de verschillende hulpverleners doen om patiënten beter te helpen? Waarmee zou u geholpen zijn, wat verwacht u van uw arts of apotheek?

2.4.6 Verzamelen en terugkoppelen van nieuwe video-opnames

In twee huisartspraktijken in Nederland zijn nieuwe video opnames gemaakt van spreekuurconsulten. Een huisarts uit Dinxperlo en vier huisartsen van de huisartsenmaatschap 'Landauer' in Purmerend deden mee aan het onderzoek. Van elke van deze vijf huisartsen zijn 20 consulten op video opgenomen gedurende een of twee dagen. Totaal zijn er dus 100 nieuwe video opnames gemaakt. Aan de patiënten die toestemming hadden gegeven om opnames te maken tijdens hun consult, werd tevens gevraagd of zij er bezwaar tegen hadden om op een later tijdstip nog eens benaderd te worden voor dit onderzoek.

Na observatie van deze 100 nieuwe consulten bleken er per huisarts gemiddeld 2 consulten betrekking te hebben op medicatie(gebruik) bij hypertensie, astma/COPD of depressie. Met de vijf huisartsen werd een afspraak gemaakt om de selectie consulten terug te bekijken en te praten over de gemiste kansen en beweegredenen met betrekking tot de geobserveerde communicatie. Als de patiënten, die in deze consulten de andere partij waren, toestemming hadden gegeven om nogmaals benaderd te worden voor dit onderzoek, werden zij telefonisch benaderd en ook uitgenodigd voor een terugkijk sessie. Aan deze patiënten werd ook gevraagd waarom ze bepaalde zaken wel of niet hadden besproken met de huisarts en waar in de communicatie eventuele gemiste kansen liggen naar hun idee. Slechts twee patiënten kwamen in aanmerking voor dit 'terugkijken' én waren bereid om mee te werken. Deze zogeheten *stimulated recall* sessies werden gebruikt als aanvulling en aanscherping van de reeds ontwikkelde aandachtspunten lijsten voor hulpverleners en patiënten.

2.5 Aanbevelingen klankbordgroep

De klankbordgroep is 3 maal bijeen geweest: in april 2007, september 2007 en januari 2008. In de eerste vergadering zijn de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de klankbordgroep besproken (zie bijlage 2), is het project toegelicht en zijn dwarsverbanden gelegd met andere activiteiten. In de tweede vergadering lag de focus op de inhoud: de aandachtspunten. De aandachtspunten werden herkend door de patiëntenorganisaties en zorgaanbieders. De klankbordgroep heeft diverse adviezen gegeven met de betrekking tot de inhoud en de presentatie van de aandachtspunten. De laatste klankbordgroepvergadering ging met name over de implementatie van de aandachtspunten: waar zitten aanknopingsmogelijkheden (richtlijnen, standaarden, (na)scholing, etc) en wat zijn bruikbare en nuttige presentatievormen.

2.6 Tijdschema van de verschillende activiteiten

Wie	Wat	Maand	Jaar	Resultaat
NPCF/ NIVEL	Afspraken maken met betreffende patiëntenorganisaties: SHHV en Astma Patiënten Vereniging.	januari - februari	2007	Zie bijlagen 1a en 1b.
NPCF	Vorbereiding criteria vanuit patiëntenperspectief op basis van projecten NPCF	januari	2007	Basisdocument voor focusgroepen astma/COPD
NPCF	Samenstellen klankbordgroep	januari - februari	2007	Zie bijlage 2.
NIVEL	Organisatie en planning focusgroepen met astma/COPD patiënten	februari - mei	2007	Afstemmen met astma patiënten vereniging welke vragen te stellen tijdens 2 focusgroep gesprekken en de rolverdeling in uit te voeren taken.
NIVEL	Organisatie en voorbereiding focusgroep met hypertensie patiënten	maart - april	2007	Afspraken met Beatrix apotheek over patiëntenwerving en vragen tijdens het focusgroep gesprek.
NIVEL	Ontwikkelen van een observatieprotocol video-opnames	februari - juni	2007	Observatieprotocol voor hypertensie consulten. Vervolgens aangepast voor astma/COPD- en depressie consulten.
NIVEL	Analyse 90 video-consulten t.a.v. communicatie rondom antihypertensiva gebruik	april - juni	2007	Concept aandachtspuntenlijst voor huisartsen rondom hypertensie.
NPCF/ NIVEL	1 ^e bijeenkomst klankbordgroep	april	2007	Feedback op de inhoud van het onderzoek en de plannen. Afstemming van de verschillende projecten op elkaar.
NIVEL	Analyse 23 video-consulten t.a.v. communicatie rondom medicijn gebruik bij astma/COPD	juni - juli	2007	Concept aandachtspuntenlijst voor huisartsen rondom astma/ COPD.
NIVEL	Uitvoering focusgroep met hypertensie patiënten	juni	2007	Concept aandachtspuntenlijst voor hypertensie patiënten.
NIVEL	Uitvoering focusgroepen met astma/COPD patiënten	augustus	2007	Concept aandachtspuntenlijst voor astma/COPD patiënten.
NIVEL	Analyse 23 video-consulten t.a.v. communicatie rondom medicijn gebruik bij depressie	augustus - september	2007	Concept aandachtspuntenlijst voor huisartsen rondom depressie.
NPCF/ NIVEL	2 ^e bijeenkomst klankbordgroep: presentatie concept aandachtspunten lijsten	september	2007	Feedback op de voorlopige aandachtspunten lijsten.
NIVEL	Uitvoering focusgroep met depressie patiënten	oktober	2007	Concept aandachtspuntenlijst voor depressie patiënten.
NIVEL	Maken video-opnames bij 5 huisartsen	september - november	2007	Nieuw observatiemateriaal.
NIVEL	Nieuw opgenomen consulten observeren en consulten met hypertensie, astma/COPD en depressie selecteren	oktober - december	2007	Inzicht in relatie wijze van communiceren en therapietrouw.
NIVEL	Afspraken maken met huisartsen en patiënten	december	2007	
NPCF/ NIVEL	Consultatiegesprekken met NHG, KNMP en DGV inzake implementatie	december	2007	Inzicht in mogelijke toepassingen aandachtspuntenlijsten
NPCF/ NIVEL	3 ^e bijeenkomst klankbordgroep: aandachtspunten lijsten en implementatieplannen	januari	2008	Feedback op de aangescherpte lijsten en implementatie plannen voor deze aandachtspunten lijsten.
NIVEL	Terugkoppel gesprekken in huisartspraktijken met huisartsen en patiënten	december - januari	2007-2008	Aanvullen/ bijstellen van de concept aandachtspuntenlijsten.
NPCF	Vertalen 'aandachtspuntenlijst	februari	2008	Toegankelijke versie aandachtspuntenlijst

	zorgverleners' naar toegankelijke versie			zorgverleners
NPCF	Implementatieafspraken gemaakt met NHG, KNMP, DGV, verenigingen van verpleegkundigen en patiëntenorganisaties	februari – april	2008	Concrete afspraken over opname van de aandachtspuntenlijsten in verschillende activiteiten en afspraken over publiciteit rond aandachtspuntenlijsten.
NPCF + NIVEL	Rapportage onderzoeksactiviteiten en implementatieplan en afspraken maken met verschillende partijen.	september - maart	2007 - 2008	Rapport en zie Hoofdstuk 4.

3. Resultaten

Het primaire doel van dit project was het ontwikkelen van, enerzijds, een aandachtspuntenlijst voor de communicatie door patiënten met astma/COPD en hypertensie (en depressie) over geneesmiddelen en therapietrouw en, anderzijds, een richtlijn voor de communicatie door zorgverleners (huisartsen en apothekers) rondom deze thema's. Vanwege het feit dat de communicatie dermate ziektespecifiek bleek te zijn, zijn uiteindelijk per ziektebeeld aparte lijsten ontwikkeld. Een secundair doel was het ontwikkelen van een plan voor de implementatie van de aandachtspuntenlijsten in de praktijk. In dit hoofdstuk worden de in dit project ontwikkelde aandachtspuntenlijsten voor patiënten en zorgverleners gepresenteerd alsmede het implementatieplan aan de hand waarvan deze lijsten in het veld kunnen worden uitgezet. De gepresenteerde aandachtspuntenlijsten vormen een inhoudelijke basis voor het ontwikkelen van diverse materialen die vervolgens kunnen worden opgenomen in bestaande structuren waarin informatie uitwisseling plaatsvindt, zoals voorlichtingsmaterialen (websites en brochures), checklisten voor patiënten, (na)scholingsprogramma's (bijv. een FTO-module) en richtlijnen voor de praktijk van huisartsen en apothekers. Een aantal van deze ontwikkelingen zijn reeds in gang gezet (zie paragraaf 3.5.1 Implementatieplan). De aandachtspunten zijn opgesteld aan de hand van informatie uit focusgroep gesprekken die met patiënten met astma/COPD, hypertensie en depressie gevoerd zijn. Hiernaast zijn observaties gebruikt van de communicatie tussen arts en patiënt tijdens op video opgenomen alledaagse consulten met patiënten met astma/COPD, hypertensie en depressie. Als derde vorm van input zijn er bij huisartsen en een aantal patiënten terugkoppelgesprekken ('stimulated recall') gevoerd naar aanleiding van nieuw opgenomen spreekuurcontacten. Verder is er nauw overleg geweest met de Astmapatiëntenvereniging Vbba/LCP en Stichting Hoofd Hart en Vaten (SHHV) en andere belanghebbenden, alsmede consultatiegesprekken die gevoerd zijn met DGV, KNMP en NHG. In bijlage 6 vindt u de praktijkvoorbeelden uit de geobserveerde spreekuurconsulten die onder meer als input hebben gediend voor het opstellen van de aandachtspuntenlijsten.

De resulterende aandachtspuntenlijsten zijn een directe afspiegeling van hiaten in de consultvoering, dus van hetgeen er in de praktijk *niet* lijkt te gebeuren. Daar waar de conclusies 'open deuren' lijken moet bedacht worden dat het erg weinig blijkt voor te komen en om die reden nadrukkelijk(er) bij zorgverleners en patiënten onder de aandacht gebracht moet worden (zie bijlage 5 voor aantallen en frequenties van (niet)besproken onderwerpen). Hiernaast moet bedacht worden dat de geobserveerde consulten een moment opname betreffen. Een huisarts heeft vaak een reden om op een bepaald moment wel of niet over medicatie te praten met de patiënt. Naast bestaande voorkennis bij de huisarts of een niet op therapietrouw gericht gespreksdoel van de arts, kan het zijn dat er in voorgaande consulten al uitgebreid(er) is gesproken over medicatiegebruik. Het is belangrijk om dit in gedachten te houden. Toch blijken artsen naar eigen zeggen vaak te 'vergeten' om te praten over medicatiegebruik en therapietrouw.

3.1 Algemene aandachtspunten voor de zorgverlener

Allereerst zijn er een aantal algemene aandachtspunten voor de zorgverlener naar voren gekomen. Deze gelden voor elke situatie, ongeacht of de patiënt voor het eerst medicatie krijgt voorgeschreven, of de patiënt terug komt voor een herhaalrecept en controle of op momenten dat therapieontrouw aan de orde is.

Voor de zorgverlener zijn met betrekking tot therapietrouwbevorderende communicatie de volgende algemene aandachtspunten van belang:

- *Stel open (niet-sturende) vragen.* Open 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.* Benoem door u gepercipieerde signalen die er op kunnen wijzen dat een patiënt zich (onnodig) zorgen maakt en vraag daarop door. Vervolgens dient u gesignaleerde misvattingen die bij de patiënt leven, bijvoorbeeld met betrekking tot het afhankelijk worden van medicijnen of over de schade die erdoor aan het lichaam worden toegebracht, te ontcrachten.
- *Maak onderscheid tussen soorten therapieontrouw.* Patiënten kunnen bewust (intentioneel) en onbewust (niet-intentioneel) therapieontrouw zijn ². Deze twee verschillende vormen vereisen ieder hun eigen aanpak.
 - o Bij bewuste therapieontrouw is het belangrijk de redenen te achterhalen waarom de patiënt stopt of geneesmiddelen anders dan voorgeschreven inneemt of gebruikt.
 - o Bij onbewuste therapieontrouw is de signalering moeilijker, maar wanneer het gesignaleerd is zijn er praktische hulpmiddelen beschikbaar die het de patiënt kunnen vergemakkelijken de geneesmiddelen niet te vergeten in te nemen (bijvoorbeeld door de inname in te bouwen in dagelijkse routines).
- *Wees alert op de valkuil dat u uw patiënt zo goed kent (of denkt te kennen) en hem of haar daarom niet als een ontrouwe patiënt ziet; de trouwe patiënt van vandaag kan morgen ontrouw worden.* Zo kan bijvoorbeeld achter ‘spontaan’ wisselende bloeddrukwaarden toch therapieontrouw schuil gaan.
- *Het reserveren van tijd voor een langer gesprek met de patiënt over het belang van en ervaringen met juist geneesmiddelgebruik en therapietrouw kan gezondheidsproblemen als gevolg van therapieontrouw in de toekomst voorblijven.*

3.2 Structuur in aandachtspunten voor de communicatie

We onderscheiden drie domeinen in het contact tussen zorgverleners en patiënten waarin de communicatie een belangrijke rol kan spelen bij het beïnvloeden van therapieontrouw, ofwel de stappen die een arts zou moeten volgen om therapieontrouw te voorkomen of op te lossen. De volgende indeling wordt hierbij gehanteerd:

- 1) Het **voorkómen** van therapieontrouw, dat wil zeggen het bespreken van belang van therapietrouw en aanreiken van praktische handvatten ter bevordering van therapietrouw. Hieronder valt ook het aandacht besteden aan ziekte-acceptatie, dat wil zeggen mensen de ruimte en de tijd geven aan het idee te wennen dat ze ziek zijn (zeker als medicatie/leefstijlverandering niet persé meteen noodzakelijk is).
- 2) Het **signaleren en opsporen** van therapieontrouw, dat wil zeggen het oppikken van directe en indirecte signalen die kunnen wijzen op intentionele of niet-intentionele therapieontrouw.
- 3) Het **oplossen en corrigeren** van therapieontrouw nadat het gesignaleerd is, dat wil zeggen de communicatie bij gesignaleerde therapieontrouw afgestemd op type ontrouw, intentioneel of niet-intentioneel. Hieronder valt ook het bespreken van het moment waarop een patiënt medicatie kan gaan afbouwen of stoppen, wat vooral bij semi-chronische aandoeningen zoals depressie en slaapproblemen van belang is.

² van Dijk et al. (in revision). Self-reported intentional and unintentional nonadherence to chronic medication in a general patient population.

Deze indeling komt overeen met de indeling van Urquhart en Vrijens (2005) die de *initiatiefase - uitvoeringsfase - en het stoppen* als drie verschillende fasen onderscheiden. Dit model en de gekozen structuur van de aandachtspunten volgen het proces dat een patiënt doormaakt die medicatie krijgt voorgeschreven. Het proces start met het wel of niet accepteren (van het voorgeschreven beleid en de medicatie), het uitvoeren van het medicatiebeleid karakteriseert het proces, en het stoppen met medicatie sluit het proces weer af.

Analoog aan de indeling voor hulpverleners worden de aandachtspunten voor patiënten geordend onder andere kopjes of benamingen, echter de domeinen zijn gelijk:

- 1) **Als u voor het eerst bepaalde medicijnen krijgt voorgeschreven.** Het is van belang dat de patiënt bepaalde verwachtingen of zorgen met de hulpverlener deelt, dit is met name bij een eerste uitgifte van medicatie van belang.
- 2) **Tijdens gebruik.** Communicatie over de ervaringen en het gedrag van de patiënt tijdens de fase dat het medicijn wordt gebruikt is erg belangrijk.
- 3) **Als u terugkomt nadat u medicatie een paar weken gebruikt.** Tips en aandachtspunten om te bespreken bij therapieontrouw.

Aan de hand van deze domeinen zijn de aandachtspunten voor zorgverlener en patiënt gerubriceerd.

3.3 Aandachtspunten voor communicatie over medicijngebruik bij hypertensie

3.3.1 Aandachtspunten - voor de zorgverlener

1) Voorkómen van therapieontrouw

- Ga na welke ideeën uw patiënt heeft bij het slikken van medicijnen. Let op mogelijke weerstanden.
- Geef bij een 1^e uitgifte duidelijk aan dat uw patiënt in de regel weinig zal merken van de bloeddrukdaling.
- Leg uw patiënt uit dat effecten van de medicijnen vooral betrekking hebben op het op lange termijn voorkómen van (een herhaling van) hart- en vaatziekten.
- 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.
- Check steeds of uw patiënt uw informatie begrepen heeft. Laat uw patiënt zonodig informatie herhalen.
- Weeg samen met uw patiënt de verwachte effecten en bijwerkingen van de medicamenteuze behandeling tegen elkaar af.
- Krijgt uw patiënt verschillende soorten medicijnen met verschillende doseringen en tijdstippen van inname? Schrijf dit dan op papier (of laat de patiënt dat doen).
- Stem uw informatie af op de fase van ziekteacceptatie waarin uw patiënt zit.
- Vraag aan het einde van een consult expliciet of uw patiënt met het medicamenteuze behandelvoorstel instemt.

2) Signaleren en opsporen van therapieontrouw

- Vraag tijdens herhaalconsulten (met name bij de 2^e uitgifte na twee weken) naar de ervaringen en eventuele zorgen van uw patiënt over het medicijngebruik. Vraag ook hoe uw patiënt het medicijngebruik inpast in het dagelijks le ven.
- Vraag aan uw patiënt of het gelukt is het medicijn volgens voorschrift (wijze, frequentie, gebruikelijke tijdstip) in te nemen.
- Vraag uw patiënt diens medicijngebruik in eigen woorden te beschrijven.
- Vraag naar ervaren bijwerkingen.

3) Oplossen en corrigeren van therapieontrouw wanneer het gesignaleerd wordt

Onbewuste therapieontrouw

- Loop samen eens een dag door. Zoek samen naar geschikte momenten om de medicijnen voortaan in te nemen.
- Bespreek wat uw patiënt kan doen bij het vergeten van medicatie.
- Bespreek het belang van routines of geheugensteuntjes en geef tips die er toe kunnen bijdragen dat het gebruik van de medicijnen (op tijd) plaatsvindt.
- Maak samen met uw patiënt een plan hoe de medicamenteuze behandeling te vervolgen en te evalueren.
- Kom in volgende bezoeken terug op het overeengekomen beleid en stel dit zonedig bij.

Bewuste therapieontrouw

- Vraag naar redenen van therapieontrouw. Probeer misvattingen of (onnodige) zorgen te ontcrachten of weg te nemen.
- 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.

3.3.2 Aandachtspunten - voor de patiënt

1) U krijgt medicijnen voorgeschreven voor hoge bloeddruk

- Vraag uw zorgverlener wat u kunt verwachten van de werking en bijwerking van de medicijnen.
- Vertel uw zorgverlener wanneer u twijfels heeft over de veiligheid of het nut van de voorgeschreven medicijnen.
- Spreek uw verwachtingen en ideeën uit ten aanzien van het effect van de voorgestelde medicijnen.
- Vraag om verduidelijking en uitleg wanneer uw zorgverlener in vage bewoordingen of termen (jargon) spreekt die u niet snapt.
- Herhaal in uw eigen woorden wat de zorgverlener u heeft verteld over de medicijnen en het gebruik ervan.
- Er bestaan geen rare ideeën of opvattingen over medicijnen. Bespreek ze met uw zorgverlener zodat hij/zij uitleg kan geven of u gerust kan stellen.
- Vraag uw zorgverleners hoe lang u de medicijnen moet gaan gebruiken en wat er gebeurt als u ze niet gebruikt.

2) U heeft de medicijnen een paar weken gebruikt

- Vertel het uw zorgverlener eerlijk als u de medicijnen anders dan afgesproken hebt ingenomen (qua tijdstippen of hoeveelheid).
- Overleg met uw zorgverlener wat de andere mogelijkheden zijn wanneer u niet tevreden bent over de voorgeschreven medicijnen. Stop nooit met de medicijnen zonder dit aan uw zorgverlener te vertellen.
- Vertel het als u denkt bijwerkingen van de medicijnen te ervaren.
- Realiseer u dat de medicijnen ook werken als u er niets van voelt.

3) U vindt het moeilijk om de medicijnen volgens afspraak te gebruiken

U vergeet de medicijnen goed in te nemen.

- Loop samen met de zorgverlener eens een dag door. Bekijk samen welk moment van de dag het beste is om uw medicijnen te nemen zodat u ze niet vergeet.
- Vraag wat te doen als u de medicijnen vergeet in te nemen.
- Vraag om tips die er toe kunnen bijdragen dat u uw medicijnen op tijd en op de juiste manier gebruikt.
- Vraag om een regelmatige controle van uw bloeddruk.

- Maak afspraken met uw zorgverlener of partner over wat er gedaan moet worden als u vindt dat u medische hulp nodig hebt.

U wilt of kunt de medicijnen eigenlijk niet gebruiken

- Vertel uw zorgverlener *waarom* u uw medicijnen net iets anders of niet meer heeft ingenomen.
- Bespreek uw ideeën of zorgen over het medicijngebruik.
- Vertel het uw zorgverlener als u er bezorgd over bent dat medicijnen niet vergoed worden. U kunt andere behandelmogelijkheden bespreken met uw zorgverlener.

