



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

**Het betrekken van perspectief van patiënt en voorschrijver bij het
verbeteren van de communicatie over het (trouw) gebruik van
cholesterolverlagers**

september 2009

Marcia Vervloet (NIVEL)
Liset van Dijk (NIVEL)
Sandra van Dulmen (NIVEL)

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-90-6905-XXX-X

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2009 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Inhoud

1 Inleiding	5
1.1 Achtergrond	5
1.2 Onderzoeksvragen	6
2 Methoden	7
2.1 Focusgroepen	7
2.1.1 Selectie deelnemers	7
2.1.2 Uitvoering focusgroepen	8
2.2 Observatie van op video opgenomen huisartsconsulten	9
2.2.1 Identificatie	9
2.2.2 Observatieprotocol	10
3 Resultaten	13
3.1 Focusgroep gesprekken	13
3.1.1 Primaire preventie	13
3.1.2 Secundaire preventie	14
3.2 Observaties	15
3.2.1 Kwantitatieve observaties	15
3.2.2 Kwalitatieve observaties	17
3.3 Aandachtspuntenlijsten	18
4 Conclusie	21
Literatuurlijst	23
Bijlage 1 Gespreksverslagen focusgroepen	25
Bijlage 2 Observatieprotocol therapietrouw statines	39
Bijlage 3 Aandachtspuntenlijsten	45

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Coronaire hartziekten zijn in Nederland nog steeds één van de belangrijkste doodsoorzaken (Feskens et al, 2006). Het aanleren van een gezonde leefstijl en het verlagen van cholesterol verlaagt aantoonbaar de mortaliteit. Om dezelfde reden worden cholesterolverlagers ook standaard voorgeschreven bij bepaalde chronische aandoeningen, zoals type 2 diabetes (Rutten et al, 2006). Probleem is echter dat bijna de helft van de patiënten cholesterolverlagers – veelal statines – niet altijd trouw innemen; ze nemen er óf te weinig van óf stoppen er na een bepaalde tijd weer mee. Met andere woorden, therapietrouw aan cholesterolverlagers is een groot probleem. Determinanten van ontrouw zijn lastig te achterhalen (Van Dijk et al, 2007). Wel is bekend dat naast het simpelweg vergeten ook verkeerde ideeën en verwachtingen over de geneesmiddelen een belangrijke rol spelen (Mann et al, 2007) alsmede de relatie met de zorgverlener en het vertrouwen in diens kennis en kunde (McGinnis et al, 2007; Vergouwen, 2006). Recent onderzoek laat 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. Aandacht voor de communicatie in de spreekkamer over het gebruik van cholesterolverlagers en opvolgen van leefstijladviezen en over de behoeften en opvattingen van patiënten daarover lijkt dan ook een eerste voorwaarde voor het verbeteren van therapietrouw (Natarajan et al, 2007; Van Dulmen et al, 2007; 2008).

Resultaten uit het video-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 (medicamenteuze) 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; Van Dulmen & van Dijk, 2008). In het algemeen komt de inbreng en de rol van de patiënt bij het vergroten van behandelresultaten nog onvoldoende uit de verf. *Empowerment* van patiënten is dan ook een belangrijk element (Keers & Ubink-Veltmaat, 2005; Anderson & Funnell, 2005). Meer inzicht zal verkregen moeten worden in de factoren die therapietrouw bij het gebruik van medicatie in de weg staan en in manieren waarop de communicatie over het (trouw) gebruik van medicatie bevorderd kan worden. Een aandachtspuntenlijst voor de communicatie kan hiervoor handvatten bieden.

Eerder onderzoek naar de wijze waarop het perspectief van de patiënt en voorschrijver benut kan worden bij de bevordering van therapietrouw van medicatie bij depressie, hypertensie en astma/COPD heeft reeds geleid tot dergelijke aandachtspuntenlijsten voor de communicatie bij deze drie aandoeningen (Prins et al., 2008). Als vervolg op dit

onderzoek richt het huidige onderzoek zich op de bevordering van therapietrouw aan cholesterolverlagers. In huidig onderzoek zal opnieuw een aandachtspuntenlijst ontwikkeld worden voor zowel de zorgverlener als de patiënt, ditmaal voor de communicatie over cholesterolverlagers en therapietrouw.

Volgens de NHG-Standaard Cardiovasculair Risicomanagement worden aan patiënten met een verhoogd risico op hart-/vaatziekten (HVZ) cholesterolverlagers voorgeschreven. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen primaire preventie (patiënten zonder HVZ) en secundaire preventie (patiënten met doorgemaakte HVZ) (NHG, 2006). Patiënten met doorgemaakte HVZ hebben een aanzienlijk hoger risico op progressie van de ziekte en nieuwe manifestaties van HVZ. Zij zullen wellicht gemotiveerder zijn hun medicatie trouw te gebruiken. Het is dan ook van belang dit onderscheid te hanteren in huidig onderzoek: de communicatie tussen arts en patiënt zal inhoudelijk verschillend zijn tussen de twee patiëntengroepen.

1.2 Onderzoeksvragen

In dit onderzoek worden daartoe de volgende twee onderzoeksvragen beantwoord:

1. Hoe kijken patiënten zelf aan tegen het gebruik van cholesterolverlagers en het belang van therapietrouw?
2. Hoe vaak en op welke manier wordt er tijdens huisartsconsulten met patiënten over het gebruik van cholesterolverlagers en het belang van therapietrouw gecommuniceerd?