3.4 Aandachtspunten voor communicatie over medicijngebruik bij astma/COPD

3.4.1 Aandachtspunten - voor de zorgverlener

1) Voorkómen van therapieontrouw

- Ga na welke ideeën uw patiënt heeft bij het gebruiken van medicijnen. Let op mogelijke weerstanden.
- 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.
- Wijs uw patiënt op de meest voorkomende bijwerkingen en bijwerkingen waarbij actie moet worden ondernomen (bijvoorbeeld contact opnemen met de arts), vooral met betrekking tot prednison. Geef aan welke bijwerkingen niet ernstig zijn of van voorbijgaande aard en wat uw patiënt er aan kan doen.
- Geef aan waar uw patiënt terecht kan voor uitgebreide uitleg of instructie over herhaalmedicatie (bijv. bij de apotheek of bij de longverpleegkundige).
- Check steeds of uw patiënt uw informatie begrepen heeft. Laat uw patiënt zonnodig informatie en instructies herhalen of voordoen.
- Weeg samen met uw patiënt de verwachte effecten en bijwerkingen van de medicamenteuze behandeling tegen elkaar af.
- Krijgt uw patiënt verschillende soorten medicijnen met verschillende doseringen en tijdstippen van innamen? Schrijf dit dan op papier (of laat uw patiënt dat doen).
- Stem uw informatie af op de fase van ziekteacceptatie waarin uw patiënt zit.
- Sta stil bij het ‘leren omgaan’ met astma/COPD en biedt zonnodig begeleiding aan.
- Vraag aan het einde van het consult expliciet of uw patiënt met het medicamenteuze behandelvoorstel instemt.

2) Signaleren en opsporen van therapieontrouw

- Vraag tijdens herhaalconsulten naar de ervaringen en eventuele zorgen van uw patiënt over het medicijngebruik. Vraag ook hoe uw patiënt het medicijngebruik inpast in het dagelijks leven.
- Vraag aan uw patiënt of het gelukt is het medicijn volgens voorschrift (wijze, frequentie, gebruikelijke tijdstip) in te nemen. Vraag uw patiënt diens medicijngebruik in eigen woorden te beschrijven.
- Vraag naar ervaren bijwerkingen.
- Laat uw patiënt de inhalatietechniek (regelmatig) demonstreren.

3) Oplossen en corrigeren van therapieontrouw wanneer het gesignaleerd wordt

Onbewuste therapieontrouw

- Loop samen eens een dag door. Zoek samen naar geschikte momenten om de medicijnen voortaan in te nemen.
- Bespreek wat uw patiënt kan doen bij het vergeten van medicatie.
- Bespreek het belang van routines of geheugensteuntjes en geef tips die er toe kunnen bijdragen dat het gebruik van de medicijnen (op tijd) plaatsvindt.
- Betrek de partner of omgeving bij de behandeling.
- Ga na of uw patiënt voldoende geïnformeerd is en geef zonnodig aanvullende informatie (mondeling of schriftelijk).

- Maak samen met uw patiënt een plan hoe de medicamenteuze behandeling te vervolgen en te evalueren.
- Kom in volgende bezoeken terug op het overeengekomen beleid en stel dit zonedig bij.

Bewuste therapieontrouw

- Vraag naar redenen van therapieontrouw. Probeer misvattingen of (onnodige) zorgen te ontcrachten of weg te nemen.
- 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 en te evalueren.

3.4.2 Aandachtspunten - voor de patiënt

1) U krijgt medicijnen voorgeschreven voor astma of COPD

- Vraag uw zorgverlener wat u kunt verwachten van de werking en bijwerking van de medicijnen.
- Vertel het uw zorgverlener wanneer u twijfels heeft over de veiligheid of het nut van de voorgeschreven medicijnen.
- Spreek uw verwachtingen en ideeën uit ten aanzien van het effect van de voorgestelde medicijnen.
- Vraag om verduidelijking en uitleg wanneer uw zorgverlener in vage bewoordingen of termen (jargon) spreekt die u niet snapt.
- Herhaal in uw eigen woorden wat de zorgverlener u heeft verteld over de medicijnen en het gebruik ervan.

2) U heeft de medicijnen een paar weken gebruikt

- Vertel het uw zorgverlener als u twijfelt over de werking van de medicijnen of de juistheid van de inhalatietechniek.
- Vertel het uw zorgverlener eerlijk als u de medicijnen anders dan afgesproken hebt ingenomen (qua tijdstippen of hoeveelheid).
- Vertel het als u denkt bijwerkingen van de medicijnen te ervaren.
- Overleg met uw zorgverlener wat de andere mogelijkheden zijn wanneer u niet tevreden bent over de voorgeschreven medicijnen. Stop nooit met de medicijnen zonder dit aan uw zorgverlener te vertellen.
- Er bestaan geen rare ideeën of opvattingen over medicijnen. Bespreek ze met uw zorgverlener zodat hij/zij uitleg kan geven of u gerust kan stellen.
- Vraag bij gebruik van inhalatiemiddelen aan uw zorgverlener hoe u kunt controleren of uw inhaler al leeg is.

3) U vindt het moeilijk om de medicijnen volgens afspraak te gebruiken

U vergeet de medicijnen goed in te nemen.

- Loop samen met de zorgverlener eens een dag door. Bekijk samen wanneer een goed moment is om voortaan altijd de medicijnen te nemen.
- Laat regelmatig uw inhalatietechniek controleren, doe het uw zorgverlener voor.
- Vraag wat te doen bij het vergeten van de medicijnen.
- Vraag om tips die er toe kunnen bijdragen dat u uw medicijnen (op tijd) gebruikt.
- Vraag om regelmatige controle van uw longfunctie.
- Maak concrete afspraken met uw zorgverlener of partner wanneer u vindt dat u medische hulp nodig hebt.

U wilt of kunt de medicijnen eigenlijk niet gebruiken

- Vertel uw zorgverlener *waarom* u uw medicijnen net iets anders of niet meer heeft ingenomen.
- Bespreek uw ideeën of zorgen over het medicijngebruik.
- Vertel het uw zorgverlener als u weet dat medicijnen niet vergoed worden. U kunt alternatieve mogelijkheden bespreken met uw zorgverlener.

Opmerking:

Wanneer u uw medicijnen langer gebruikt kunt u zelf steeds beter inschatten wat de beste doseringen zijn bij verergering van klachten, of wat u kunt doen om klachten te voorkomen. Vraag aan uw zorgverlener hoe u dit aan kunt leren voelen.

3.5 Aandachtspunten voor communicatie over medicijngebruik bij depressie

3.5.1 Aandachtspunten - voor de zorgverlener

1) Voorkómen van therapieontrouw

- Leg uit wat een antidepressivum voor ‘soort’ medicijn is.
- Besteed aandacht aan de duur van het gebruik en aan wanneer men effect kan verwachten.
- Vraag goed na hoe uw patiënt tegenover antidepressiva gebruik staat. Inventariseer de ideeën en eventuele zorgen van uw patiënt over de aandoening en de medicatie.
- Bereid uw patiënt voor op mogelijke (vaak kortdurende, spontaan verdwijnende) bijwerkingen en vertel wat hij of zij er eventueel tegen kan doen.
- Bespreek de verschillende behandelopties: naast medicatie zijn gesprekstherapie en verwijzing naar een psycholoog ook mogelijkheden.
- Onderstreep het belang van routine in het gebruik van de medicijnen om te zorgen dat ze niet vergeten worden.
- Weeg samen met uw patiënt de verwachte effecten en bijwerkingen van de medicamenteuze behandeling tegen elkaar af.
- Check steeds of uw patiënt uw informatie begrepen heeft. Laat uw patiënt zonodig informatie herhalen.
- Bespreek open wanneer uw patiënt mogelijk kan beginnen met afbouwen. Uiteindelijk wil bijna elke patiënt weer stoppen met de medicatie.
- Vraag aan het einde van het consult expliciet of uw patiënt met het medicamenteuze behandelvoorstel instemt.

2) Signaleren en opsporen van therapieontrouw

- Vraag tijdens herhaalconsulten (met name bij de 2^e uitgifte) naar de ervaringen en eventuele zorgen van uw patiënt over het medicijngebruik.
- Vraag naar eventueel ervaren bijwerkingen.
- Vraag naar ervaren effect. Leg uw patiënt uit dat dit uw enige ‘ijkpunt’ is voor wat betreft het effect van de medicijnen.
- Vraag uw patiënt diens medicijngebruik in eigen woorden te beschrijven.
- Vraag (direct) naar therapietrouw. Let hierbij op signalen die kunnen wijzen op therapieontrouw en vraag door (o.a. naar frequentie, tijdstippen, redenen).

3) Oplossen en corrigeren van therapieontrouw wanneer het gesignaleerd wordt

Onbewuste therapieontrouw

- Bespreek wat uw patiënt kan doen bij het vergeten van medicatie.
- Bespreek het belang van routines of geheugensteuntjes en geef tips die er toe kunnen bijdragen dat het gebruik van de medicijnen (op tijd) plaatsvindt.
- Maak samen met uw patiënt een plan hoe de medicamenteuze behandeling te vervolgen en te evalueren.
- Kom in volgende (controle) bezoeken terug op het overeengekomen beleid en stel dit zonodig bij.

Bewuste therapieontrouw

- Vraag naar redenen van therapieontrouw. Probeer misvattingen of (onnodige) zorgen te ontkrachten.
- Realiseer u dat uw patiënt zich mogelijk (voor de buitenwereld) schaamt voor het gebruik van antidepressiva en dat dit een juist medicijngebruik in de weg kan staan. Besteed aandacht aan deze gevoelens van uw patiënt.
- Maak zo mogelijk samen met uw patiënt een plan hoe de medicamenteuze behandeling te vervolgen en te evalueren.

3.5.2 Aandachtspunten - voor de patiënt

1) U krijgt medicijnen voorgeschreven voor depressie

- Vraag uw zorgverlener wat u kunt verwachten van de werking en bijwerking van de medicijnen.
- Vertel het uw zorgverlener wanneer u twijfels heeft over de veiligheid of het nut van de voorgeschreven medicijnen.
- Spreek uw verwachtingen en ideeën uit ten aanzien van het doormaken van een depressie en het effect van de voorgestelde medicijnen.
- Er bestaan geen rare ideeën of opvattingen over medicijnen. Bespreek ze met uw zorgverlener zodat hij/zij uitleg kan geven of u gerust kan stellen.
- Herhaal in uw eigen woorden wat de zorgverlener u heeft verteld over de medicijnen en het gebruik ervan.

2) U heeft de medicijnen een paar weken gebruikt

- Vertel het uw zorgverlener altijd als u denkt bijwerkingen van de medicijnen te ervaren en vertel ook hoe hinderlijk die voor u zijn.
- Vertel het uw zorgverlener als u zich zorgen maakt over de veiligheid of het gebruik van de medicijnen.
- Vertel uw zorgverlener eerlijk als u de medicijnen anders dan afgesproken (qua tijdstippen of hoeveelheid) of helemaal niet meer hebt ingenomen.
- Realiseer u dat uw ervaringen het enige is waaraan uw zorgverlener kan 'afmeten' of de medicijnen effect hebben.

3) U vindt het moeilijk om de medicijnen volgens afspraak te gebruiken

U vergeet de medicijnen goed in te nemen

- Vraag wat te doen bij het vergeten van de medicijnen.
- Loop samen met de zorgverlener eens een dag door. Bekijk samen wanneer een goed moment is om voortaan altijd de medicijnen te nemen.
- Vraag om tips die er toe kunnen bijdragen dat u uw medicijnen (op tijd) gebruikt.

U wilt of kunt de medicijnen eigenlijk niet gebruiken

- Vertel uw zorgverlener *waarom* u de medicijnen net iets anders of niet meer heeft ingenomen.
- Bespreek uw ideeën of zorgen over het medicijngebruik.
- Overleg met uw arts of apotheker wat alternatieve behandelmethoden zijn wanneer u niet tevreden bent over de voorgeschreven medicijnen.
- Stop nooit met de medicijnen zonder dit aan uw zorgverlener te vertellen.

4. Implementatie

4.1 Implementatieactiviteiten

Om een zo breed mogelijke toepassing te bevorderen heeft de projectleiding gekozen voor meerdere implementatieactiviteiten. Hiermee is afgeweken van het projectplan, daarin is het FTO genoemd als belangrijkste implementatieweg. Overleg met DGV, de coördinator van de FTO's, leerde dat die implementatieweg te smal zou zijn. Het onderwerp is geagendeerd in de klankbordgroep. De klankbordgroep kwam tot het advies om de aandachtspunten zoveel mogelijk op te (laten) nemen in bestaande nascholingen, trainingen en richtlijnen. Hierop heeft de projectleiding consultatiegesprekken gevoerd met veldpartijen inzake implementatie, waarvan de meeste partijen ook waren vertegenwoordigd in de klankbordgroep. Partijen bleken zeer coöperatief om de aandachtspunten mee te nemen in diverse activiteiten. De KNMP zal de aandachtspunten onder andere opnemen in de FPZ handboeken (Farmaceutische PatiëntenZorg) (Astma/COPD, Cardiovasculair risicomanagement én depressie) en LESA (landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken) astma/COPD. Het NHG neemt de aandachtspunten onder andere op in de patiëntenbrieven (astma/COPD en hypertensie en in het PIN (Programma Individuele Nascholing). DGV heeft de aandachtspuntenlijst voor astma/COPD opgenomen in haar FTO (FarmacoTherapeutisch Overleg)-module. De vereniging van longverpleegkundigen heeft aangegeven de lijsten te willen gebruiken in nascholingen en richtlijnen én aandacht te besteden aan de lijsten op symposia. De sectie praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners van de V en VN heeft aangegeven in de nieuwsbrief, tijdschrift, website en eventueel tijdens onze symposium op 8 september 2008 bekendheid te willen geven aan de aandachtspuntenlijsten onder hun achterban. De betrokken patiëntenorganisaties zullen de aandachtspuntenlijsten op hun websites ter beschikking stellen en er in hun circulaire aandacht aan besteden.

Ook op het gebied van publiciteit werken veldpartijen mee. De KNMP plaatst de aandachtspunten op www.apotheek.nl (voor patiënten) en op www.KNMP.nl (voor apothekers). Het NHG zal de aandachtspuntenlijsten plaatsen op het publieksdeel van de website en in Huisarts en Wetenschap en in de Nieuwsbrief praktijkinformatie een stukje schrijven over het gebruik van de aandachtspuntenlijsten. De NPCF zal in twee nummers van Vraag in Beeld artikelen schrijven over de ontwikkeling van de lijsten en de toepassing ervan. De implementatieafspraken die gemaakt zijn met veldpartijen staan in schema 4.1 vermeld.

Om de aandachtspuntenlijsten op een toegankelijke wijze aan te bieden aan zorgverleners en patiënten stelt de projectleiding de lijsten in pdf-vorm beschikbaar (zie bijlage 7.) De indeling, lay out en kleurstelling zorgen voor een aansprekende en hanteerbare lijst, zowel voor zorgverleners als patiënten.

De gemaakte afspraken met zorgverleners en patiëntenorganisaties hebben met name betrekking op hypertensie en astma/copd. Voor depressie zijn op het moment van schrijven alleen met de KNMP concrete afspraken gemaakt. De KNMP zal de lijsten gebruiken bij de invulling van het farmaceutische patiënten (FPZP)-handboek Depressie. Ook zullen de aandachtspuntenlijsten voor depressie zullen op vergelijkbare wijze, in pdf-formaat, ter beschikking worden gesteld aan patiënten en zorgverleners. Verder is gevraagd aan partijen om ook deze aandachtspuntenlijsten op te nemen in nascholingen, trainingen en richtlijnen. Op het moment van schrijven zijn hier nog niet meer toezeggingen over gedaan.

4.2 Permanente implementatie

Het enthousiasme van alle betrokken partijen om de aandachtspunten toe te willen passen bevestigt dat er behoefte lijkt te bestaan aan aandachtspunten die het gesprek over geneesmiddelen vergemakkelijken. Toch is het belangrijk om de aandachtspunten regelmatig opnieuw onder de aandacht te brengen. Ze staan echter niet op zichzelf. Therapietrouw is een onderwerp dat, terecht, veel aandacht krijgt. Vanuit het project 'kwartiermaker therapietrouw', gefinancierd door het ministerie van VWS, en door de NPCF, mede namens NHG, KNMP, DGV, CG-Raad, uitgevoerd, zijn verschillende activiteitenlijnen uitgezet voor de komende jaren. De begeleidingscommissie van dit

project zal zelfstandig doorgaan om de beoogde resultaten te behalen. De ontwikkelde aandachtspuntenlijsten zijn producten die bij verschillende activiteiten ingezet kunnen worden. De NPCF zal er alert op blijven om waar mogelijk de aandachtspunten in te zetten om therapietrouw te bevorderen.

Tijdens het project is gebleken dat de aandachtspunten aandoeningspecifiek zijn. De NPCF en het NIVEL zouden graag de mogelijkheden aangrijpen om ook voor andere aandoeningen aandachtspunten te ontwikkelen. De oplevering van nieuwe aandachtspuntenlijsten zijn goede momenten om de reeds ontwikkelde aandachtspunten opnieuw onder de aandacht te brengen.

	Hypertensie	COPD
Aandachtspuntenlijst voor patiënten	<ul style="list-style-type: none"> - Presentatie aandachtspuntenlijst op www.apotheek.nl (KNMP) * - Opname in patiëntenbrieven (aanpassing loopt parallel aan aanpassing NHG-richtlijn) (NHG)* - Presentatie op publieksinformatiedeel van NHG-website * - Presentatie op website NPCF * - Presentatie op www.consumentenzorg.nl (NPCF)* - Publicatie in VraaginBeeld (NPCF) * - Presentatie circulaire en website SHHV * - Patiënten verzoeken vragenlijst te creëren (SHHV) 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentatie aandachtspuntenlijst op www.apotheek.nl (KNMP) * - Opname in patiëntenbrieven (aanpassing loopt parallel aan aanpassing NHG-standaard) (NHG)* - Presentatie op publieksinformatiedeel van NHG-website * - Presentatie op website NPCF * - Presentatie op www.consumentenzorg.nl (NPCF) * - Publicatie in VraaginBeeld (NPCF)* - Presentatie circulaire en website Vbba/LCP - Patiënten verzoeken vragenlijst te creëren (Vbba/LCP)
Communicatierichtlijn voor zorgverleners	<ul style="list-style-type: none"> - Presentatie aandachtspuntenlijst op www.KNMP.nl * - Toepassen in projecten ‘goed medicijngebruik’ (KNMP) - Opname in FPZ - handboeken (KNMP)* - LESA’s (KNMP)* - Opname in Programma Individuele Nascholing (PIN) ‘Therapietrouw’ (2008) (NHG)* - Nieuwsbrief praktijkinformatie (NHG)* - Opname in nieuwsbrief, tijdschrift en website (sectie praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners V en VN) * - Bespreking aandachtspunten in regionale netwerken van longverpleegkundigen en nieuwsbrief (vereniging van longverpleegkundigen) * - Publicatie in Huisarts en Wetenschap (NHG) - Publicatie VraaginBeeld (NPCF) * 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentatie aandachtspuntenlijst op www.KNMP.nl * - Toepassen in projecten ‘goed medicijngebruik’ (KNMP) - Opname FPZ – handboeken (KNMP)* - LESA’s (KNMP)* - Opname in Programma Individuele Nascholing ‘Therapietrouw’ (2008) (NHG)* - Nieuwsbrief praktijkinformatie (NHG)* - Opname in nascholing en richtlijnen (longverpleegkundigen) * - Opname in herziene FTO-module COPD (DGV) * - Bespreking aandachtspunten in regionale netwerken van longverpleegkundigen en nieuwsbrief (vereniging van longverpleegkundigen) * - Opname in nieuwsbrief, tijdschrift en website (sectie praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners V en VN) * - Publicatie in Huisarts en Wetenschap (NHG) - Publicatie VraaginBeeld (NPCF) *

Schema 4.1 Bovenstaand schema is tot stand gekomen in nauw overleg met genoemde veldpartijen. De met een asterisk gemarkeerde activiteiten zijn in de loop van dit project reeds in gang gezet, van de overige activiteiten hebben betrokken partijen toegezegd ermee aan de slag te zullen gaan.

4.3 Voorbeeld van implementatie: Creëer uw eigen vragenlijst

Een manier om de aandachtspuntenlijsten in de praktijk te implementeren is door patiënten een lijst met potentiële vragen (afgeleid van de aandachtspunten) voor te leggen met als doel dat zij de vragen die zij hebben, aan kunnen vinken en vervolgens uit kunnen printen. Deze persoonlijke lijst met vragen kunnen zij vervolgens meenemen naar het volgend (controle-) bezoek aan arts of apotheker en aldaar bespreken. Voorwaarde voor toepassing in de praktijk is wel dat de zorgverleners actief informeren naar de vragen van de patiënt en daar vervolgens antwoord op geven. Hieronder een voorbeeld voor een dergelijk lijstje rondom medicijnen voor hoge bloeddruk. Het lijstje kan bijvoorbeeld op www.apotheek.nl geplaatst worden. Vervolgens kan het gebruik ervan gemonitord worden aan de hand van het aantal webpage bezoekers en pageviews. Patiënten kunnen er ook op geattendeerd worden door een zorgverlener of patiëntenvereniging.

Voorbeeld van een door de patiënt te creëren vragenlijst:



Uw eigen vragen over hoge bloeddruk en medicijnen

U hebt van uw arts een recept meegekregen voor medicijnen ter behandeling van uw hoge bloeddruk. Het gebruik van deze medicijnen kan nu en in de komende tijd allerlei vragen bij u oproepen. Antwoorden op deze vragen kunnen u helpen om op een goede en zo prettig mogelijke manier met uw ziekte en behandeling om te gaan. Uw arts of apotheker zal bij uw volgend bezoek vragen naar uw ervaringen met het gebruik van de medicijnen. U kunt dit gesprek voorbereiden door een lijstje te maken met uw eigen vragen over het medicijngebruik. Wij hebben vragen die veel patiënten met medicijnen voor hoge bloeddruk hebben hieronder op een rijtje gezet. U kunt de vragen die u hebt aankruisen en eventuele aanvullende vragen toevoegen. Vervolgens kunt u deze afdrucken. Neem uw lijstje mee naar het controlebezoek aan uw arts, zodat uw vragen zo goed mogelijk beantwoord kunnen worden.



Kruis de hokjes aan bij de vragen die op u van toepassing zijn en voeg andere vragen onderaan toe.

Aandoening

- Ik voel me niet ziek, waarom moet ik dan toch deze medicijnen nemen?
- Hoe ongezond of schadelijk is het hebben van hoge bloeddruk voor mijn lichaam?

Geneesmiddel

- Hoe werkt het voorgeschreven medicijn?
- Zijn de medicijnen schadelijk voor mijn lichaam?
- Wanneer kan ik effect verwachten van het medicijn?
- Kan ik deze medicijnen nemen naast de andere medicijnen die ik heb?
- Welke bijwerkingen kan ik van de medicijnen verwachten?

Geneesmiddelgebruik

- Waarom is het belangrijk de medicijnen elke dag in te nemen?
- Wat moet ik doen als ik mijn medicijnen eens of vaker ben vergeten in te nemen?
- Hoe erg is het als ik een keer de medicijnen ben vergeten?
- Wat kan ik doen om te zorgen dat ik mijn medicijnen niet vergeet in te nemen?
- Hoe lang moet ik de medicijnen blijven gebruiken?
- Wat moet ik doen als ik per ongeluk teveel tabletten heb ingenomen?
- Kan ik met de medicijnen stoppen als mijn bloeddruk omlaag gegaan is?
- Wat moet ik doen als ik last heb van bijwerkingen?

Leefstijlfactoren

- Kan de hoge bloeddruk ook lager worden als ik me minder druk maak?
- Kan ik bij deze medicijnen blijven roken en alcohol blijven drinken?
- Kan ik behalve of in plaats van de medicijnen iets anders doen tegen de hoge bloeddruk?

Nog andere vragen?

- Andere vraag, namelijk
- Andere vraag, namelijk

4.3 Presentatie van de resultaten

In de loop van het project zijn diverse keren de (voorlopige) resultaten aan verschillende belanghebbenden en beroepsbeoefenaren gepresenteerd:

- Dulmen van, A.M., et al. Therapietrouwlezing ZonMw, Den Haag, 20 september 2007.
- Dulmen van, A.M., et al. Therapietrouw, een kwestie van gewoon slikken? Lezing RIF dag (incontinentieverpleegkundigen). Utrecht, 27 september 2007.
- Dulmen van, A.M., et al. Therapieontrouw; een kwestie van slikken? Lezing Platform PI (Patiënt Industrie). Den Haag, 12 november 2007.
- Dulmen van, A.M., et al. Therapietrouw. Lezing CarVasZ (cardio-vasculaire zorg). Ede, 23 november 2007.
- Dijk van, L. & Dulmen van, A.M. Training tweedaagse nascholing huisartsen en specialisten Medisch Centrum Haaglanden. Antwerpen, België, 14 maart 2008.

5. Conclusies en aanbevelingen

In dit project zijn aandachtspuntenlijsten ontwikkeld voor patiënten en zorgverleners om de communicatie tussen zorgverlener en patiënt rondom medicatiegebruik en therapietrouw te verbeteren. De geringe mate waarin over medicatiegebruik en therapietrouw in de spreekkamer van de huisarts blijkt te worden gesproken, geven aan dat dergelijk aandachtspunten wenselijk zijn. Gedurende de looptijd van het project werd duidelijk dat het lastig is om de aandachtspunten te veralgemeniseren en op ‘geneesmiddelengebruik in brede zin’ van toepassing te laten zijn. De ziektespecificiteit van de aandachtspunten bleek zeer van belang. Zowel zorgverleners als patiënten herkennen zich in specifieke aandachtspunten terwijl meer algemene lijsten een te groot ‘open deuren’-gehalte zou kunnen hebben. ‘Algemene’ aandachtspunten zouden hierdoor niet veel toegepast worden. De drie, in dit project betrokken typen aandoeningen hypertensie, astma/COPD en depressie representeren een grote groep patiënten bij wie het (juist) medicatiegebruik door zeer verschillende factoren wordt bepaald; bij de groep patiënten met hypertensie vormen het asymptomatische karakter van de aandoening en het feit dat gezondheidseffecten pas op de lange termijn merkbaar zijn, een aandachtspunt; bij astma/COPD daarnaast ook de acute klachtenverlichting door de medicatie en een technisch juist gebruik van de inhalatiemiddelen; bij depressie de ervaren bijwerkingen en de schaamte om medicatie te moeten nemen. Deze verschillende factoren onderstrepen het belang van ziektespecifieke aandachtspunten.

De specifieke aandachtspuntenlijsten zijn door de betrokken partijen enthousiast ontvangen. Zowel zorgverleners als patiëntenorganisaties zien veel mogelijkheden om de aandachtspunten in de praktijk te brengen, of dit te stimuleren. Met betrokken *stakeholders* zijn afspraken gemaakt om de implementatie vorm te geven. Over de daadwerkelijke toepassing en het effect van de aandachtspuntenlijsten kan nu nog onvoldoende gezegd worden. Het verdient aanbeveling om dit in een toekomstig project nader te evalueren, bijvoorbeeld door na te gaan of de implementatie en het gebruik van de aandachtspuntenlijsten door zorgverleners en patiënten daadwerkelijk leiden tot een toename van de communicatie over medicatiegebruik en therapietrouw.

Inmiddels zijn als spin-off van de uitkomsten van het onderhavige project, allerlei initiatieven in gang gezet om bijvoorbeeld aandachtspuntenlijsten voor de communicatie rondom het gebruik van andere medicatie te ontwikkelen (bijvoorbeeld rondom cholesterolverlagers als onderdeel van het programma Cardio Vasculair Risicomanagement) of een diepgaander analyse uit te voeren naar de redenen waarom er zo weinig over therapietrouw wordt gesproken (initiatief van Platform PI). Ook heeft het ministerie van VWS/GMT in het kader van ‘veiligheid van producten en goed gebruik’ naar aanleiding van de in dit rapport gepresenteerde uitkomsten het idee opgevat om patiënten in de wachtkamer van de arts te attenderen op mogelijke vragen die zij aan de zorgverlener kunnen gaan stellen op het moment dat zij medicijnen krijgen voorgeschreven. Tenslotte is het NHG onlangs begonnen met het ontwikkelen van een programma individuele nascholing therapietrouw waar gebruik gemaakt zal worden van de binnen dit project ontwikkelde aandachtspuntenlijsten met betrekking tot hypertensie. Genoemde initiatieven geven aan dat het project een goede basis heeft gelegd om therapietrouw zowel bij beleidsmakers, beroepsgroepen als patiëntenverenigingen hoger op de agenda te krijgen.

Referentielijst

- Anderson, R.M. & Funnell, M.M. (2005). Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education and Counselling*, 57, 153-157.
- Bensing, J. & Verheul, W. Looking for trouble. Key-note lecture 3rd International Therapeutic Patient Education Congress, DAWN, Florence, 27 april 2006
- Brink-Muinen, A. van den, Dulmen, A.M. van, Schellevis, F.G. & Bensing, J.M. (redactie) (2004). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Oog voor communicatie: Huisarts-patiënt communicatie in Nederland. Utrecht, NIVEL.
- Dijk, L. van, Heerdink, R., Somai, D., Dulmen, S. van, Sluijs, E., Ridder, D. de, Griens, F. & Bensing, J. (2007). Patient risk profiles and practice variation in nonadherence to antidepressants, antihypertensives and oral antidiabetics. *BMC Health Services Research*, 7: 51.
- Dijk, L. van, Dulmen, S. van, Heerdink, R., Sluijs, E., Ridder, D. de, & Bensing, J. (in revision). Self-reported intentional and unintentional nonadherence to chronic medication in a general patient population.
- Dulmen S. van, Sluijs, E., Dijk, L. van, Ridder, D. de, Heerdink, R. & Bensing, J. (2007). Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Services Research*, 7: 55.
- Dulmen S. van, Sluijs, E., Dijk, L. van, Ridder, D. de, Heerdink, R., Bensing, J. & the International Expert Forum on Patient Adherence (2008). Furthering patient adherence: A position paper of the international expert forum on patient adherence based on an internet forum discussion. *BMC Health Services Research*, 8: 47.
- Ella Visserman (Bureau Bloemendal service) in opdracht van de Nederlandse Hartstichting/ Platvorm Vitale vaten, projectgroep 'Ontwikkeling Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement'. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, mei 2007.
- Elwyn, G., Edwards, A., Britten, N. (2003). "Doing prescribing": how doctors can be more effective. *British Medical Journal*, 327, 864-867.
- Jordan, J.L., Ellis, S.J. & Chambers, R. (2002). Defining shared decision making and concordance: are they one and the same? *Postgraduate Medical Journal*, 78, 383-384.
- Keers, J. & Ubink-Veltmaat, L. (2005). Therapietrouw is abnormaal gedrag. Empowerment als de basis voor adequate zelfzorg bij mensen met diabetes. *Huisarts & Wetenschap*, 48, 666-670
- Marinker, M. & Shaw, J. (2003). Not to be taken as directed. *British Medical Journal*, 326, 348-349.
- McDonald, H.P., Garg, A.X. & Haynes, R.B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: Scientific review. *JAMA*, 288, 2868-2879
- NHG Standaard *Depressieve stoornis (depressie) M44 (oktober 2003)*. Verkregen 2 Maart 2007, van de Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).
<http://nhg.artsennet.nl/upload/104/standaarden/M44/start.htm>
- Urquhart, J. & Vrijens, B.(2005). New findings about patient adherence to prescribed drug dosing regimes: an introduction to pharmionics. *The European Journal of Hospital Pharmacy Science*, 11, 103-106.

Vergouwen, A.C., Bakker, A., Burger, H., Verheij, T.J. & Koerselman, F. (2005). A cluster randomized trial comparing two interventions to improve treatment of major depression in primary care. *Psychological Medicine*, 35, 25-33

Therapietrouw bij langdurig geneesmiddelengebruik, ARGO-RuG, 2005.

World Health Organization, (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Report of the WHO Adherence to Long term Therapies Project.

Bijlage 1a.

Overeenkomst/ gemaakte afspraken tussen NIVEL, NPCF en Stichting Hoofd Hart en Vaten.

NIVEL voert samen met de NPCF een project uit waarin communicatiehulpmiddelen worden ontwikkeld om het geneesmiddelengebruik in de spreekkamer aan bod te laten komen ('Ontwikkeling communicatiehulpmiddelen ter bevordering van therapietrouw'). Stichting Hoofd Hart en Vaten (SHHV) is betrokken bij de ontwikkeling van de zorgstandaard Cardiovasculair Risicomanagement. Beide projecten hebben hun eigen doelstellingen en kunnen elkaar goed aanvullen. Met het oog op wederzijdse versterking van resultaten komen NIVEL, NPCF en SHHV de volgende afspraken overeen:

1. SHHV organiseert focusgroepgesprekken voor patiënten met hypertensie. NIVEL heeft de mogelijkheid een aantal vragen voor te leggen in deze focusgroepen. De resultaten van de focusgroepen zijn voor SHHV en voor het NIVEL/NPCF inzichtelijk.
2. NIVEL en NPCF organiseren focusgroepgesprekken voor patiënten met primaire hypertensie. SHHV heeft de mogelijkheid een aantal vragen voor te leggen in deze focusgroepen. De resultaten van de focusgroepgesprekken, gericht op ervaringen en perspectief ten aanzien van medicatiegebruik en therapietrouw, zijn voor het NIVEL/NPCF en voor SHHV inzichtelijk.
3. De resultaten van de focusgroepgesprekken zijn in het tweede kwartaal beschikbaar.
4. NIVEL en NPCF ontwikkelen, onder andere op basis van de focusgroepgesprekken, communicatiehulpmiddelen therapietrouw voor primaire en secundaire hypertensie.
5. SHHV participeert in het platform Vitale Vaten, die een zorgstandaard ontwikkelt gericht op cardiovasculair risicomanagement, waaronder primaire en secundaire hypertensie.
6. SHHV zal de door NIVEL (in samenwerking met NPCF) ontwikkelde communicatiehulpmiddelen onder de aandacht brengen van het platform Vitale vaten met als doel deze op te nemen in de zorgstandaard en zodoende toepassing van de hulpmiddelen in de praktijk te bevorderen.
7. NIVEL stelt de communicatiehulpmiddelen voor de patiënt digitaal beschikbaar aan SHHV en Platform Vitale Vaten, voor gebruik op hun websites.
8. Elke partij is verantwoordelijk voor zijn eigen project en behoudt eigendomsrecht hierover.
9. Publicaties van **gezamenlijk** materiaal worden vooraf besproken met NIVEL/NPCF en de SHHV en alvorens bevindingen naar buiten worden gebracht zal hierover worden overlegd om tot overeenstemming te komen.

Voor akkoord, mei 2007:

NIVEL

NPCF

Stichting HHV

Bijlage 1b.

Afspraken NIVEL/NPCF en de Astma Patiënten Vereniging Vbba/LCP

Achtergrond

NIVEL voert samen met de NPCF een project uit waarin communicatiehulpmiddelen worden ontwikkeld om het geneesmiddelengebruik in de spreekkamer aan bod te laten komen ('Ontwikkeling communicatiehulpmiddelen ter bevordering van therapietrouw').

De Astma patiënten Vereniging Vbba/LCP is mede opdrachtgever van het project "Ontwikkeling Kwaliteitscriteria Astma- en COPD-zorg vanuit patiëntenperspectief" binnen het programma Zekere Zorg.

Beide projecten hebben hun eigen doelstellingen, maar kunnen elkaar goed aanvullen. Met het oog op wederzijdse versterking van de resultaten komen NIVEL/NPCF en de Astma Patiënten Vereniging Vbba/LCP de volgende afspraken overeen:

Focusgroepen

- 1.1 De Astma Patiënten Vereniging Vbba/LCP organiseert diverse focusgroepen voor patiënten met COPD. NIVEL heeft de mogelijkheid om bij twee groepen binnen één regio, de rokers en de niet-rokers, een aantal vragen voor te leggen in deze focusgroepen.

Uitvoering

- 2.1 De praktische uitvoering van deze 2 groepen zal worden uitgevoerd door de Astma Patiënten Vereniging Vbba/LCP (in de persoon van drs. Cecilia Kalsbeek) en NIVEL (in de persoon van drs. Marijn Prins) in gezamenlijkheid.
- 2.2 De Astmapatiëntenvereniging Vbba/LCP neemt de werving en selectie van de deelnemers aan de twee focusgroepen op zich.
- 2.3 NIVEL werkt de resultaten van deze twee bijeenkomsten uit door de bijeenkomsten op te nemen en schriftelijk uit te werken (transcript) en deelt dit met de Astma Patiënten Vereniging Vbba/LCP.
- 2.4 Nivel verzorgt de betaling van de deelnemers van deze twee focusgroepen in de vorm van een cadeaubon.
- 2.5 De kosten voor locatie worden in gelijke onderdelen gedeeld onder de partijen.

Resultaten

- 3.1 De resultaten van de focusgroepen zijn in het tweede kwartaal van 2007 beschikbaar.
- 3.2 De resultaten van de gezamenlijk uitgevoerde focusgroepen zijn voor zowel de Astma Patiënten Vereniging Vbba/LCP en voor het NIVEL/NPCF inzichtelijk.

Doelstellingen

NIVEL en NPCF ontwikkelen, onder andere op basis van de focusgroepen, communicatie-hulpmiddelen therapietrouw voor COPD-patiënten.

De Astma Patiënten Vereniging Vbba/LCP ontwikkelt, onder andere op basis van deze en ander focusgroepen een set kwaliteitscriteria voor (astma- en) COPD-zorg.

Elke partij is verantwoordelijk voor zijn eigen project en behoudt het eigendomsrecht hierover.

NIVEL/NPCF stellen de ontwikkelde communicatiehulpmiddelen voor de patiënt beschikbaar aan de Astma Patiënten Vereniging Vbba/LCP, voor gebruik.

Publicatie

- 5.1 Publicaties van **gezamenlijk** materiaal (lees: de uitkomsten van de betreffende twee focusgroepen) worden vooraf besproken met NIVEL/NPCF en de Astma Patiënten Vereniging Vbba/LCP en alvorens bevindingen naar buiten worden gebracht zal hierover worden overlegd om tot overeenstemming te komen.
- 5.2 Bij het naar buitentreden (na overleg) worden beide partijen (NIVEL/NPCF en

Astmapatiëntenvereniging VbbA/LCP) altijd genoemd (in de trant van: 'tot stand gekomen in samenwerking met ..').

Gesloten beurzen

- 6 De partijen werken met gesloten beurzen. Er worden dus op basis van deze afspraken binnen dit kader geen facturen gestuurd.

Voor akkoord, april 2007:

NIVEL

NPCF

Astma Patiënten Vereniging VbbA/LCP

Naam
Functie
Plaats
datum

Bijlage 2.

Klankbordgroep

Doel

Voor dit project wordt een klankbordgroep in het leven geroepen om de voortgang van het project op hoofdlijnen te bewaken en om te adviseren bij het maken van inhoudelijke keuzes.

Samenstelling

De groep wordt samengesteld op basis van betrokken partijen bij het project. Hij bestaat uit vertegenwoordigers van: LHV/NHG, KNMP, VWS, DGV, CG-raad, betrokken categorale patiëntenorganisaties, NIVEL en NPCF. Een van de leden wordt voorzitter van de klankbordgroep.

Taken

De klankbordgroep houdt zicht op de voortgang van het project, geeft feedback over concept-communicatiehulpmiddelen en adviseert ten aanzien van implementatie. Gedurende de projectperiode komt de klankbordgroep ca. 3 keer bij elkaar: april 2007 (resultaten focusgroep), september 2007 (nav concept lijst) en januari 2008.

Bevoegdheden

De klankbordgroep heeft een adviserende taak. De voorzitter van de klankbordgroep is bevoegd om, buiten de vergaderingen om, namens de klankbordgroep te spreken en te adviseren.

Verantwoordelijkheden

De leden van de klankbordgroep denken vanuit hun deskundigheid en achterban actief mee met betrekking tot de genoemde punten. De klankbordgroep adviseert de projectuitvoerders.

Leden klankbordgroep:

LHV/NHG: Henk Folmer

KNMP: Frans vd Vaart

VWS: Lidwien Verweij

DGV: Erik van Rijn

CG-raad: Christien vd Hoeven

HOB, namens Astmapatiëntenvereniging Vbba/LCP: Cecilia Kalsbeek

Stichting Hoofd Hart en Vaten: Marjolein de Booy of Margot Weerts

NIVEL: Sandra van Dulmen en Marijn Prins

NPCF: Hannie van der Hoeven (voorzitter) en Tom Schoen

Bijlage 3. Voorbeeld observatieprotocol bij hypertensie

Observatieprotocol the rapietrouw bij hypertensie - Stap 1

Patiëntnummer:

Observator:

Onderwerp

Observaties

A

Wordt er <u>voor het eerst</u> medicatie voorgeschreven voor hypertensie?	ja	nee	onduidelijk	
Uitleg hypertensie	Wordt niet besproken	Wordt wel besproken	Initiatief: arts/ patiënt	Tijdstand
A1. Geen ziekte maar risicofactor/ Schade op langere termijn				
A2. Bijna geen klachten				
A3. Stress				
A4. Controle/ vervolg afspraak				

B

Medicatie	Niet besproken	Wel besproken	Initiatief: arts/ patiënt	Tijdstand
B1. Therapietrouw of –ontrouw				
B2. Noodzakelijkheid van het innemen				
B3. Dosering/tijdstip innemen van de medicatie (dosis)				
B4a. Psychische barrières om medicatie te nemen				
B4b. Praktische barrières om medicatie te nemen				
B5a. Bevorderende factoren om medicatie juist in te nemen – psychisch				
B5b. Bevorderende factoren om medicatie juist in te nemen – praktisch				
B6. Bijwerkingen (= wgbo2 + bijwerk)				

Welke medicijnen krijgt de patiënt voorgeschreven? Naam/soort/type ...	
--	--

C

Stappen om te komen tot concordantie (omtrent medicijngebruik)	Wordt niet besproken	Wordt wel besproken	Initiatief: arts/patiënt	Tijdstand
C1. Zijn er verschillende behandelopties besproken? (NS2, wgbo1)				
C2. Zijn de consequenties van therapie (on)trouw besproken? (NS2, wgbo2)				

	Nee	Ja	Tijdstand
C3. Vraagt de huisarts aan de patiënt wat zijn/haar ideeën of opvattingen zijn over het medicijngebruik?			
C4. Vraagt de arts of de patiënt alles heeft begrepen?			
C5. Vraagt de arts of de patiënt nog vragen heeft?			
C6. Vraagt de arts of de patiënt met de behandeling instemt? (NS2, wgbo4)			
C7. Stemt de patiënt in met de behandeling?			
C8. Geeft de patiënt zijn/haar mening over het medicijngebruik op eigen initiatief?			
C9. Vraagt de arts aan de patiënt of hij/zij het wil herhalen wat er is afgesproken?			

D

Niet medicamenteuze behandeling	Wordt niet besproken	Wordt wel besproken: Impliciet/expl.	Initiatief: arts/patiënt
D1. Roken (NS2)	x	x	x
D2. Voldoende bewegen (NS2)	x	x	x
D3. Gezond eten (NS2)	x	x	x
D4. Alcohol gebruik (NS2)	x	x	x
D5. Gezond lichaamsgewicht			

x NS2: dit is reeds geobserveerd voor de 2e nationale studie.

Bronvermelding:

Cardiovasculair risicomangement 2006 (als vervanging van de NHG richtlijnen) en de WGBO (wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst).

C: Gebaseerd op het artikel (en verwante lit.) van Elwyn et al. (2003) en de definitie: "Concordance describes an agreement between a patient and a healthcare professional about whether, when and how medicines are to be taken" (Marinker and Shaw, 2003).

Observatieprotocol therapietrouw bij hypertensie - Stap 2

Patiëntnummer:

Cue 1 (A/P): C...

.....
.....

Response 1 (...): R ...

.....
.....

Cue 2 (A/P): C...

.....
.....

Response 2 (...): R ...

.....
.....

Cue 3 (A/P): C...

.....
.....

Response 3 (...): R ...

.....
.....

Cue 4 (A/P): C...

.....
.....

Response 4 (...): R ...

.....
.....

Cue 5 (A/P): C...

.....
.....

Response 5 (...): R ...

.....
.....

Bijlage 4. Samenvattingen focusgroep gesprekken

Beknopt verslag focusgroep hypertensie patiënten

Datum : 13 juni 2007

Tijd : 14:00 – 15:30 uur

Plaats : Beatrixapotheek te Den Helder

Aanwezigen: Liset van Dijk en Marijn Prins (NIVEL) en Dhr. Dupalo (apotheker).

Deelnemers: 2 mannen en 4 vrouwen tussen 47 en 70 jaar oud deden mee aan de focusgroep. De gemiddelde leeftijd was 56.8 jaar. Sinds 2 tot 7 jaar slikken zij medicatie voor hypertensie.

Inleiding onderzoek

Voor het project “Het betrekken van het perspectief van patiënt en voorschrijver bij het verbeteren van de communicatie over geneesmiddelen en therapietrouw” willen we in kaart brengen hoe verschillende groepen patiënten hun geneesmiddelen gebruiken en waar zij tegen aan lopen als het gaat om medicatiegebruik. Doel van het project is om te komen tot communicatiehulpmiddelen voor voorschrijvers (huisartsen) en het opstellen van een aandachtspuntenlijst voor zorgverleners en patiënten waarmee het geneesmiddelen gebruik voor de patiënt afgestemd kan worden op de persoonlijke situatie van de patiënt.

Tijdens de focusgroep zullen de volgende vragen/onderwerpen worden behandeld:

- 5) Hoe is het om hypertensie te hebben en geneesmiddelen te (moeten) gebruiken?
- 6) Hoe gaat dat innemen van medicatie, waar lopen mensen tegen aan, waar liggen de knelpunten?
- 7) Waar zijn mensen mee geholpen, wat kunnen tips zijn voor andere patiënten?
- 8) Wat kan de huisarts of apotheker doen om patiënten hierbij te helpen?

Onderwerp 1. Het hebben van hypertensie

Eerste reactie bij horen van de hypertensie

Voor 3 mensen kwam het totaal onverwacht, zij kwamen er bij toeval achter dat ze een te hoge bloeddruk hadden. Drie anderen hadden het al wel verwacht, zij hadden last van erge hoofdpijnen en dachten zelf al wel aan hypertensie. Een meneer gaf aan dat hij toen hij moest beginnen met de medicatie, er veel moeite mee heeft gehad. *“Ik was ongeveer 40 jaar toen ik moest beginnen, ja als je dan bedenkt dat je die medicatie je hele leven lang moet slikken. Na een jaar hebben we het proberen af te bouwen maar toen kreeg ik de verschijnselen weer terug”*. Deze meneer heeft een proces van acceptatie moeten doorlopen. Twee vrouwen wisten dat het een familiekwaal was. Deze vrouwen kwamen er toch bij toeval achter. Een meneer was heel nuchter over zijn hypertensie *“Ik heb de medicijnen gekregen en het gaat al 5, 6 jaar goed”*.

Onderwerp 2. Ervaringen van het dagelijks moeten nemen van medicatie.

Voor alle aanwezigen is het nemen van medicatie een onderdeel van hun leven geworden. Ze zien de noodzaak er (nu) van in. Sommigen hebben er in het begin wel moeite mee gehad, een mevrouw: *“Ik zag het als een soort gif, ik leef heel gezond en biologisch. Nu sta ik er niet meer bij stil, heb het gewoon nodig (...). Dus ik heb weinig keus. Het is nu een automatisme.”*

Anderen hadden er weinig problemen mee:

“Je neemt ‘m in” of “Ik weet waarom ik het doe” of “Het moet... “ of “Het is hap-slik-weg ’s morgens. Geen probleem”

Uitleg over de medicatie

Mensen hebben weinig of beknopte uitleg gekregen over hun medicatie van de huisarts. Bij een eerste uitgifte werd de bijsluiter meegegeven. De meeste mensen waren het eens met *“Deze lees je dan 1 keer, maar daar wordt je niet blij van”*. Veel mensen schrokken van alle genoemde bijwerkingen. Als betere optie werd genoemd om als je na een tijdje ergens last van hebt, het dan pas op te zoeken in de bijsluiter. Iedereen leest de bijsluiter wel, maar vooral in het begin, en mensen zoeken het op als ze ergens last van hebben.

Invloed op dagelijkse activiteiten

Vooraf bij plastabletten moeten mensen altijd in de buurt van een WC blijven, mensen houden er rekening mee. *“Als je lang in de auto moet zitten, neem ik geen kopje thee vooraf”* *“Ik ontbijtte nooit, maar met de pillen nu wel altijd”*

Bijwerkingen

Twee vrouwen zijn met plaspillen gestopt, eentje zelf, tot de volgende controle omdat zij erge last van haar knieën had. Een andere mevrouw is in overleg met de dokter gestopt omdat zij zich niet lekker/goed voelde. De meest genoemde bijwerkingen zijn: licht in het hoofd voelen, plas minder goed op kunnen houden en vaker moeten plassen.

Ervaren veiligheid van medicijnen/ ideeën over medicijnen

Een mevrouw: *“Ja, het is toch een soort gif, (...) ik vraag me wel af of het slecht voor je organen is? Drie mensen geven aan zo min mogelijk medicijnen te nemen “Ik slikte normaal nog geen paracetamolletje...!”* Een meneer: *“Een kuurtje van een week gaat wel weer je lichaam uit, maar dit moet je altijd blijven slikken, het blijft dan in je lichaam. Daar heb ik wel echt moeite mee gehad in het begin”*.

De meeste mensen ervaren in het begin toch wel wat weerstand tegen de medicatie.

De afhankelijkheid is vervelend, volgens een mevrouw.

Drie anderen denken hier anders over: *“Er zijn zoveel dingen niet goed voor je, ik denk er niet zo over na”*. Iedereen ervaart het nemen van medicatie net weer even anders!

Mooi voorbeeld hier:

Dhr 1: *“Het is maar een pilletje!”*

Mevr 6: *“Tja, het gaat niet zozeer om dat pilletje maar meer om de gedachte erachter.”*

Onderwerp 3. Medicatie volgens voorschrift/ ervaringen

Bijna iedereen neemt de medicatie op een vast tijdstip in, ze staan ook vaak op een vast plek.

“Het is een vaste handeling, als ik mijn boterhammetje ga eten”.

“Neem het na het ontbijt, vaste tijd”.

“Pillen staan naast de koffiëpot, neem elke ochtend eerst koffie, zo kan ik het nooit vergeten”.

Drie mensen zijn wel eens gestopt met de medicatie, dit ging echter in overleg met de huisarts. De bloeddruk van de patiënt werd in deze periode dan ook goed gecontroleerd.

Motivatie om medicijnen (goed) in te nemen

De meeste mensen wisten heel goed waarom ze de medicatie moeten slikken, de noodzaak ervan en de mogelijke gevolgen wanneer je het niet slikt was goed uitgelegd. Deze uitleg kwam van de arts of apotheker, maar een mevrouw had het via haar moeder gehoord.

“(...) om de kans op andere verschijnselen te verkleinen, een herseninfarct ofzo. Je weet wel waar je het voor doet”. *“Anders ga ik dood. Ik wil nog niet doodgaan! Dus vergeet het niet”*.

Een mevrouw hoefde maar 25 mg (half pilletje) per dag te nemen dus was er minder bewust mee bezig, *“Ik vergeet het rustig 3 dagen, oh ja (...) daar merk ik dan niets van”*.

Twee anderen krijgen dan weer duidelijke signalen zoals pijn in het hoofd of licht in het hoofd.

Onderwerp 4. Hoe zouden huisarts en apotheker kunnen helpen?

Wat de huisarts kan doen

Over de volgende punten waren alle aanwezigen het eens:

- Regelmatig controleren (elke 4 weken het liefst), 3 maanden is een te lange periode, een bloeddrukmeting is een momentopname. 4 personen willen geen herhaalrecept, wel regelmatige controle.
- Goed uitleggen hoe de medicatie werkt, en eventueel geruststellen (kennis, invloed op andere organen)
- Maatwerk, de behandeling op de (behoeften van de) patiënt afstemmen.

Maar:

- Het blijft je eigen verantwoordelijkheid. Een mevrouw had zelf een bloeddruk meter gekocht. *“Als je zelf iets voelt, het niet vertrouwt(...) zelf actie ondernemen!”*
En de huisarts mag je hier wel op wijzen.

Wat de apotheker kan doen

- Uitleg geven, de tijd nemen voor je. (Evt. even apart nemen)
- Controleren als je meerdere medicijnen hebt. (Of medicatie bij elkaar passen, de apotheek is beter op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen)
- Toegankelijk (als er vragen zijn stappen deze patiënten gemakkelijker de apotheek binnen dan dat ze naar de huisarts te gaan)
- Bij 1^e en 2^e uitgifte mondelinge en schriftelijke toelichting over (bij)werking (extra info en advies)

Als er later nog vragen naar voren komen vinden patiënten het hun eigen verantwoordelijkheid om hiermee naar de apotheek te gaan, daar zit toch de meeste kennis. Dus bij vragen over medicatie zouden deze mensen eerder naar apotheek gaan.

Taakverdeling tussen huisarts en apotheek

Vragen over medicatie => apotheek

Controle van de bloeddruk=> huisarts.

Beknopt verslag focusgroep COPD patiënten

Datum : 14 augustus 2007

Tijd : 11:00 – 13:00 uur

Plaats : Nivel te Utrecht

Aanwezigen: Cecillia Calsbeek (HOB), Marijn Prins (NIVEL).

Deelnemers : 5 mannen en 7 vrouwen tussen 58 en 79 jaar oud deden mee aan de focusgroep. De gemiddelde leeftijd was 69 jaar oud. De deelnemers hadden sinds hun kindertijd tot 3 jaar geleden de diagnose astma of COPD. Soms werd het ook wel astmatische bronchitis of longemfyseem genoemd. Bijna allemaal hadden in ieder geval ook als huidige diagnose COPD.

Onderwerp 1. Medicatie, invloed op het dagelijks leven.

Eerste reactie

Eerste reacties bij het horen van diagnose waren schrikken en ongeloof. Mensen hadden het niet verwacht. *“Als je een beetje hoest kan je toch geen longemfyseem hebben?” “Als ze dan zeggen dat het nooit meer beter wordt schrikt je nog meer”*. Mensen moesten ook stoppen met roken en gaan sporten. Er bestaat angst over de toekomst en om stukjes te lopen. *“Kom ik in de toekomst in zo’n karretje, kan ik de trap dan niet meer op? Dat is heel beangstigend, want lucht is leven!”*

Werk

Een man heeft zijn baan verloren door de aandoening. *“Mijn baas zei: Je bent te duur en te veel ziek. (...) Het is erg moeilijk om nog iets nieuws te vinden, ik moet blijven solliciteren tot mijn 65^e.”*

Een andere man geeft aan niet meer te kunnen werken. Weer een ander moet 's nachts vaak wakker worden om ervoor te zorgen niet te stikken: *“Ik slaap 's nachts ook maar 1,5 uur achter elkaar want dan gaat er een automatische wekker want ik moet dat slijm kwijt. Doe ik dat niet en ik zou diep slapen dan is het hek van de dam want dat slijm is dan zo aangegroeid zeg maar dat ik blauw aanloop.”* Een vrouw zag het zelf gewoon niet meer zitten om te blijven werken: *“Ik ben niet gestopt met werken door de COPD, ik kon een apparaatje mee naar werk nemen. Ik zag het zelf gewoon niet meer zitten.”*

Relaties

Partners van de patiënten waren over het algemeen helpend. Ze nemen (huishoudelijke) taken over en steunen de patiënt. Bij een man regelde zijn vrouw al zijn medicatie. De inmiddels ex-vrouw van een andere patiënt kon er niet goed tegen dat de medicatie zoveel tijd kostte: *“Ik had een vrouw die zei...moet je nou weer die medicijnen nemen? Blijf je aan de gang met dat gerochel?” “Ze vond het vervelend dat ik er zoveel tijd voor nam. Daarom ben ik ook gescheiden”*

Kinderen kunnen ook helpen en bezorgd zijn om hun ouders maar er was ook onbegrip en niet-acceptatie: *“Wat ik dus mee heb gemaakt, is dat je kinderen niet begrijpen dat moeder niks meer kan. Ik ben altijd heel flink geweest, heb altijd gewerkt tot m'n 62^e, deed altijd alles voor de kinderen en ineens is het klaar.”*

Bij een vrouw was het niet haar gezin die het niet begreep maar juist de mensen daar omheen: *“Ze zien je en zeggen, ‘nou je ziet er toch goed uit’. Als ik dan zeg ‘ik ben op, ik kan niet meer’, dan zeggen ze ‘we zien niks aan je’.”*

Emoties en stemming

Bijna iedereen geeft aan bang te zijn om te stikken. Er worden ook linken gelegd met stress en het verergeren van de klachten. Er is behoefte om hier samen met een arts of andere hulpverlener naar te kijken. *“Als ik veel onder stress werk krijg ik enorm last van astma en ik vind het wel interessant om dat uit te werken. En dan kan hij met een andere specialist eigenlijk overleggen van hoe moet je dat dan behandelen. Dan kan je het handbaar maken.”*

De meesten waren het erover eens dat prednison je karakter en je stemming erg negatief beïnvloedt. Hiernaast hadden mensen last van vocht vasthouden in het lichaam en het breken van botten en scheuren van pezen en spieren. *“Als ik teveel prednison krijg dan verandert mijn karakter, je wordt prikkelbaar en depressief.”*

Vooraf de periode na het horen van de diagnose hadden mensen behoefte om hier met iemand over te praten, over hoe het in te passen in je leven en er mee om te kunnen gaan. Een paar gesprekken met een maatschappelijk werkster of psycholoog zouden veel mensen waarderen. Als optie werd genoemd dat de huisarts dat aan je voor kon stellen en je erop kon wijzen dat dat mogelijkheden zijn: *“Toen ik pas astma had, zat er tussen mijn oren ‘dit overkomt mij’ en daarbij kreeg die hele zware prednison kuren waar ik ook nog eens depressief van werd. Daarbij miste ik dus wel een praktische oplossing.”*

(Vrije) tijdsbesteding

“Als je om 11 uur ergens moet zijn, hier bijv. dan moet ik om 7 uur opstaan. Want ik heb ook zo’n hele lijst die ik ’s ochtends in moet nemen: 2 puffjes ..., 1 puffje ... en 2 puffjes ... en wat pilletjes.” Met vakantie moeten er veel extra spullen mee en is de meneer met de zuurstof fles gebonden aan het hotel. Een optie voor mensen die inhalatiemedicatie nodig hebben zou langer werkende medicatie prettig zijn.

Lichaamsbeleving

Er werd verteld dat je de benauwdheid niet meer zo goed kon voelen, er was een continue benauwdheid maar men vond het moeilijk om aan te geven hoe erg het was. Als oplossing had een meneer de peak-flow meter, hiermee kan je meten hoeveel lucht je hebt (dus hoe goed het gaat). Hier waren verschillende ervaringen mee. Een alleenstaande vrouw had ook behoefte om er achter te komen hoever zij kon gaan. Heideheuvel heeft haar hierin erg geholpen.

Onderwerp 2. Medicatie volgens voorschrift

Over het algemeen zeggen mensen hun medicijnen trouw in te nemen. Op de vraag

Lukt dat altijd om alles in te nemen? wordt geantwoord:

“Ja dat lukt altijd, dat moet wel.” “Als je het niet doet dan merk je het gewoon want dan kom je jezelf tegen.”

Bij de meesten is het een bepaalde routine geworden om de medicatie te nemen. Een vrouw vindt het echter wel moeilijk om die regelmaat vast te houden. Bij een man helpt zijn vrouw hem herinneren. Toch wordt er ook wel eens een dosis overgeslagen, vergeten of dubbel genomen. Ook wordt ter compensatie een ander (makkelijker) apparaatje gebruikt. Hieraan ten grondslag lagen dan praktische bezwaren of psychische (schaamte) aspecten.

“Zo’n vernevelaar kun je niet meenemen voor onderweg, dat vind ik wel een heel groot minpunt. (En u moet 4 keer per dag vernevelen... dus als u dan ergens anders bent, dan gaat u naar huis?) Nee hoor, nee dan sla ik het maar over. Dan neem ik een extra puffie ventolin.”

Er bestaat schaamte om het in het openbaar te doen. Het uitstellen om naar de huisarts te gaan bij verergering van de klachten kwam ook vaak voor, met name vlak voor het weekend. Er zijn mensen die, als ze een keer iets vergeten zijn, dan dubbele medicatie nemen: *“Er zijn ook mensen die het dubbel nemen, als ze de bijsluiter hadden gelezen wisten ze dat je dat niet moet doen, als je het eerder bent vergeten.”*

Om te herinneren dat je iets reeds hebt gebruikt hadden mensen oplossingen bedacht:

“Je moet trucjes gebruiken hè, als ik pulmicort heb gebruikt dan laat ik de deksel eraf.”

“Ik heb strips, daar zet ik dan de datum op, dan weet ik het ook”. Of

“Mijn vrouw helpt me altijd herinneren”.

Mensen leken het prettig te vinden om in samenwerking met hun arts, zelf wat te experimenteren en er zo achter te komen welk medicijn of combinatie e.d. het beste voor hun werkte, dus in overleg met de arts creatief naar oplossingen zoeken.

Inhalatietechniek

Het aanleren van de inhalatietechniek hebben de mensen op verschillende plekken geleerd, in het ziekenhuis, op Heideheuvel, in de apotheek, van de huisarts of helemaal niet. *“Ik heb van helemaal niemand instructie gehad om te inhaleren”*. Na het aanleren in het begin zijn er geen herhalingen geweest, behalve bij Heideheuvel.

Bijwerkingen

Er werden voornamelijk bijwerkingen van prednison genoemd. Naast karakter veranderingen en klachten van psychische aard waren er ook hele ernstige lichamelijke bijwerkingen. Maar men zag de noodzaak er wel van in, in sommige gevallen. Het gevoel heerste dat artsen niet veel weten van de bijwerkingen en hier ook niet of weinig over praten: *“Ik vind dat de arts en specialist beter op de hoogte moeten zijn van de bijwerkingen en het aan je moet vertellen. 80% leest de bijsluiter niet.”* Sommige mensen krijgen reuma of diabetes van de medicijnen, patiënten willen hier graag van te voren van op de hoogte worden gebracht zodat als ze zoiets ontwikkelen, ze weten waar het door komt.

Bijsluiters

Patiënten willen graag van de arts horen welke bijwerkingen hij/zij kan verwachten omdat ze het zelf niet (willen) lezen. *“Als je de bijsluiter leest...nou dan pak je meteen je begrafenis polis, haha, en de artsen praten er niet over en als je erover begint dan zeggen ze ‘Ah, dat is voor de fabrikant, daar moet je je niet zo druk om maken’.*” Er was ook weinig aandacht voor de ernstige bijwerkingen die mensen van prednison hadden. *“Dan zeggen ze...dat is gewoon standaard.”* De bijsluiter is ook vaak onbegrijpelijk voor de patiënt. Een soort patiëntenversie, een leesbare bijsluiter of uitleg bij de apotheek zou een oplossing zijn. Mensen willen ook niet alles weten: *“Dan lees ik het is voor je benauwdheid maar je kunt het er benauwd van krijgen...wat schiet ik er dan mee op?”*

Long- en huisartsen

Over het algemeen vinden patiënten het belangrijk dat hun arts goed luistert, de patiënt laat uitpraten en aandacht heeft voor wat de patiënt vertelt. Hiernaast dat hij/zij verstand van zaken heeft, regelmatig lichamelijk onderzoek verricht (het ‘doorlichten’), de patiënt informeert over mogelijke bijwerkingen van medicatie en aandacht heeft voor emoties en psychische aspecten die met de aandoening gepaard gaan. Een halfjaarlijkse controle bij de longarts zou volgens een man een goede zaak zijn. Zo zou je dan samen kunnen proberen en oefenen om signalen van je lichaam te herkennen en er zo optimaal op te reageren qua medicatie gebruik. Toch lijkt de beste persoon, degene te zijn waar het goed mee ‘klikt’. Een andere optie om de communicatie te verbeteren was dat arts en patiënt bepaalde signaal woorden hadden voor wanneer je voelde dat het echt foute boel was. Voorwaarde hiervoor is dat je het wel zelf kunt herkennen en dat de arts naar je signaal luistert en het oppikt, om er vervolgens naar te handelen.

Praktijkondersteuners/ longverpleegkundigen

Sommige mensen hebben wel ervaring met longverpleegkundigen, anderen helemaal niet of hebben net kennis gemaakt: *“Ik gebruik al jaren medicijnen en kwam laatst bij zo iemand, zei ze, uw krijgt niet genoeg binnen, u blaast verkeerd.”* Men zag ook wel baat om regelmatige controles in te voeren zoals die bij diabetes al worden gedaan in de huisartsen praktijk: *“Ik ben dus diabetes, en met de vervolg medicatie en begeleiding dat is helemaal top. Dat zou ik dus ook wel met de astma willen, op die manier.”*

Apothekers

Er zijn verschillende ervaringen met de apotheker als informatiebron voor medicijnen. Een vrouw zei: *“Ik wist niet eens hoe het moest dat inhaleren. Ik heb wel een hele goede apotheek en die heeft het voorgedaan”*. Een ander over de informatievoorziening over bijwerkingen vanuit apotheek: *“Nou de apotheek schuift het alleen maar naar je toe en zegt niets, dus je moet het zelf doen”*. Drukte aan de balie wordt gezien als een knelpunt hier.

Knelpunten bij medicatiegebruik

- 1) Prednison: effect van de bijwerkingen
- 2) Weinig aandacht voor bijwerkingen
- 3) Medicatie overslaan (door omstandigheden/ praktisch vs. valse schaamte) (1 sticker)
- 4) Medicatie in het openbaar (2 stickers)
- 5) Uitstellen (1 sticker)
- 6) Zelf experimenteren (1 sticker)
- 7) Zelf stoppen
- 8) Vroeg opstaan om medicijnen te nemen/ eerder naar bed
- 9) Kost veel tijd
- 10) Vakantie
- 11) Relaties mensen: onbegrip
- 12) Vergeten/ dubbel gebruiken
- 13) Overslaan bij goed voelen

Oplossingen bij medicatiegebruik

- 1) Leren luisteren naar je eigen lichaam, signalen leren herkennen (8 stickers)
- 2) Dat de huisarts je serieus neemt (5 stickers)
Je naar een longarts doorverwijzen, een specialist (2 stickers)
Meer uitleg van de arts over de medicatie en bijwerkingen (4 stickers)
- 3) Kleinere handzame apparaten, iets wat in je (hand)tas kan
5,6,7) In overleg met je arts (zelf) experimenteren met medicatie (2 stickers)
8,9,10) Langer werkende medicijnen (1 sticker)
- 12) Als je een medicijn hebt genomen, de deksel eraf laten of de datum erbij schrijven zodat je weet dat je hem hebt genomen. Partner kan hierbij ook helpen.
Extra:
 - Een leesbare bijsluiter (2 stickers)
 - Controles zoals nu al bij diabetes patiënten gebeurd in de huisartsenpraktijk door praktijkondersteuners (5 stickers)
 - Begeleiding bij het leren omgaan met COPD (2 stickers)

* Alle deelnemers kregen 3 stickers om aan te geven welk(e) knelpunt(en) of oplossing(en) hij/zij het belangrijkste vond. Er lijkt massaal gekozen te worden voor de oplossingen en dan met name het leren luisteren naar je eigen lichaam. Verder vinden patiënten het belangrijk dat de huisarts ze serieus neemt en echt luistert naar wat ze te zeggen hebben. Hiernaast zien patiënten graag dat er controles komen zoals die er op dit moment al zijn voor diabetes patiënten en dat er meer uitleg gegeven wordt door de arts over de medicatie en bijwerkingen.

Beknopt verslag focusgroep COPD patiënten

Datum : 23 augustus 2007

Tijd : 11:00 – 13:00 uur

Plaats : HOB te Amersfoort

Aanwezigen: Cecillia Kalsbeek en Erik Thier (HOB) en Marijn Prins (NIVEL).

Deelnemers : 6 mannen en 2 vrouwen tussen 56 en 78 jaar oud deden mee aan de focusgroep. De gemiddelde leeftijd was 67 jaar oud. De deelnemers hadden sinds hun kindertijd tot 2 jaar geleden de diagnose astma of COPD. Soms werd het ook wel chronische (astmatische) bronchitis of longemfyseem genoemd. Bijna allemaal hadden in ieder geval ook als huidige diagnose COPD.

Onderwerp 1. Medicatie, invloed op het dagelijks leven.

Een vrouw had net een zoontje van 5 weken toen zij de diagnose kreeg. *“Wat moet ik doen, moet ik gaan werken of niet, met zo’n klein kind”*. Een man zei: *“geen invloed op mijn leven”* maar hij noemde zichzelf wel een struisvogel, die zijn kop in het zand steekt.

Werk

Een man is door zijn aandoening vervroegd met pensioen gegaan. *“Ik kon ook niet meer werken hoor. Als militair moet je natuurlijk ook allerlei dingen, je moet elk jaar een sporttest doen. Nou die kon ik al zo’n 3 jaar niet meer halen. (...) Een andere meneer runt nog een eigen bedrijfje: “Vroeger deed ik alles zelf, ik ben in mijn eentje begonnen.(...) Ik kijk wel nog over de schouder mee. Kom nu wat meer met de klanten in aanraking, besprekingen, dat soort dingen.”*

Relaties (sociaal leven)

Bij een vrouw heeft haar kleindochter ook longklachten. Haar omgeving zegt dan ‘het is niet gek ook, want oma heeft het ook’. *“Het zit in de familie en zo... (...) ik voel het als een verwijt naar mij van oma heeft het. En oma heeft het al zo lang. Dat is moeilijk.”*

Een man heeft een dochter die het ook heeft maar ze praten er niet samen over.

“Zij gebruikt continu prednison en ze wordt steeds dikker. Ik ben er niet gerust op eigenlijk.”

Emoties en stemming

Weinig mensen hebben echt begeleiding gekregen bij de verwerking. *“je wil zoveel en het gaat niet meer”*.

(Vrije) tijdsbesteding

Een man en een vrouw deelden de stelling: *“Ik had geen tijd om ziek te zijn.” “Dat zei ik ook rustig tegen mijn huisarts, ik heb geen tijd”*. De man herkent dit, *“Dat komt misschien doordat ik een eigen zaak heb... ik ben ook wel eens ziek natuurlijk...maar dan loop ik door. Ik ga wel naar de huisarts maar dan is het al 4 dagen te laat.”*

Lichaamsbeleving

Een man had een heel specifieke levenswijsheid: *“Niet zeuren maar beuren!. Dat is mijn hele levenswijze. Dat houdt in dat ik in conflict raak met andere mensen, (...) die bijv zeggen ‘ik ben aan de vakantie toe’ of ‘ik ben moe’. ... ik begrijp het woord moe niet.”*

Verkoudheid

Het oplopen van een verkoudheid was voor veel mensen belangrijk: *“Mijn benauwdheid valt of staat met het feit of ik verkouden wordt of niet. Voor mij is de grote strijd te zorgen dat je niet verkouden wordt”*.

Onderwerp 2. Medicatie volgens voorschrift

Lukt het altijd?

Een paar mensen doen aan zelfmanagement.

Een man heeft n.a.v. de invoering van DBC's met zijn huis- en longarts afgesproken om alleen nog maar naar de longverpleegkundige te gaan voor controles. De reden hiervoor was dat het veel minder geld kost. (uit principe, want de verzekering betaalt het uiteraard). Het nemen van medicatie kost veel tijd: *"Ik heb 3 verschillende soorten puffjes, de ene is 1 keer per dag, de andere 2 keer en 4 keer per dag. Dan heb ik ook nog een rits medicijnen want ik heb ook last van m'n nieren, te hoge bloeddruk nou ja alles wat erbij komt. Je bent de hele dag met je medicijnen bezig. En dat vind ik heel vervelend."*

Aanpassen aan de activiteiten: *"Ik heb normaal 's ochtend een plaspil maar die neem ik nu maar tussen de middag, anders blijf ik naar het toilet lopen. Mensen moeten ook eerder opstaan als ze 's ochtends een afspraak hebben. "Gisteravond heb ik al meteen m'n pil in het medicijndoosje gedaan."* Voor sommigen is het erg lastig, vooral als er voor verschillende aandoeningen medicijnen moet worden genomen: *"Dit pilletje slaat daar op en dit pilletje zit een streepje... op ten duur weet ik niet meer welk pilletje waarvoor is. Je krijgt er een punthoofd van!" "Het is een hele uitzoekerij."*

Vergeten gebeurt nog wel eens: *"(..) Soms vergeet ik het. Dan zeg ik tegen m'n man, Oh ik ben mijn pil vergeten."* Wat doet u doen? *"Nou dan sla ik hem gewoon over. (...) Dus ieder keer moet je, ja je wordt er wel eens moe van hoor..."* Anderen hebben er minder moeite mee:

Te lang wachten: Als mensen te lang doorlopen met een verkoudheid krijg je vaak prednison, soms stelt de arts echter te lang uit.

Inhalatietechniek

Het aanleren van de inhalatie medicatie hebben mensen op verschillende manieren geleerd. Een man heeft het zichzelf goed aangeleerd: *"Ik heb geleerd hoe je het doen moet van een tekeningetje die in het doosje zit."* Een vrouw die wel moeite had om het juist te doen vertelde: *"Ik moest bij een longverpleegkundige in het ziekenhuis voordoen hoe ik dat deed, toen bleek ik het verkeerd te doen. Toen kwam ze met de voorzetkamer want dat is een stuk makkelijker. Je drukt, je haalt 5 keer in en je krijgt het binnen."*

Bijwerkingen

Veel mensen ervaren bijwerkingen van prednison en hebben weer andere pillen nodig om deze klachten te behandelen: *"Ik had vorig jaar 30 mg dat ik moest slikken, ik kreeg hele hoge bloeddruk, heel erg pijn in mijn hoofd, ik werd heel naar. Volgens de reumatoloog krijg je hele hoge bloeddruk van prednison."* (..) *"Uiteindelijk heeft de huisarts me hoge bloeddruk pillen voorgeschreven."*

Bij een andere man zijn, na jaren prednison geslikt te hebben, zijn bijniereën heel traag geworden. Dat heeft weer als resultaat dat elk koudje dat langs komt, de bijniereën niet meer afbreken. *"Door de prednison wordt je dus vatbaarder voor koudjes, dan moet je weer meer prednison gebruiken om weer afweer mechanismen te hebben.(..)"*

Een vrouw heeft ook hart problemen en reuma en dus medicatie voor alle 3 de aandoeningen. Zij heeft het gevoel dat de medicatie de andere kwaal verergert: *"Volgens mij komt het door de medicijnen want ik heb 's morgens een plaspil en 's middags voor mijn eten heb ik een hart en vaatpil, en een bloeddrukpil aan het eind van de avond en sindsdien heb ik meer last van mijn astma."* Een andere vrouw heeft erg veel last van duizeligheid. Maar weet niet van welk medicijn het komt. *"Het zijn verschillende medicijnen waar je duizelig van kan worden."* (..)

Dus weer meer medicijnen om de bijwerkingen tegen te gaan. De longarts heeft weinig aandacht voor deze klachten.

Bijsluiters

Over bijsluiters lijkt het idee te leven dat je juist klachten krijgt wanneer je de bijsluiter leest:

"Bijsluiters die je van de apothek krijgt heb ik een paar keer bekeken en ik kijk ze tegenwoordig helemaal niet meer in. Ik heb zo'n idee dat als je weet wat je kan krijgen dat je denkt, ik denk dat ik het heb." Een mevrouw leest ze als ze ergens last van heeft: *"Komt het soms van een of ander medicijn of is het iets anders?"* Wordt u er ook wijs uit dan?

“Nou eigenlijk niet want er staan zoveel dingen in. Je wordt al beroerd als je leest dat je het niet eens meer wil nemen.”

Long- en huisartsen

Er waren verschillende ervaringen met long- en huisartsen. De band met de arts werd als iets heel belangrijks gezien. Een goede huisarts zou zeggen: *“Ga maar naar de longarts”*. Er lijkt weinig vertrouwen te zijn in de kennis van huisartsen over astma/COPD. Het wordt gewaardeerd als de huisarts eerlijk toegeeft als hij iets niet precies weet en hulp vraagt aan een specialist.

“Ik heb zelf moeten zeggen van stuur me naar een longarts”.

“de huisarts schreef veel antibiotica voor (dat vond ik eigenlijk vervelend)”.

Meerdere mannen ervoeren het dat zij waren opgegeven door de arts.

Praktijkondersteuners/ longverpleegkundigen

Bijna iedereen vond de longverpleegkundige een verrijking, een heel goed alternatief van de long- of huisarts. Enkele vonden dit niet maar die hadden *“een hele goede longarts”*. Mensen vinden het fijn (regelmatig) een oproep te krijgen, dat er uitgebreid naar medicatie wordt gekeken en je dit daar samen oefent en controleert. *“Veel meer tijd en minder kosten”*.

Apothekers

Een man vertelde dat hij bij de apotheek een (herhaal) in halatie-instructie heeft gekregen. Hij was opgeroepen. *“Ik moest mijn inhalers meenemen, dan moest ik het daar voordoen. Toen zei ze, je moet niet teveel je hoofd naar achteren doen. Dan gaat het niet goed door naar je longen. Toen zei ze precies de omschrijving en je moet je mond ook spoelen.”*

Een andere man had via een foldertje die bij de apotheek lag, een keer een afspraak gemaakt. *“Het enige dat ik niet goed deed was dat ik ..250 mg moest hebben en dan deed ik puffjes van 125 mg paf-paf achter elkaar. Je moet dus 2 keer een doen, verder deed ik het wel goed. De dokter/huisarts heeft het indertijd wel voorgedaan maar het verwatert toch wat dus ik denk, nou ik zag het foldertje.”*

Samenwerking zorgverleners

De samenwerking en communicatie tussen artsen onderling is niet altijd even goed.

Vergoedingen

Veel mensen hadden problemen met de vergoeding van medicatie die de arts of specialist voor had geschreven. *“Iemand die er niet voor heeft gestudeerd (lees: de verzekeringsmaatschappij) bepaald dus uiteindelijk wat je wel en niet krijgt”*. Een man betaalt zijn medicijnen daarom zelf, *“ik heb ze gewoon nodig”*. Een vrouw is heel boos en emotioneel geworden toen haar long- medicijnen plotseling niet meer werden vergoed. *“Ik krijg dat van de reumatoloog voorgeschreven, ik vraag daar ook niet om, (...) uiteindelijk kreeg ik het toch wel weer vergoed”*. Over het algemeen willen mensen liever niet te veel kosten maken, door bijvoorbeeld naar een longverpleegkundige te gaan i.p.v. naar een dure specialist. Hiernaast worden bepaalde sportclubjes niet vergoed: *“Ik kan het betalen maar er zijn mensen die afhaken omdat ze dit soort dingen niet kunnen betalen. Dan komen ze weer eerder bij de longarts en in het ziekenhuis en dan is het cirkeltje weer rond. Dat wordt dan wel betaald, 800 euro per dag...”*

Knelpunten/ oplossingen

- 1) (Geen) begeleiding bij de verwerking na diagnose. (3 stickers)
- 2) Verkoudheid voorkomen en snel bestrijden. (6 stickers)
- 3) Hele dag met medicatie bezig moeten zijn. (2 stickers)
- 4) Informatie geven over bijwerkingen door de arts is belangrijk.
- 5) Medicijnen tegen bijwerkingen.
- 6) Goed omgaan met medicijnen is erg belangrijk. (3 stickers)
- 7) Band met je arts is belangrijk. (4 stickers)

- 8) Betere, duidelijkere bijsluiter.
- 9) Medicijngebruik te ingewikkeld => meer begrip van medicatie zou helpen. (2 stickers)
- 10) Extra:
- 11) Problemen met vergoedingen (o.a. verzekeringen) en de gevolgen van DBC's. (4 stickers)

Beknopt verslag focusgroep antidepressiva gebruikers

Datum : maandag 29 oktober 2007
 Tijd : 19:30 – 21:00 uur
 Plaats : Apotheek Moergestel, koffiekamer

Aanwezigen: Liset van Dijk en Marijn Prins (NIVEL) en Mevr. Hamelijncx (apotheker).

Deelnemers: 5 vrouwen tussen 40 en 58 jaar oud deden mee aan de focusgroep. De gemiddelde leeftijd was 46.8 jaar oud. Allemaal gebruiken zij een SSRI (Citalopram, Sertraline, Fluoxetine of Paroxetine) gedurende 2 maanden tot 10 jaar.

Inleiding onderzoek & doel groepsgesprek

Het NIVEL voert een onderzoek uit naar de manier waarop het gebruik van medicijnen verbeterd kan worden. Therapieontrouw komt veelvuldig voor waardoor veel patiënten niet het maximale effect van hun behandeling krijgen. De communicatie tussen hulpverlener en de patiënt kan hierbij een grote rol spelen. Medicijngebruik blijkt vaak ook niet goed aangepast te zijn aan de persoonlijke situatie van de patiënt.

In dit onderzoek wordt er naar knel- en verbeterpunten gezocht met betrekking tot medicijngebruik. Hiernaast worden er aandachtspunten geformuleerd om de communicatie rondom medicijngebruik te verbeteren. We hebben dit gedaan bij verschillende aandoeningen: hypertensie (een te hoge bloeddruk), astma/COPD en depressie.

We wilden in dit groepsgesprek graag te weten komen:

1. Hoe mensen het vinden een aandoening/kwaal te hebben en om geneesmiddelen gedurende langere tijd te moeten gebruiken.
2. Waarom het soms moeilijk is geneesmiddelen te nemen, wat eventuele knelpunten kunnen zijn.
3. Waarmee mensen geholpen zouden zijn, wat ze van hun (huis)arts of apotheker verwachten.

De hoofdpunten – wat kwam er naar voren?

Deelnemers zaten in verschillende fasen van acceptatie

De eerste reactie bij het horen dat een antidepressivum voorgeschreven werd, was vaak negatief: *“Nee ik ben toch niet gek”*.

Oorzaak opsporen in plaats van klachten bestrijden:

“Nee, ik wil dat jullie kijken waarom ik depressief ben geworden. Want het voelt als dweilen met de kraan open. Naar de achterliggende problematiek is 3 jaar later nog niet naar gekeken. Dat vind ik wel frustrerend.”(..) *“Net alsof dat het probleem oplost.”*

In latere fasen was er meer acceptatie. Mensen gaven aan het gevoel te hebben dat zij het antidepressivum uiteindelijk wel nodig hebben.

Positieve reacties waren: *“Zonder(medicatie) was het helemaal geen leven.”*

Of: *“Ik heb er zelf om gevraagd”*.

Hiernaast ervaarden sommigen onbegrip vanuit hun omgeving: *“Je kunt beter je been breken dan zien ze tenminste iets aan je”*.

Schaamte speelde hierbij ook een rol, het niet willen bespreken met anderen of niet willen dat anderen zien dat je een antidepressivum bij de apotheek ophaalt. Er werd ook verwezen naar de invloed van opvoeding: *“Ik ben zo opgevoed: problemen binnenshuis houden”*. Later werd het schaamtegevoel vaak wel minder.

Ervaren effect van het middel

De meesten ervoeren een afgevlakt gevoel door hun antidepressivumgebruik:

“Ik merk dat ik heel oppervlakkig ben. Ik loop echt zo door het leven en ik heb geen hoogtepunten en ik heb geen dieptepunten.(...) Ik vind het een rotgevoel.” De SSRI's werden ook als werkzaam ervaren: *“Ja, ik zie echt weer licht aan het eind van de tunnel.”*

Positief: *“Oh wat ben ik toch blij dat ik die pillen heb anders zou ik een of ander iets gek doen”*.

Oorzaak van de klachten

De oorzaak van de depressieve klachten werd soms gezien als iets dat van buitenaf kwam bijv: *“Door een fout van het ziekenhuis ben ik bij de psychiater terecht gekomen. Het heeft gewoon heel mijn leven op z'n kop gezet. Dat is de reden dat ik daaraan zit.”* Ook werden de overgang of hormonen als mogelijke oorzaken gezien.

Vaker wisten patiënten zelf niet waardoor ze nu deze klachten hadden.

Afhankelijkheid

Velen waren voor hun gevoel niet afhankelijk van een antidepressivum maar redeneerden met hun verstand dat ze het wel nodig hadden: *“Ik voel het niet maar ben het wel.”*

Of: *“Ik denk iedere avond als ik ze inneem, daar kan ik makkelijk zonder, maar ik weet gewoon dat het niet gaat”*.

Stoppen met medicatie

Alle deelnemers gaven aan wel ooit te willen gaan afbouwen en stoppen met de medicatie.

Een vrouw was zelf een keer gestopt met de medicatie (zonder de arts/behandelaar te informeren) en dit bleek geen succes: *“Ik ben een keer zelf gestopt, gooide alles in de prullenbak, ik heb ze niet nodig dacht ik. (...) Toen werd ik met spoed opgenomen in zo'n inrichting. Ik ben toen 3 dagen van de wereld af geweest.”*

Een andere vrouw wil (nog) niet stoppen: *“Ik ben net begonnen en begin pas een beetje licht te zien dus ik ga er zeker niet mee stoppen.”*

Medicatie volgens voorschrift & vergeten

Deelnemers hebben er over het algemeen geen moeite mee om medicatie volgens voorschrift te gebruiken. Een handig hulpmiddel is een weekdoosje.

Een vrouw is bang om te vergeten: *“Sinds ik die keer gestopt ben (en het helemaal fout ging) ben ik heel bang om ze te vergeten. Van oh straks gaat het weer fout...”*

Velen hebben 's morgens een vaste routine, dat helpt om ze 'juist' in te nemen.

Bijwerkingen

Bijwerkingen die worden genoemd zijn hoofdpijn, het hebben van 'een zwaar hoofd', constipatie, je de hele dag slaperig voelen en vergeetachtigheid. Deze klachten werden wel vaak minder naarmate men ze langer slikte.

Hulpverleners

Sommigen hadden slechte ervaringen met hulpverleners (afschuiven, slechte samenwerking van huisarts en GGZ) of ervoeren geen effect van een psychologische behandeling (in de GGZ). Twee van de vijf vrouwen werd op dat moment niet meer begeleid door een hulpverlener (buiten de apotheek) met het antidepressivum gebruik.

Een vrouw vond dat zij te veel hulp had: *“Ik heb veel te veel mensen om me heen. Ik wordt van alle kanten in de gaten gehouden en ik kan geen stap zetten of iedereen weet het”* terwijl een andere vrouw juist geen hulp kreeg, terwijl ze dit wel wilde.

Wat kunnen hulpverleners doen

De deelnemers waren erg tevreden met de apotheker. Bij vragen over medicatie gaan deze vrouwen sneller naar de apotheek dan naar de huisarts.

Bij een 1^e uitgifte van medicatie is er behoefte aan informatie, maar na de 1^e uitgifte komen de vragen pas echt naar boven: *“Als je bij de huisarts zit dan is het even (lalala, even snel) en dan ga je de medicijnen halen. Als je er dan thuis over zit na te denken dan kan ik het altijd aan mevr. Hamelijnc (apotheker) vragen, dat is geen probleem. Een lage drempel. Heel laag drempelig, zonder meer.”*

Er werd ook veel waarde gehecht aan privacy: *“(…) als het allemaal maar ‘sneaky’ kan.”*

Bij de deelnemers leven er zeker ook vragen over medicatie: *“Wat voor effect heeft dit medicijn op de rest van mijn medische situatie?”* Aan dit soort vragen zouden huisartsen meer aandacht kunnen besteden.

Afsluiting

Aan het eind van het groepsgesprek gaven de deelnemers aan het gesprek als prettig te hebben ervaren. Gedurende het groepsgesprek werden de deelnemers steeds meer open, vonden herkenning bij elkaar en konden elkaar wat tips of informatie geven. Er heerste over het algemeen een positief gevoel achteraf. Een voorbeeld van een reactie van een van de deelnemers: *“Het gevoel dat ik er nou bij heb is dat sluit een beetje aan bij mijn eigen gevoel, ‘ik ben niet gek, ik ben niet gek’. Nu na dit gesprek is het eigenlijk heel normaal, want ieder heeft zijn eigen verhaal en niemand schijnt toch eigenlijk gek te zijn, hahaha!”*

Bijlage 5. Aantallen en frequenties* van (niet) besproken onderwerpen tijdens op video opgenomen consulten bij de huisarts

Hypertensie

Video observaties (n=90)

8 eerste uitgiftes van medicatie, 79 herhaalrecepten, 3 onduidelijk.

Uitleg bij (eerst) uitgifte

	<u>Niet besproken</u>
- Hypertensie is geen ziekte maar een risicofactor/ wel schade op langere termijn	82 (91,1%)
- Hypertensie geeft bijna geen klachten	83 (92,2%)
- Invloed van stress	63 (70,0%)
- Maken van een controle -/ vervolgspraak	27 (30,0%)

Medicatie (gebruik)

- Therapietrouw of -ontrouw	69 (76,7%)
- Noodzakelijkheid van het innemen	83 (92,2%)
- Dosering/ tijdstip innemen van de medicatie	48 (53,3%)
- Psychische barrières om medicatie te nemen	87 (96,7%)
- Praktische barrières om medicatie te nemen	87 (96,7%)
- Bevorderende factoren om medicatie juist in te nemen - psychisch	87 (96,7%)
- Bevorderende factoren om medicatie juist in te nemen - praktisch	86 (95,6%)
- Bijwerkingen	60 (66,7%)

Stappen om te komen tot concordantie

	<u>Nee</u>
- Zijn er verschillende behandelopties besproken?	73 (82,2%)
- Zijn de consequenties van therapie(on)trouw besproken?	87 (96,7%)
- Vraagt de huisarts aan de patiënt wat zijn/haar ideeën of opvattingen zijn over medicijngebruik?	84 (93,3%)
- Vraagt de arts of de patiënt alles heeft begrepen?	88 (97,8%)
- Vraagt de arts of de patiënt nog vragen heeft?	87 (96,7%)
- Vraagt de arts of de patiënt met de behandeling instemt?	67 (74,4%)
- Stemt de patiënt (duidelijk) in met de behandeling?	56 (62,2%)
- Geeft de patiënt zijn/haar mening over het medicijngebruik op eigen initiatief?	79 (87,8%)
- Vraagt de arts aan de patiënt of hij/zij wil herhalen wat er is afgesproken?	89 (98,9%)

Niet medicamenteuze behandeling

- Roken	81 (90,0%)
- Voldoende bewegen	73 (82,2%)
- Gezond eten	76 (84,4%)
- Alcohol gebruik	86 (95,6%)
- Gezond lichaamsgewicht	76 (84,4%)

* Let op!!!

De geobserveerde consulten zijn moment opnames. Een huisarts kan redenen hebben om op een bepaald moment wel of niet over medicatie te praten met de patiënt. Naast bestaande voorkennis bij de huisarts of een niet op therapietrouw gericht gespreksdoel van de arts, kan het zijn dat er in voorgaande consulten al uitgebreid(er) is gesproken over medicatiegebruik. Het is belangrijk om dit in gedachten te houden.

Astma/COPD

Video observaties (n=23)

5 consulten COPD/emfyseem, 18 consulten Astma

7 eerste uitgiftes van medicatie, 15 herhaalrecepten, 1 onbekend.

Medicatie (gebruik)

	<u>Niet besproken</u>
- Therapietrouw of -ontrouw	21 (91,3%)
- Noodzakelijkheid van het innemen	20 (87,0%)
- Dosering/ tijdstip innemen van de medicatie	10 (43,5%)
- Psychische barrières om medicatie te nemen	23 (100%)
- Praktische barrières om medicatie te nemen	23 (100%)
- Bevorderende factoren om medicatie juist in te nemen - psychisch	23 (100%)
- Bevorderende factoren om medicatie juist in te nemen - praktisch	22 (95,7%)
- Bijwerkingen	21 (91,3%)

Stappen om te komen tot concordantie

	<u>Nee</u>
- Zijn er verschillende behandelopties besproken?	14 (60,9%)
- Zijn de consequenties van therapieontrouw besproken?	23 (100%)
- Vraagt de huisarts aan de patiënt wat zijn/haar ideeën of opvattingen zijn over medicijngebruik?	21 (91,3%)
- Vraagt de arts of de patiënt alles heeft begrepen?	21 (91,3%)
- Vraagt de arts of de patiënt nog vragen heeft?	23 (100%)
- Vraagt de arts of de patiënt met de behandeling instemt?	19 (82,6%)
- Stemt de patiënt (duidelijk) in met de behandeling?	15 (65,2%)
- Geeft de patiënt zijn/haar mening over het medicijngebruik op eigen initiatief?	19 (82,6%)
- Vraagt de arts aan de patiënt of hij/zij wil herhalen wat er is afgesproken?	23 (100%)

Depressie

Video observaties (n=23)

6 eerste uitgiftes van medicatie, 17 herhaalrecepten.

Uitleg bij (eerst of vervolg) uitgifte

- Geven van voorlichting over depressie
- Werking pas merkbaar na 2 tot 4 weken van gebruik
- Navragen hoe het nu gaat, evaluatie beloop
- Maken van een controle-/ vervolgspraak

Niet besproken

17 (73,9%)
13 (56,6%)
2 (8,7%) (rest n.v.t.)
4 (17,4%)

Medicatie(gebruik)

- Therapietrouw of -ontrouw
- Noodzakelijkheid van het innemen
- Dosering/ tijdstip innemen van de medicatie
- Psychische barrières om medicatie te nemen
- Praktische barrières om medicatie te nemen
- Bevorderende factoren om medicatie juist in te nemen - psychisch
- Bevorderende factoren om medicatie juist in te nemen - praktisch
- Bijwerkingen

17 (73,9%)
21 (91,3%)
9 (39,1%)
22 (95,7%)
22 (95,7%)
23 (100%)
22 (95,7%)
8 (34,8%)

Stappen om te komen tot concordantie

- Zijn er verschillende behandelopties besproken?
- Zijn de consequenties van therapie(on)trouw besproken?
- Vraagt de huisarts aan de patiënt wat zijn/haar ideeën of opvattingen zijn over medicijngebruik?
- Vraagt de arts of de patiënt alles heeft begrepen?
- Vraagt de arts of de patiënt nog vragen heeft?
- Vraagt de arts of de patiënt met de behandeling instemt?
- Stemt de patiënt (duidelijk) in met de behandeling?
- Geeft de patiënt zijn/haar mening over het medicijngebruik op eigen initiatief?
- Vraagt de arts aan de patiënt of hij/zij wil herhalen wat er is afgesproken?

Nee

20 (87,0%)
23 (100%)
14 (60,9%)
22 (95,7%)
20 (87,0%)
15 (65,2%)
9 (39,1%)
16 (70,0%)
23 (100%)

Bijlage 6. Voorbeelden van *missed opportunities* ('niet') en *best practices* ('wel') geobserveerd in de op video opgenomen consulten bij de huisarts

Voorbeelden bij de algemene aandachtspunten voor de hulpverlener

Stel open (niet-sturende) vragen.

Niet: *"U heeft uw medicijnen wel gewoon keurig ingenomen?"* of
"Uw bloeddruktabletten slikt u wel netjes?"

Wel: *"Lukt het u de medicijnen elke dag in te nemen?"*

Niet: *"Verder geen klachten neem ik aan".*

Wel: *"Heeft u nog andere klachten gehad de afgelopen tijd?"*

Niet: *"En u puft ijverig?"* of *"Dat gaat goed hè met die toeter?"*

Wel: *"Hoe bevalt die nieuwe puffer u?"* of *"Wanneer neemt u deze inhaler meestal?"*

Wees alert op signalen. Benoem door u gepercipieerde signalen die er op kunnen wijzen dat een patiënt zich (onnodig) zorgen maakt en vraag daarop door.

P: *"Ik moet zeggen ik heb al een paar weken geen medicijnen meer..."*

A: *"Hmm, waarom niet?"* P: *"Ik had nog wel 50 mg dus die ben ik verder op gaan gebruiken".*

A: *"Maar die heb je nu ook niet?"* P: *"Nee, 2 weken nu niet."*

Niet: A: *"Je moet daar niet zomaar mee stoppen hoor."*

Wel: A: *"Hoe komt het dat je bent gestopt met de pillen? Heb je er bepaalde ideeën over of ervaar je misschien iets van weerstand?"*

P: *"Ik heb wel die pufjes maar volgens mij doet dat geen flikker."* A: *"Ja, want welke heeft u ook al weer? Heeft u twee verschillende pufjes?"* P: *"Nee alleen zo'n rode."*

Niet: A: *"Oh ja, corticosteroid, en hoelang is het dat u deze klachten heeft?"*

Wel: A: *"Dus u heeft het idee dat het niets uitmaakt? Waar merkt u aan dat het niet werkt? Wat voelt u dan als u de pufnet heeft ingenomen... en na een half uur?"*

Voorbeelden bij de aandachtspunten bij hypertensie - voor de zorgverlener

1) Voorkómen van therapieontrouw

Ga voor een 1^o uitgifte na wat voor ideeën de patiënt heeft bij het slikken van medicatie in het algemeen. Let op mogelijke weerstanden of misvattingen.

P: "Het is wel zo dat ik denk dat mijn bloeddruk hoog is vanwege de problemen met mijn man."

Niet: A: "In mijn ogen is er maar een ding: gewoon slikken."

Wel: A: "Ik denk dat we dit met een pil een heel eind kunnen oplossen. Wat denkt u hiervan?"

Wel: A: "We hebben de vorige keer het er uitgebreid over gehad hè? Wat vindt u er nou van, er over nagedacht hebbende?"

A: "Heb je weerstand tegen die pillen? Ik ken het wel".

Geef bij een 1^o uitgifte duidelijke uitleg over de werking en te verwachten effecten van hoge bloeddruk medicatie in het algemeen en meer specifiek over het feit dat de patiënt van de werking van de medicijnen weinig zal merken.

A: "Ik geef je in eerste instantie een zogenaamde plaspil mee. Dan wil ik gewoon eens even kijken wat dat met je bloeddruk doet."

Wel: "Een plaspil zorgt ervoor dat...maar hier zul je zelf niets van voelen als het goed is".

Leg de patiënt uit dat effecten van de medicijnen vooral betrekking hebben op het voorkomen van (een herhaling van) hart- en vaatziekten.

A: "Hoge bloeddruk op zich is geen ziekte, het is een risicofactor, de kans op het krijgen van hart- en vaatziekten is vergroot. Ik denk dat het wel belangrijk is om te gaan behandelen."

Niet: "Ik zal je een proefdosering voor 2 weken meegeven."

Wel: "De medicatie zorgt ervoor dat je bloeddruk zal zakken waardoor het risico ook vermindert. Ik zal je een proefdosering voor 2 weken meegeven".

Wijs de patiënt op een niet bagatelliserende wijze op bijwerkingen van medicijnen die het meest voorkomen en waarbij actie moet worden ondernomen.

Niet: "Daar kan je wat bijwerkingen van krijgen. Ga je aan je vingers merken"

Wel: "U kunt wat bijwerkingen gaan ervaren nu u deze pillen begint te slikken. De meest gehoorde klacht is tintelende vingers, maar dit wordt meestal na een paar weken een stuk minder".

Wel: "Ja, je kan hem langzaam beginnen, maar het was zo hoog. Dit is eigenlijk de eerste keus wanneer je zo hoog zit. Alles wat er op de bijsluiter rlijst staat, krijg je ongeveer de eerste periode."

Wel: A: "De tabletten hebben weinig bijwerkingen, maar de eerste die je neemt daar kun je een beetje duizelig van zijn.(..) Dus de eerste is verstandig om te nemen bij het naar bed gaan, dan heb je er geen last van en dan de volgende dag kun je het zelf bepalen wanneer u 'm neemt, liefst wel op een vaste tijd."

Vraag expliciet of de patiënt met het medicamenteuze behandelvoorstel instemt.

A: "Maar, denkt u er nu anders over? Behandelen?"

P: "Ik vind het toch wel echt heel vervelend dat ie zo hoog blijft."

A: *“Maar zo erg dat u behandeld wenst te worden?”*

P: *“Ja, dat weet ik niet zo goed, dat laat ik eigenlijk een beetje aan u over.”*

Niet: A: *“Ik begrijp dat je neigt naar een pilletje.”*

Wel: A: *“Als u het mij vraagt zou ik willen voorstellen om eens een pilletje te gaan proberen. En dan over een maand controleren we of het effect heeft gehad op uw bloeddruk. Vindt u dat goed?”*

A: *“Uw bloeddruk is ook wel aardig, maar het kan nog iets beter. Ik wou 1 tablet eigenlijk vervangen door een andere, kijken of het nog ietsje beter wordt.”* P: *“Dan komt er een ander voor in de plaats?”* A: *“Vindt u dat goed?”* P: *“Ja, dat vind ik best.”*

2) **Signaleren en opsporen** van therapieontrouw

Vraag bij de patiënt na hoe hij of zij de medicatie heeft ervaren en of het gelukt is het medicijn volgens voorschrift in te nemen, voordat u herhaalmedicatie voorschrijft.

Wel: A: *“Lukt het om je medicijnen dagelijks te slikken?”*

P: *“Ja, er is wel eens iets in het slop geraakt hoor, maar ik neem het eigenlijk gelijk met de pil in. Achteraf, mijn klacht was erge hoofdpijn en ik had het idee toen ik een tijdje niet geslikt had dat het wel weer terug kwam. Want ik heb eigenlijk bijna geen hoofdpijn meer.”*

A: *“Ja, ja.”* P: *“En toen kwam het weer, die vervelende hoofdpijn, dus ik slik het nog steeds wel.”*

A: *“Dat vind ik heel wat.”*

P: *“Ik ben niet op tijd met de tabletten doorgegaan.”*

A: *“U gebruikt nu geen tabletten?”* P: *“Niks, ik heb een tijd niks meer gebruikt. Ik geloof dat ik in januari terug had moeten komen.”* A: *“De pillen zijn al lang op? Ja, dat moet wel want hij is zo verhoogd.”* P: *“Ja ja.”*

Niet: A: *“Dat is jammer.”*

Wel: A: *“Wat is de reden dat u bent gestopt? Wat zijn uw ideeën bij het slikken van medicatie?”*

P: *“Ik vind een plaspil lastig.”*

Niet: A: *“Nou, daar zal je niet zoveel van merken.”*

Wel: *“Wat vindt u er precies lastig aan?”*

P: *“Ik heb ze deze week dus niet gebruikt”.*

Niet: A: *“Ja maar uw bloeddruk loopt dan weer op”.*

Wel: A: *“Hoe kwam dat zo, waarom heeft u de pillen niet genomen?”*

Vraag naar eventueel ervaren bijwerkingen.

P: *“Nou, als ik nog zo’n week heb, dan uuh, wat een troep joh...”*

A: *“Wat dan?”* P: *“Dat spul!”* A: *“Wat voor spul?”* P: *“Wat ik gekregen heb.”*

Niet: A: *“Oh, rooie koppen, dikke benen?”*

Wel: A: *“Wat heeft u precies aan klachten gehad dan de afgelopen week?”*

Vraag op een niet veroordelende manier naar de wijze, frequentie en het gebruikelijke tijdstip waarop patiënten hun medicijnen (in)nemen.

Wel: A: *“Eenmaal daags één tablet erbij. Wanneer neemt u de tabletten in, ’s morgens?”*

P: *“Ja, na het ontbijt.”*

Wel: A: *“Drie keer daags, neem je dat? Of 2 en dan 1?”*

P: *“Nou, eh dat zou ik wel handiger vinden. Ik probeer... Ik vergeet het wel eens hoor met die bloeddrukpillen.”*

A: *“Ja, ja, je vindt het ook moeilijk, 3x daags?”*

P: *“Vind ik lastig ja!”*

3) **Oplossen en corrigeren** van therapieontrouw wanneer het gesignaleerd wordt

Loop samen eens een dag door. Bekijk samen wanneer goede momenten zijn om medicatie voortaan in te nemen.

P: *“Ik neem nu in plaats van ’s avonds, tussen de middag 4 tabletten tegelijk en dat bevalt me uitstekend. Ik heb geen buikpijn meer.*

A: *“Geen last, nou dat is mooi”. P: “Ik ga er dus gewoon mee door zo”. A: “Ja (...).”*

Besprek wat te doen bij het vergeten van medicatie.

P: *“Je moet het voor het eten innemen en ik heb wel eens de neiging, dan heb ik honger en dan ben ik ... koken “*

A: *“dan neem je het toch met het eten in?”*

Wel: *“Je probeert het voor het eten maar het is toch beter ze dan met het eten te nemen dan helemaal niet.”*

P: *“En als ik ze dan na het eten inneem?”*

A: *“Of na het eten dan. Ja, het is meer hoe het opgenomen wordt dan maar door het helemaal niet te nemen, dan wordt het niet opgenomen. Ik zou dan zeggen denk er rondom het eten aan en probeer het je te herinneren voor het eten, is dat niet, denk dan niet van o jee, nou kan ik ze helemaal niet meer innemen. Doe je het na het eten. Overigens, als het voor het eten moet innemen dan betekent het dat je ze nuchter moet nemen, als je het dan 2 uur na het eten inneemt dan is het weer nuchter.”*

Besprek het belang van routines of geheugensteuntjes en geef tips die er toe kunnen bijdragen dat het gebruik van de medicijnen (op tijd) plaats vindt.

A: *“Eenmaal daags één tablet erbij. Wanneer neemt u de tabletten in, ’s morgens?”*

P: *“Ja, na het ontbijt.”*

Niet: A: *“Neemt u deze dan ’s avonds in.”*

Wel: A: *“Als u de pillen altijd op eenzelfde tijdstip, bijv. ’s avonds na het eten, inneemt zal u ze niet zo snel vergeten. Wanneer komt het u het beste uit om deze extra pil dan in te gaan nemen?”*

Aandachtspunten bij hypertensie - voor de patiënt

1) **Als u voor het eerst bepaalde medicijnen krijgt voorgeschreven**

Vertel uw arts of apotheker als u twijfels heeft of zorgen over de veiligheid of het nut van de voorgeschreven medicatie.

P: *“Kan het met die andere medicijnen, het zijn er zo veel.”*
of

P: *“Ik ben bang dat ik teveel medicijnen neem.”*

2) Als u terugkomt nadat u medicatie een paar weken gebruikt

Vertel uw arts of apotheker eerlijk als u de medicatie anders dan afgesproken hebt ingenomen (qua tijdstippen of hoeveelheid).

P: *“Ik neem nu i.p.v. ’s avonds, tussen de middag 4 tabletten tegelijk en dat bevalt me uitstekend. Ik heb geen buikpijn meer.”* A: *“Geen last, nou dat is mooi.”* P: *“Dus ik ga er gewoon mee door zo.”*

P: *“Ik ben niet op tijd met de tabletten doorgedaan.”* A: *“U gebruikt nu geen tabletten?”*
P: *“Niks, ik heb een tijd niks meer gebruikt. Ik geloof dat ik in januari terug had moeten komen.”*

P: *“Nou ’s avonds dan vergeet ik ze wel eens”.*

P: *“Je moet het voor het eten innemen en ik heb wel eens de neiging, dan heb ik honger en dan ben ik ... koken”*

A: *“dan neem je het toch met het eten in? Je probeert het voor het eten maar het is toch beter ze dan met het eten te nemen dan helemaal niet.”*

P: *“En als ik ze dan na het eten inneem?”*

A: *“Of na het eten dan (...).”*

Overleg met uw arts of apotheker wat alternatieve behandelmethoden zijn wanneer u niet tevreden bent over de voorgeschreven medicatie. Stop nooit met medicatie zonder dit aan uw zorgverlener te vertellen.

Geen voorbeeld beschikbaar. Maar je zou kunnen denken aan:

P: *“Ik wil liever geen medicijnen (meer) gebruiken, kan ik ook andere dingen doen, bijvoorbeeld mijn leefstijl proberen aan te passen?”*

Vertel het uw arts of apotheker als u denkt bijwerkingen van de medicijnen te ervaren.

P: *“Als ik dit mijn leven lang moet slikken, nou dan...”*

A: *“...dan liever dood!”* (beetje rare reactie van de huisarts)

P: *“tjonge, jonge jonge.”*

P: *“Ik ben gauw moe en ’s nachts een beetje raar in mijn keel en krijg ik het warm (...).”* A: *“Heeft u het gevoel dat het van die pillen komt of van de bloeddruk?”*

P: *“Ja...men zegt altijd je voelt bloeddruk niet hè, mijn zusje zegt van wel.”*

3) Wat u kunt doen als u medicijnen niet (precies) volgens afspraak gebruikt

Vraag om tips die er toe kunnen bijdragen dat u uw medicijnen (op tijd) gebruikt.

P: *“Ik had eerst niet in de gaten dat bij die stripjes zo keurig een dag staat.”*

A: *“Zodat je kunt zien of je ‘m wel of niet ingenomen hebt”.*

Wel: P: *“Ja, ik had zelf op het doosje de datum gezet dat ik dacht, ja dat moet dan”.*

Voorbeelden bij de aandachtspunten bij astma & COPD - voor de zorgverlener

1) Voorkómen van therapieontrouw

Wijs de patiënt op een niet-bagatelliserende wijze op bijwerkingen van medicijnen die het meest voorkomen en bijwerkingen waarbij actie moet worden ondernomen (bijvoorbeeld contact opnemen met de arts), vooral met betrekking tot prednison. Vertel welke bijwerkingen niet ernstig zijn of van voorbijgaande aard en wat je er aan kunt doen.

Wel: A: *“En het is dan ’s morgens voor het ontbijt van elk middel een inhalatie. Nadelen daaraan kunnen zijn dat u kan merken dat u hartkloppingen heeft. Als dat het geval is, neem dan even contact met me op, ja?”* P: *“Dat zal ik doen.”* A: *“Het kan, niet iedereen heeft het hoor.”*

Leg de patiënt uit waar hij terecht kan wanneer meer uitgebreide uitleg en instructie over inhalatiemedicatie gewenst is (bv. de apotheek, longverpleegkundige).

Wel: A: *“Ik zou u willen aanraden om bij de apotheek even na te vragen hoe je dat ding gebruikt. Want veel mensen spuiten het tegen hun gehemelte en ademen het dan gelijk weer uit. En het moet juist in de diepte”.*

Wanneer de patiënt verschillende soorten medicijnen krijgt, met verschillende doseringen en tijdstippen van inname, schrijf dit dan op papier (of laat de patiënt dat doen).

A: *“Als ik dit zo hoor dan denk ik dat u hetzelfde moet doen als in september. En dat wil zeggen dat de Flexotide die u heeft, die moet u verdriedubbelen. (...) U krijgt nu ook een ander nieuw medicijn mee. Die heeft u al eens eerder gehad in 1999. Dat is ook een poeder wat je moet inhaleren. (...) En de bedoeling is dat u dat nieuwe medicijn er ook bij gaat gebruiken. ’s Morgens een keer en ’s avonds een keer een inhalatie. Daarnaast heeft u ook die groene, de Atrofen.”* P: *“ja ja.”* A: *“Die moet u blijven gebruiken zoals u nu doet, ’s morgens 2, ’s middags 2 en ’s avonds 2 tabletjes (...) En u krijgt nog witte tabletjes tegen de hoestprikkel, die heeft u ook al eens gehad. Drie keer per dag.”*

Wel: *“Misschien moeten we dit even op papier opschrijven, het is best veel om te onthouden. Wilt u het zelf doen of zal ik het opschrijven?”*

2) Signaleren en opsporen van therapieontrouw

Vraag bij de patiënt na hoe hij of zij de medicatie heeft ervaren en of het gelukt is het medicijn volgens voorschrift in te nemen, voordat u herhaalmedicatie voorschrijft.

A: *“En die doe je allebei drie keer per dag?”*

P: *“Nee, twee keer per dag.”*

Niet: A: *“Doe het maar drie keer per dag.”*

Wel: A: *“Het werkt beter als je het toch 3 keer per dag neemt, vind je dat vervelend of lukt dat moeilijk?”*

3) Oplossen en corrigeren van therapieontrouw wanneer het gesignaleerd wordt

Leg duidelijk uit welke symptomen er op kunnen wijzen dat klachten ‘erger’ worden.

A: *“En hebt u iets met medicijnen gedaan?”* P: *“Ik heb die medicijnen wat opgevoerd maar dat hielp niet.”* A: *“Het opvoeren van die inhalers hielp niet dus ik denk dat we dan een prednisonkuur moeten starten, voor een week. Mocht er nou koorts bij komen, dan moet u aan de bel trekken, want dan moet er wat antibiotica bijkomen. Dus dat moet u wel in de gaten houden.”*

Maak concrete afspraken over wat de patiënt moet doen als de klachten 'erger' worden.

Niet: A: "U gaat er verstandig mee om. Als de klachten erger worden, neemt u twee keer per dag die betometason. En dan moet u ook *minder* salbetamol nodig hebben. Als het dan *weer tot rust gekomen is*, bouw dat af naar 1 keer per dag. En dan stop je weer een tijdje." P: "*Als ik me prima voel, moet ik dan doorgaan?*" A: "*Nou, als het een beetje onrustig is geweest, probeer dan periodes van 2 weken door te gaan.*"

Geef de patiënt een eigen verantwoordelijkheid, bijvoorbeeld ten aanzien van het nemen van pufjes 'naar eigen inzicht' en evalueer deze zelfzorgvaardigheid bij elk controlebezoek.

A: "*Neem dat maar even dubbel. Want u neemt er nu 1 toch? Doe maar gewoon even 's ochtends 2 en 's avonds 2. Neem tussendoor wat extra Ventolin of Atrovert, net waarvan u het idee heeft dat het het beste werkt. Ventolin maximaal 6 en Atrovert maximaal 4. Dus u neemt nu even heel wat extra*".

Aandachtspunten - voor de patiënt

Van de astma en COPD consulten waren er geen geschikte voorbeelden beschikbaar bij de aandachtspunten voor de patiënt.

Voorbeelden bij de aandachtspunten bij depressie - voor de zorgverlener

1) Voorkómen van therapieontrouw

Leg goed uit wat een antidepressiva voor 'soort' medicijn is (langdurig gebruik, werking pas na enkele weken merkbaar, verloop en typen bijwerkingen).

A: *“Als ze op beginnen te raken maak dan sowieso een afspraak want u moet niet tussendoor stoppen, als u eenmaal bezig bent (..) Maak maar over 2 weken een afspraak.”*

A: *“...en die medicijnen, voordat je kan zeggen ‘ze werken wel of ze werken niet’ moet u mij een maand vertrouwen. En als u over 14 dagen zegt van ‘sorry, je bent een aardige jongen, maar het helpt geen moer’ mag u er van mij mee stoppen, maar gun mij nou even de P: “Tijd.” A: “Dat ik zie dat het na een maand niet toch een stukje beter gaat met u.”*

P: *“Ja.”*

Vraag goed na hoe de patiënt tegenover antidepressiva gebruik staat. Inventariseer de ideeën en eventuele zorgen van de patiënt over de aandoening en de medicatie.

A: *“Tijdens ons kennismakingsgesprek opperde ik op grond wat u mij allemaal vertelde, goh antidepressiva, misschien is dat een idee voor u? (...) Daar heeft u over nagedacht en nu komt u, van misschien is het inderdaad een idee. Dan kunnen we nu de rollen omdraaien want nu zou ik kunnen gaan zeggen waarom ik denk dat het een goed idee voor u is, maar zou u mij duidelijk kunnen maken waarom u denkt dat het een goed idee voor u is?”*

Bereid de patiënt voor op mogelijke (vaak kort durende, vanzelf verdwijnende) bijwerkingen en vertel wat de patiënt er eventueel tegen kan doen.

A: *“U zei, hoe zit het met de bijwerkingen. In principe elk pilletje die ik iemand geef kan bijwerkingen hebben. (..) Als ik u een antidepressiva zou geven zou het een middel zijn waarvan de bijwerkingen i.i.g. niet gevaarlijk zijn, daar hoeft u zich geen zorgen over te maken. Het kan best dat u wel bijwerkingen krijgt, zeker in het begin, die vervelend zijn. Als ze erg vervelend zijn kan je besluiten om te stoppen (.. verdere uitleg)”.*

Bespreek de verschillende behandelopties: naast medicatie zijn gesprekstherapie en verwijzing naar een psycholoog ook mogelijkheden.

A: *“Je bent nog steeds onder behandeling van de psycholoog hè? .. Ik wil je dan maar puur met medicijnen behandelen. Praten en andere dingen wil ik dan maar bij psycholoog laten liggen. Twee kapiteins op Ischip werkt niet hoor.” P: “Dat is zo.” A: “Dus het is geen gebrek aan interesse van mijn kant, maar ik denk dat ik de vinger aan de pols hou wat betreft de depressie en de gesprekken aan de psycholoog overlaat. Mee eens?” P: “Absoluut ja.”*

Vraag expliciet of de patiënt met het medicamenteuze behandelvoorstel instemt.

A: *“Wat ik wil voorstellen is om voor 14 dagen zo’n tablet te proberen (uitgebreide uitleg)... Het lijkt me de moeite waard om te gaan proberen. Wat vindt u daarvan?”*

Bespreek open wanneer de patiënt mogelijk kan beginnen met afbouwen. Uiteindelijk wil bijna elke patiënt weer stoppen met de medicatie.

(Patiënt legt uit dat het in de vakantie beter ging)

A: *“Dat het zo ... is het wel goed om hier nog een tijdje mee door te gaan. Het is altijd moeilijk om te zeggen wanneer je ermee moet stoppen of kunt stoppen eigenlijk.”*

P: "Ja, ja." A: "Je hoeft er niet mee te stoppen persé, je kunt ermee stoppen. Ik heb toch wel het idee dat er verbetering in zit, ook met slapen." P: "Ik voel duidelijk verbetering met een paar maanden terug, ja." A: "Dan is eigenlijk het advies, als het goed gaat, ga in elk geval er dan nog 3 tot 6 maanden mee door. Dat is een lange tijd om te beoordelen of het goed blijft gaan." P: "Ja, ja." A: "Gaat dat goed, dan bouwen we af. Dan gaan we eerst naar een halve, kijken hoe dat gaat en dan bouwen we vrij snel af naar nul. Krijg je dan binnen een beperkte tijd toch een terugval dan weet je wat er aan de hand is."

(...)

A: "Ik zou nu nog zeker 3 maanden doorgaan. Dan zie ik je weer. Dan kijken we natuurlijk hoe het dan gaat, wat je zelf wilt en hoe goed het ook gaat. Dan gaan we nog 3 maanden door en dan zou ik ook zeker adviseren om, als het goed blijft gaan om te minderen en te stoppen." P: "Ja." A: "Ja?"

2) Signaleren en opsporen van therapieontrouw

Vraag tijdens herhaalconsulten (met name bij de 2^e uitgifte) wat de (negatieve en positieve) ervaringen en eventuele zorgen zijn van de patiënt over het medicijngebruik, voordat u herhaalmedicatie voorschrijft.

Niet: A: "Je gebruikt Seroxat, ben je daar tevreden mee?" (ja-preferente vraag)

Wel: A: "Je gebruikt Seroxat, hoe heb je dat de afgelopen tijd ervaren?"

Vraag naar eventueel ervaren bijwerkingen.

Wel: A: "Nog last van bijwerkingen?" P: "Nee, nee een beetje licht in mijn hoofd is het enige wat er nog is, beetje rare bewegingen, dan tuimel ik zowat om. Obstipatie, daar had ik een drankje voor gekregen." A: "Helpt dat wel?"

Niet: A: "U verdraagt de medicijnen nog wel goed?" (ja-preferente vraag)

Wel: A: "Heeft u nog last gehad van bijwerkingen?"

Vraag naar ervaren effect. Leg de patiënt uit dat dit uw enige 'ijkpunt' is voor wat betreft het effect van de medicijnen.

A: "Maar hoe is het nu met u psychisch? Want u was eerst echt depressief hè, dat we het maar eens gingen proberen: 2 tabletten. Is er iets veranderd in deze periode?" P: "Nou, ik voel me hier gewoon niet lekker bij. Alles is zo vlak. Het liefste zou ik willen dat ik dit zou afbouwen en zou kijken hoe het is als ik mezelf weer ben. Is dat logisch of niet?"

A: "Ja daar valt toch wel iets voor te zeggen hoor (...)"

Vraag (direct) naar therapietrouw. Let hierbij op signalen die kunnen wijzen op therapieontrouw en vraag door (o.a. naar frequentie, tijdstippen, redenen).

A: "Heb je er nou moeite mee om de tabletten te slikken?" P: "Heu, nee, niet echt."

A: "Valt je mee?" P: "Ja, ik heb wel eens soms dat ik het wel eens vergeet, dat het wat later wordt. Maar verder niet echt moeite of zo." A: "Geen weerzin vannuh..." P: "Nee, dat niet. Ik heb zoiets van, ik las laatst een positief verhaal in de Margriet en dacht: 'Oh, als ik dat ook zo krijg'." A: "Dus dat verhaaltje was..." P: "heel positief." A: "Een stukje ondersteuning eigenlijk." P: "Ja."

(Patiënt vertelt zich somber te voelen)

A: "Is er nu iets veranderd of bent u met de medicijnen aan het stoeien geweest?"

3) Oplossen en corrigeren van therapieontrouw wanneer het gesignaleerd wordt

Vraag naar redenen van therapieontrouw. Probeer misvattingen of (onnodige) zorgen te ontcrachten.

P: "Nu val ik 's avonds niet meer in slaap en spook ik door het huis tot een uur of 4."

Niet: A: "Wat nou?"

Wel: "Hoe komt het, denkt u, dat u niet kan slapen? Denkt u dat de medicijnen daar iets mee te maken hebben?"

Besprek het belang van routines of geheugensteuntjes en geef tips die er toe kunnen bijdragen dat het gebruik van de medicijnen (op tijd) plaatsvindt.

A: "Dan zet ik nu op het doosje 'een maal daags een' of gebruik je liever twee maal daags een half?" P: "Nee."

Wel: "Het werkt het beste als u ze altijd om dezelfde tijd inneemt, en dat u er op de een of andere manier aan herinnerd wordt. Wanneer is voor u een goed moment?"

Aandachtspunten - voor de patiënt

1) Als u voor het eerst bepaalde medicijnen krijgt voorgeschreven

Vertel uw arts of apotheker als u twijfels heeft over de veiligheid of het nut van de voorgeschreven medicatie.

P: "De psychotherapeut vindt het tijd worden dat ik eens wat medicijnen probeer." A: "Hmmm".
(...) A: "Ga eens praten met de huisarts, zegt hij. Maar ik weet het niet".

Spreek uw verwachtingen en ideeën uit ten aanzien van het doormaken van een depressie en het effect van de voorgeschreven medicijnen daarvoor. Er bestaan geen rare ideeën of opvattingen over medicatie dus bespreek ze met uw arts, zodat hij/zij uitleg kan geven of u gerust kan stellen.

A: "Dus uw therapeut heeft gesuggereerd om Remeron te gaan gebruiken?" P: "Ja, want ik had steeds tegen hem gezegd 'die antidepressiva, die verlagen het libido, he?'" (...)
"Ja die seroxat, maar dat was niks voor mij...eh, ik ken wel een paar mensen die het hebben. En dan zeg ik tegen die mensen dat het mij niet beviel, maar dan zeggen ze niks terug".

(dit is een wat indirecte manier van vertellen, beter is om direct te zeggen waar je mee zit)

2) Als u terugkomt nadat u medicatie een paar weken gebruikt

Vertel het uw arts altijd als u denkt bijwerkingen van de medicijnen te ervaren en vertel ook hoe hinderlijk die voor u zijn.

P: "Ik heb echt alle bijwerkingen die op het lijstje staan, allemaal gehad."

A: "En die zijn nu wel weg?" P: "In hele ernstige mate. Echt verschrikkelijk!!"

A: "Ja?" (Patiënt vertelt uitgebreid de gruwelijke ervaringen)

A: "Je durfde nog wel een volgende tablet te nemen?"

P: "Van die tabletjes heb ik 3 keer een half op een dag genomen maar nu val ik 's avonds niet meer in slaap (...). Misschien moet ik toch weer aan de andere medicijnen, moet ik weer aan de prozac. Ik ben er niet gelukkig mee maar..."

Vertel het uw arts als u zich zorgen maakt over de veiligheid of het gebruik van de medicatie.

P: "Ik weet niet of die hartkloppingen er iets mee te maken hebben?"

Realiseer u dat uw ervaringen het enige is waaraan uw arts kan 'afmeten' of de medicijnen effect hebben.

*Dochter P: "Maar wat ik wel merk, ze krijgt een beetje haar eetlust terug." P: "Dat heb ik wel."
Dochter P: "Ze begint meer te praten over papa, dat heeft ze praktisch niet gedaan." A: "Ja, ik vind het wel mooi, uw dochter is toch een goede aanwinstok." P: "Ja dat is zo."
A: "Om te kijken of de medicijnen werken."*

3) Wat u kunt doen als u medicijnen niet (precies) volgens afspraak gebruikt

Vertel uw zorgverlener waarom u medicatie net iets anders of niet meer heeft ingenomen. Bespreek uw ideeën of zorgen over het medicijngebruik.

*P: "Ik heb nog wel een vraag: of ik ze eventueel 's avonds in mag nemen voor het slapen gaan?"
A: "Geen probleem, als je hem 's ochtends vergeet, kun je hem 's avonds innemen."
P: "Ik vergeet 'm 's ochtends elke keer".*

Overleg met uw arts of apotheker wat alternatieve behandelmethoden zijn wanneer u niet tevreden bent over de voorgeschreven medicatie. Stop nooit met medicatie zonder dit aan uw zorgverlener te vertellen.

*(Patiënt voelt zich erg somber)
P: "Ik heb nog steeds die Lithium en ik dacht, ja misschien, ja daar zie ik dan ook wel weer tegenop, om met iets anders te proberen. Als ik maar weer even een beetje aardigheid krijg".*

Vraag wat te doen bij het vergeten van medicatie.

P: "Ik was laatst een pilletje vergeten en toen stond in de gebruiksaanwijzing: 'Je moet hem nemen als je er aan denkt'. Maar in de informatie van de apotheek staat: 'Je moet hem niet meer innemen, ga maar door met je programma'. Toen heb ik naar de apotheek gebeld en zij zeiden: 'Neem maar een halve'. Maar wat moet ik dan...?"

Vraag om tips die er toe kunnen bijdragen dat u uw medicijnen (op tijd) gebruikt.

A: "Dit is aurorix, 2 keer per dag een." P: "'s Morgens en 's avonds?" A: "'s Morgens en 's avonds ja". P: "Ik doe altijd om half 10 de lithium en om half 11 de ...". A: "Nou doe het dan om half 11 allebei, eentje 's ochtends half 11 en eentje 's avonds om half 11". P: "Ja".

Bijlage 7. Aandachtspuntenlijsten

1. Informeer

Voorkómen van therapieontrouw

- Ga na welke ideeën uw patiënt heeft bij het slikken van medicijnen. Let op mogelijke weerstanden.
- Geef bij een 1e uitgifte duidelijk aan dat uw patiënt in de regel weinig zal merken van de bloeddruk daling.
- Leg uw patiënt uit dat effecten van de medicijnen vooral betrekking hebben op het op lange termijn voorkómen van (een herhaling van) hart- en vaatziekten.
- 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.
- Check steeds of uw patiënt uw informatie begrepen heeft. Laat uw patiënt zonodig informatie herhalen.
- Weeg samen met uw patiënt de verwachte effecten en bijwerkingen van de medicamenteuze behandeling tegen elkaar af.
- Krijgt uw patiënt verschillende soorten medicijnen met verschillende doseringen en tijdstippen van inname? Schrijf dit dan op papier (of laat de patiënt dat doen).
- Stem uw informatie af op de fase van ziekteacceptatie waarin uw patiënt zit.
- Vraag aan het einde van een consult expliciet of uw patiënt met het medicamenteuze behandelvoorstel instemt.

2. Vraag na

Signaleren en opsporen van therapieontrouw

- Vraag tijdens herhaalconsulten (met name bij de 2e uitgifte na twee weken) naar de ervaringen en eventuele zorgen van uw patiënt over het medicijngebruik. Vraag ook hoe uw patiënt het medicijngebruik inpast in het dagelijks leven.
- Vraag aan uw patiënt of het gelukt is het medicijn volgens voorschrift (wijze, frequentie, gebruikelijke tijdstip) in te nemen.
- Vraag uw patiënt diens medicijngebruik in eigen woorden te beschrijven.
- Vraag naar ervaren bijwerkingen.

3. Therapieontrouw? Corrigeer!

Oplossen en corrigeren van therapieontrouw

Onbewuste therapieontrouw

- Loop samen eens een dag door. Zoek samen naar geschikte momenten om de medicijnen voortaan in te nemen.
- Bespreek wat uw patiënt kan doen bij het vergeten van medicatie.
- Bespreek het belang van routines of geheugensteuntjes en geef tips die er toe kunnen bijdragen dat het gebruik van de medicijnen (op tijd) plaatsvindt.
- Maak samen met uw patiënt een plan hoe de medicamenteuze behandeling te vervolgen en te evalueren.
- Kom in volgende bezoeken terug op het overeengekomen beleid en stel dit zonodig bij.

Bewuste therapieontrouw

- Vraag naar redenen van therapieontrouw. Probeer misvattingen of (onnodige) zorgen te ontkrachten of weg te nemen.
- Als een middel niet vergoed wordt, sta dan stil bij de kosten van het medicijn. Zoek zonodig naar alternatieven.
- Maak zo mogelijk samen met uw patiënt een plan hoe de medicamenteuze behandeling te vervolgen.

Algemene tips voor het gesprek over de medicamenteuze behandeling

1. Stel open – niet sturende – vragen.

Open vragen geven uw 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 uw patiënt. Op een gesloten vraag is het voor een patiënt vaak moeilijk om ontkennend te antwoorden.

2. Wees alert op signalen.

Benoem door u gepercipieerde signalen die er op kunnen wijzen dat uw patiënt zich (onnodig) zorgen maakt en vraag daarop door. Eventuele misvattingen die bij uw patiënt leven, bijvoorbeeld met betrekking tot het afhankelijk worden van medicijnen of over de schade die erdoor aan het lichaam wordt toegebracht, dient u vervolgens weg te nemen of te ontkrachten.

3. Maak onderscheid tussen bewuste en onbewuste therapieontrouw.

Deze twee vormen van therapieontrouw vereisen elk hun eigen aanpak:

- Bij bewuste therapieontrouw is het belangrijk de redenen te achterhalen waarom uw patiënt stopt of medicijnen anders dan voorgeschreven inneemt of gebruikt.
- Bij onbewuste therapieontrouw (vergeten) is de signalering moeilijker, maar wanneer het gesignaleerd is, zijn er praktische hulpmiddelen beschikbaar die uw patiënt kunnen helpen om de medicijnen niet meer te vergeten in te nemen (bijvoorbeeld door de inname in te bouwen in de dagelijkse routine).

4. De trouwe patiënt van vandaag kan morgen ontrouw worden.

Wees alert op de valkuil dat u uw patiënt zo goed kent (of denkt te kennen) en hem of haar daarom niet als een ontrouwe patiënt ziet. Patiënten kunnen als gevolg van veranderende omstandigheden anders met hun medicijnen omgaan.

5. Het reserveren van tijd om over medicijngebruik te praten kan gezondheidsproblemen te voorkómen.

Een langer gesprek met uw patiënt over het belang van juist medicijngebruik en zijn of haar ervaringen met medicijnen kunnen gezondheidsproblemen als gevolg van therapieontrouw in de toekomst voorblijven.



Praten over medicijnen bij hoge bloeddruk

- Aandachtspunten voor de patiënt -



1. U krijgt medicijnen voorgeschreven voor hoge bloeddruk

- Vraag uw zorgverlener wat u kunt verwachten van de werking en bijwerking van de medicijnen.
- Vertel uw zorgverlener wanneer u twijfels heeft over de veiligheid of het nut van de voorgeschreven medicijnen.
- Spreek uw verwachtingen en ideeën uit ten aanzien van het effect van de voorgestelde medicijnen.
- Vraag om verduidelijking en uitleg wanneer uw zorgverlener in vage bewoordingen of termen (jargon) spreekt die u niet snapt.
- Herhaal in uw eigen woorden wat de zorgverlener u heeft verteld over de medicijnen en het gebruik ervan.
- Er bestaan geen rare ideeën of opvattingen over medicijnen. Bespreek ze met uw zorgverlener zodat hij/zij uitleg kan geven of u gerust kan stellen.
- Vraag uw zorgverleners hoe lang u de medicijnen moet gaan gebruiken en wat er gebeurt als u ze niet gebruikt.

2. U heeft de medicijnen een paar weken gebruikt

- Vertel het uw zorgverlener eerlijk als u de medicijnen anders dan afgesproken hebt ingenomen (qua tijdstippen of hoeveelheid).
- Overleg met uw zorgverlener wat de andere mogelijkheden zijn wanneer u niet tevreden bent over de voorgeschreven medicijnen. Stop nooit met de medicijnen zonder dit aan uw zorgverlener te vertellen.
- Vertel het als u denkt bijwerkingen van de medicijnen te ervaren.
- Realiseer u dat de medicijnen ook werken als u er niets van voelt.

3. U vindt het moeilijk om de medicijnen volgens afspraak te gebruiken

U vergeet de medicijnen goed in te nemen.

- Loop samen met de zorgverlener eens een dag door. Bekijk samen welk moment van de dag het beste is om uw medicijnen te nemen zodat u ze niet vergeet.
- Vraag wat te doen als u de medicijnen vergeet in te nemen.
- Vraag om tips die er toe kunnen bijdragen dat u uw medicijnen op tijd en op de juiste manier gebruikt.
- Vraag om een regelmatige controle van uw bloeddruk.
- Maak afspraken met uw zorgverlener of partner over wat er gedaan moet worden als u vindt dat u medische hulp nodig hebt.

U wilt of kunt de medicijnen eigenlijk niet gebruiken

- Vertel uw zorgverlener waarom u uw medicijnen net iets anders of niet meer heeft ingenomen.
- Bespreek uw ideeën of zorgen over het medicijngebruik.
- Vertel het uw zorgverlener als u er bezorgd over bent dat medicijnen niet vergoed worden. U kunt andere behandelmogelijkheden bespreken met uw zorgverlener.

1. Informeer

Voorkómen van therapieontrouw

- Leg uit wat een antidepressivum voor 'soort' medicijn is.
- Besteed aandacht aan de duur van het gebruik en aan wanneer men effect kan verwachten.
- Vraag goed na hoe uw patiënt tegenover antidepressiva gebruik staat. Inventariseer de ideeën en eventuele zorgen van uw patiënt over de aandoening en de medicatie.
- Bereid uw patiënt voor op mogelijke (vaak kortdurende, spontaan verdwijnende) bijwerkingen en vertel wat hij of zij er eventueel tegen kan doen.
- Bespreek de verschillende behandelopties: naast medicatie zijn gesprekstherapie en verwijzing naar een psycholoog ook mogelijkheden.
- Onderstreep het belang van routine in het gebruik van de medicijnen om te zorgen dat ze niet vergeten worden.
- Weeg samen met uw patiënt de verwachte effecten en bijwerkingen van de medicamenteuze behandeling tegen elkaar af.
- Check steeds of uw patiënt uw informatie begrepen heeft. Laat uw patiënt zonodig informatie herhalen.
- Bespreek open wanneer uw patiënt mogelijk kan beginnen met afbouwen. Uiteindelijk wil bijna elke patiënt weer stoppen met de medicatie.
- Vraag aan het einde van het consult expliciet of uw patiënt met het medicamenteuze behandelvoorstel instemt.

2. Vraag na

Signaleren en opsporen van therapieontrouw

- Vraag tijdens herhaalconsulten (met name bij de 2^e uitgifte) naar de ervaringen en eventuele zorgen van uw patiënt over het medicijngebruik.
- Vraag naar eventueel ervaren bijwerkingen.
- Vraag naar ervaren effect. Leg uw patiënt uit dat dit uw enige 'ijkpunt' is voor wat betreft het effect van de medicijnen.
- Vraag uw patiënt diens medicijngebruik in eigen woorden te beschrijven.
- Vraag (direct) naar therapietrouw. Let hierbij op signalen die kunnen wijzen op therapieontrouw en vraag door (o.a. naar frequentie, tijdstippen, redenen).

3. Therapieontrouw?

Oplossen en corrigeren van therapieontrouw

Onbewuste therapieontrouw

- Bespreek wat uw patiënt kan doen bij het vergeten van medicatie.
- Bespreek het belang van routines of geheugensteuntjes en geef tips die er toe kunnen bijdragen dat het gebruik van de medicijnen (op tijd) plaatsvindt.
- Maak samen met uw patiënt een plan hoe de medicamenteuze behandeling te vervolgen en te evalueren.
- Kom in volgende (controle) bezoeken terug op het overeengekomen beleid en stel dit zonodig bij.

Bewuste therapieontrouw

- Vraag naar redenen van therapieontrouw. Probeer misvattingen of (onnodige) zorgen te ontkrachten.
- Realiseer u dat uw patiënt zich mogelijk (voor de buitenwereld) schaamt voor het gebruik van antidepressiva en dat dit een juist medicijngebruik in de weg kan staan. Besteed aandacht aan deze gevoelens van uw patiënt.
- Maak zo mogelijk samen met uw patiënt een plan hoe de medicamenteuze behandeling te vervolgen en te evalueren.

Algemene tips voor het gesprek over de medicamenteuze behandeling

1. Stel open – niet sturende – vragen.

Open vragen geven uw 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 uw patiënt. Op een gesloten vraag is het voor een patiënt vaak moeilijk om ontkennend te antwoorden.

2. Wees alert op signalen.

Benoem door u gepercipieerde signalen die er op kunnen wijzen dat uw patiënt zich (onnodig) zorgen maakt en vraag daarop door. Eventuele misvattingen die bij uw patiënt leven, bijvoorbeeld met betrekking tot het afhankelijk worden van medicijnen of over de schade die erdoor aan het lichaam wordt toegebracht, dient u vervolgens weg te nemen of te ontcrachten.

3. Maak onderscheid tussen bewuste en onbewuste therapieontrouw.

Deze twee vormen van therapieontrouw vereisen elk hun eigen aanpak:

- Bij bewuste therapieontrouw is het belangrijk de redenen te achterhalen waarom uw patiënt stopt of medicijnen anders dan voorgeschreven inneemt of gebruikt.
- Bij onbewuste therapieontrouw (vergeten) is de signalering moeilijker, maar wanneer het gesignaleerd is, zijn er praktische hulpmiddelen beschikbaar die uw patiënt kunnen helpen om de medicijnen niet meer te vergeten in te nemen (bijvoorbeeld door de inname in te bouwen in de dagelijkse routine).

4. De trouwe patiënt van vandaag kan morgen ontrouw worden.

Wees alert op de valkuil dat u uw patiënt zo goed kent (of denkt te kennen) en hem of haar daarom niet als een ontrouwe patiënt ziet. Patiënten kunnen als gevolg van veranderende omstandigheden anders met hun medicijnen omgaan.

5. Het reserveren van tijd om over medicijngebruik te praten kan gezondheidsproblemen te voorkómen.

Een langer gesprek met uw patiënt over het belang van juist medicijngebruik en zijn of haar ervaringen met medicijnen kunnen gezondheidsproblemen als gevolg van therapieontrouw in de toekomst voorblijven.

1. U krijgt medicijnen voorgeschreven voor depressie

- Vraag uw zorgverlener wat u kunt verwachten van de werking en bijwerking van de medicijnen.
- Vertel het uw zorgverlener wanneer u twijfels heeft over de veiligheid of het nut van de voorgeschreven medicijnen.
- Spreek uw verwachtingen en ideeën uit ten aanzien van het doormaken van een depressie en het effect van de voorgestelde medicijnen.
- Er bestaan geen rare ideeën of opvattingen over medicijnen. Bespreek ze met uw zorgverlener zodat hij/zij uitleg kan geven of u gerust kan stellen.
- Herhaal in uw eigen woorden wat de zorgverlener u heeft verteld over de medicijnen en het gebruik ervan.

2. U heeft de medicijnen een paar weken heeft gebruikt

- Vertel het uw zorgverlener altijd als u denkt bijwerkingen van de medicijnen te ervaren en vertel ook hoe hinderlijk die voor u zijn.
- Vertel het uw zorgverlener als u zich zorgen maakt over de veiligheid of het gebruik van de medicijnen.
- Vertel uw zorgverlener eerlijk als u de medicijnen anders dan afgesproken (qua tijdstippen of hoeveelheid) of helemaal niet meer hebt ingenomen.
- Realiseer u dat uw ervaringen het enige is waaraan uw zorgverlener kan 'afmeten' of de medicijnen effect hebben.

3. U vindt het moeilijk om de medicijnen volgens afspraak te gebruiken

U vergeet de medicijnen goed in te nemen

- Vraag wat te doen bij het vergeten van de medicijnen.
- Loop samen met de zorgverlener eens een dag door. Bekijk samen wanneer een goed moment is om voortaan altijd de medicijnen te nemen.
- Vraag om tips die er toe kunnen bijdragen dat u uw medicijnen (op tijd) gebruikt.

U wilt of kunt de medicijnen eigenlijk niet gebruiken

- Vertel uw zorgverlener waarom u de medicijnen net iets anders of niet meer heeft ingenomen.
- Bespreek uw ideeën of zorgen over het medicijngebruik.
- Overleg met uw arts of apotheker wat alternatieve behandelmethoden zijn wanneer u niet tevreden bent over de voorgeschreven medicijnen.
- Stop nooit met de medicijnen zonder dit aan uw zorgverlener te vertellen.



Praten over medicijnen bij astma/COPD

- Aandachtspunten voor de zorgverlener -



1. Informeer

Voorkómen van therapieontrouw

- Ga na welke ideeën uw patiënt heeft bij het gebruiken van medicijnen. Let op mogelijke weerstanden.
- 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.
- Wijs uw patiënt op de meest voorkomende bijwerkingen en bijwerkingen waarbij actie moet worden ondernomen (bijvoorbeeld contact opnemen met de arts), vooral met betrekking tot prednison. Geef aan welke bijwerkingen niet ernstig zijn of van voorbijgaande aard en wat uw patiënt er aan kan doen.
- Geef aan waar uw patiënt terecht kan voor uitgebreide uitleg of instructie over herhaalmedicatie (bijv. bij de apotheek of bij de longverpleegkundige).
- Check steeds of uw patiënt uw informatie begrepen heeft. Laat uw patiënt zonodig informatie en instructies herhalen of voordoen.
- Weeg samen met uw patiënt de verwachte effecten en bijwerkingen van de medicamenteuze behandeling tegen elkaar af.
- Krijgt uw patiënt verschillende soorten medicijnen met verschillende doseringen en tijdstippen van inname? Schrijf dit dan op papier (of laat uw patiënt dat doen).
- Stem uw informatie af op de fase van ziekteacceptatie waarin uw patiënt zit.
- Sta stil bij het 'leren omgaan' met astma/COPD en biedt zonodig begeleiding aan.
- Vraag aan het einde van het consult expliciet of uw patiënt met het medicamenteuze behandelvoorstel instemt.

2. Vraag na

Signaleren en opsporen van therapieontrouw

- Vraag tijdens herhaalconsulten naar de ervaringen en eventuele zorgen van uw patiënt over het medicijngebruik. Vraag ook hoe uw patiënt het medicijngebruik inpast in het dagelijks leven.
- Vraag aan uw patiënt of het gelukt is het medicijn volgens voorschrift (wijze, frequentie, gebruikelijke tijdstip) in te nemen. Vraag uw patiënt diens medicijngebruik in eigen woorden te beschrijven.
- Vraag naar ervaren bijwerkingen.
- Laat uw patiënt de inhalatietechniek (regelmatig) demonstreren.

3. Therapieontrouw? Corrigeer!

Oplossen en corrigeren van therapieontrouw

Onbewuste therapieontrouw

- Loop samen eens een dag door. Zoek samen naar geschikte momenten om de medicijnen voortaan in te nemen.
- Bespreek wat uw patiënt kan doen bij het vergeten van medicatie.
- Bespreek het belang van routines of geheugensteuntjes en geef tips die er toe kunnen bijdragen dat het gebruik van de medicijnen (op tijd) plaatsvindt.
- Betrek de partner of omgeving bij de behandeling.
- Ga na of uw patiënt voldoende geïnformeerd is en geef zonodig aanvullende informatie (mondeling of schriftelijk).
- Maak samen met uw patiënt een plan hoe de medicamenteuze behandeling te vervolgen en te evalueren.
- Kom in volgende bezoeken terug op het overeengekomen beleid en stel dit zonodig bij.

Bewuste therapieontrouw

- Vraag naar redenen van therapieontrouw. Probeer misvattingen of (onnodige) zorgen te ontkrachten of weg te nemen.
- Als een middel niet vergoed wordt, sta dan stil bij de kosten van het medicijn. Zoek zonodig naar alternatieven.
- Maak zo mogelijk samen met uw patiënt een plan hoe de medicamenteuze behandeling te vervolgen en te evalueren.

Algemene tips voor het gesprek over de medicamenteuze behandeling

1. Stel open – niet sturende – vragen.

Open vragen geven uw 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 uw patiënt. Op een gesloten vraag is het voor een patiënt vaak moeilijk om ontkennend te antwoorden.

2. Wees alert op signalen.

Benoem door u gepercipieerde signalen die er op kunnen wijzen dat uw patiënt zich (onnodig) zorgen maakt en vraag daarop door. Eventuele misvattingen die bij uw patiënt leven, bijvoorbeeld met betrekking tot het afhankelijk worden van medicijnen of over de schade die erdoor aan het lichaam wordt toegebracht, dient u vervolgens weg te nemen of te ontcrachten.

3. Maak onderscheid tussen bewuste en onbewuste therapieontrouw.

Deze twee vormen van therapieontrouw vereisen elk hun eigen aanpak:

- Bij bewuste therapieontrouw is het belangrijk de redenen te achterhalen waarom uw patiënt stopt of medicijnen anders dan voorgeschreven inneemt of gebruikt.
- Bij onbewuste therapieontrouw (vergeten) is de signalering moeilijker, maar wanneer het gesignaleerd is, zijn er praktische hulpmiddelen beschikbaar die uw patiënt kunnen helpen om de medicijnen niet meer te vergeten in te nemen (bijvoorbeeld door de inname in te bouwen in de dagelijkse routine).

4. De trouwe patiënt van vandaag kan morgen ontrouw worden.

Wees alert op de valkuil dat u uw patiënt zo goed kent (of denkt te kennen) en hem of haar daarom niet als een ontrouwe patiënt ziet. Patiënten kunnen als gevolg van veranderende omstandigheden anders met hun medicijnen omgaan.

5. Het reserveren van tijd om over medicijngebruik te praten kan gezondheidsproblemen te voorkómen.

Een langer gesprek met uw patiënt over het belang van juist medicijngebruik en zijn of haar ervaringen met medicijnen kunnen gezondheidsproblemen als gevolg van therapieontrouw in de toekomst voorblijven.

1. U krijgt medicijnen voorgeschreven voor astma of COPD

- Vraag uw zorgverlener wat u kunt verwachten van de werking en bijwerking van de medicijnen.
- Vertel het uw zorgverlener wanneer u twijfels heeft over de veiligheid of het nut van de voorgeschreven medicijnen.
- Spreek uw verwachtingen en ideeën uit ten aanzien van het effect van de voorgestelde medicijnen.
- Vraag om verduidelijking en uitleg wanneer uw zorgverlener in vage bewoordingen of termen (jargon) spreekt die u niet snapt.
- Herhaal in uw eigen woorden wat de zorgverlener u heeft verteld over de medicijnen en het gebruik ervan.

2. U heeft de medicijnen een paar weken gebruikt

- Vertel het uw zorgverlener als u twijfelt over de werking van de medicijnen of de juistheid van de inhalatietechniek.
- Vertel het uw zorgverlener eerlijk als u de medicijnen anders dan afgesproken hebt ingenomen (qua tijdstippen of hoeveelheid).
- Vertel het als u denkt bijwerkingen van de medicijnen te ervaren.
- Overleg met uw zorgverlener wat de andere mogelijkheden zijn wanneer u niet tevreden bent over de voorgeschreven medicijnen. Stop nooit met de medicijnen zonder dit aan uw zorgverlener te vertellen.
- Er bestaan geen rare ideeën of opvattingen over medicijnen. Bespreek ze met uw zorgverlener zodat hij/zij uitleg kan geven of u gerust kan stellen.
- Vraag bij gebruik van inhalatiemiddelen aan uw zorgverlener hoe u kunt controleren of uw inhaler al leeg is.

3. U vindt het moeilijk om de medicijnen volgens afspraak te gebruiken

U vergeet de medicijnen goed in te nemen.

- Loop samen met de zorgverlener eens een dag door. Bekijk samen wanneer een goed moment is om voortaan altijd de medicijnen te nemen.
- Laat regelmatig uw inhalatietechniek controleren, doe het uw zorgverlener voor.
- Vraag wat te doen bij het vergeten van de medicijnen.
- Vraag om tips die er toe kunnen bijdragen dat u uw medicijnen (op tijd) gebruikt.
- Vraag om regelmatige controle van uw longfunctie.
- Maak concrete afspraken met uw zorgverlener of partner wanneer u vindt dat u medische hulp nodig hebt.

U wilt of kunt de medicijnen eigenlijk niet gebruiken

- Vertel uw zorgverlener waarom u uw medicijnen net iets anders of niet meer heeft ingenomen.
- Bespreek uw ideeën of zorgen over het medicijngebruik.
- Vertel het uw zorgverlener als u weet dat medicijnen niet vergoed worden. U kunt alternatieve mogelijkheden bespreken met uw zorgverlener.

Opmerking:

Wanneer u uw medicijnen langer gebruikt kunt u zelf steeds beter inschatten wat de beste doseringen zijn bij verergering van klachten, of wat u kunt doen om klachten te voorkomen. Vraag aan uw zorgverlener hoe u dit aan kunt leren voelen.