2 Methoden

De methoden gebruikt in dit onderzoek zijn dezelfde als in het onderzoek van Prins en collega's, zijnde het houden van focusgroep gesprekken om het patiëntenperspectief in kaart te brengen en het observeren van op video opgenomen huisartsconsulten. Voor een uitgebreidere verantwoording van de methoden verwijzen wij dan ook naar dit rapport (Prins et al., 2008). Hieronder zullen de voor dit onderzoek specifieke details toegelicht worden.

2.1 Focusgroepen

Om meer inzicht te krijgen in hoe patiënten aankijken tegen het gebruik van cholesterolverlagers zijn twee focusgroep gesprekken georganiseerd met patiënten die cholesterolverlagers gebruiken. Over de onderwerpen die tijdens de focusgroep gesprekken naar voren werden gebracht heeft vooraf overleg plaatsgevonden met Hans van Laarhoven van platform United Hearts.

2.1.1 *Selectie deelnemers*

Er is onderscheid gemaakt tussen twee groepen patiënten:

1. patiënten die cholesterolverlagers voor primaire preventie gebruiken (patiënten zonder HVZ);
2. patiënten die cholesterolverlagers gebruiken nadat zij een cardiovasculair incident hebben doorgemaakt (secundaire preventie).

Ad 1.

Voor dit groepsgesprek werden patiënten gezocht die een verhoogd risico op HVZ hebben (en een cholesterolverlager gebruiken), maar die geen cardiovasculair incident hebben doorgemaakt. De apotheek heeft veelal geen inzicht in de indicatie waarvoor geneesmiddelen voorgeschreven worden (hierdoor is het niet te achterhalen of iemand een cardiovasculair incident heeft doorgemaakt). Om deze reden is bij de selectie van patiënten alleen gekeken naar de co-medicatie.

Inclusie

Primaire preventie patiënten gebruiken cholesterolverlager(s), eventueel in combinatie met een diureticum en/of een enkelvoudige bètablokker (eenvoudige hoge bloeddrukbehandeling), of met orale antidiabetica (behandeling diabetes type 2). In het apotheekstelsel gaat het om de ATC-codes:

In ieder geval:

C10 : vetregulerende preparaten (statines = C10AA en C10BA)

Eventueel in combinatie met:

A10 : diabetesmiddelen (orale bloedglucoseverlagende middelen = A10B)

C03 : diuretica (thiazides = C03AA)

Indien te weinig patiënten te identificeren met bovenstaande criteria, ook eventueel:

C07 : bètablokkers (bètablokkers eenvoudig = C07A)

Exclusie

Primaire preventie patiënten gebruiken per definitie geen medicatie voor HVZ (hieronder vallen de organische nitraten en/of trombocytenuitremmers en acetylsalicylzuur).

ATC-codes die daarom uitgesloten worden:

C01 : hartpreparaten (organische nitraten = C01DA)

B01 : antithrombotica (trombocytenuitremmers = B01AC)

N02B : niet-narcotische analgetica (acetylsalicylzuur = N02BA)

Ad 2.

Voor dit groepsgesprek werden patiënten gezocht die een cardiovasculair incident hebben doorgemaakt en hier (naast een cholesterolverlager) specifiek medicatie voor gebruiken. Ook nu is bij de selectie van patiënten alleen gekeken naar de co-medicatie. Daarnaast is tijdens het telefonisch benaderen van de patiënten door de apotheker aan de patiënten gevraagd of zij inderdaad een cardiovasculair incident hebben doorgemaakt.

Inclusie

Secundaire preventie patiënten gebruiken per definitie cholesterolverlager(s) in combinatie met organische nitraten. Naast een nitraat kan ook acetylsalicylzuur en/of antithrombotica gebruikt worden. In het apotheekstelsel gaat het om de volgende ATC-codes:

In ieder geval:

C10 : vetregulerende preparaten (statines = C10AA en C10BA)

C01 : hartpreparaten (organische nitraten = C01DAE)

Eventueel in combinatie met:

B01 : antithrombotica (trombocytenuitremmers = B01AC)

N02B : niet-narcotische analgetica (acetylsalicylzuur = N02BA)

NB: niet alle patiënten die een CVA hebben doorgemaakt slikken nitraatabletten, maar op deze manier identificeren we patiënten die zeker een CVA achter de rug hebben.

2.1.2 Uitvoering focusgroepen

Apotheek Koert in Utrecht was bereid patiënten te identificeren en te benaderen. Ook stelde deze apotheek een ruimte beschikbaar waar de focusgroepen gehouden konden worden.

De focusgroep primaire preventie is gehouden op 30 maart 2009. Zes patiënten namen deel: drie mannen en drie vrouwen, gemiddeld 66 jaar (range: 52-77 jaar), allen middelbaar tot hoger opgeleid, sinds 5-17 jaar een cholesterolverlager slikkend (veelal atorvastatine), twee mensen hebben diabetes type 2. De drie hoofdonderwerpen die in deze focusgroep besproken zijn waren: 1) gebruik van cholesterolverlagers – waarom?; 2) therapietrouw – moeilijkheden hierbij en belang ervan; 3) communicatie tussen (huis)arts, apotheker en patiënt.

De focusgroep secundaire preventie is gehouden op 8 april 2009, met deelname van acht patiënten: vijf mannen en drie vrouwen, gemiddeld 69 jaar (range: 54-78 jaar), merendeel hoger opgeleid, sinds 1-25 jaar een cholesterolverlager slikkend. De drie hoofdonderwerpen in deze focusgroep waren dezelfde drie als bij de eerste focusgroep, alleen lag de nadruk bij deze patiëntengroep op het gebruik van medicatie voor bestaande HVZ (waaronder cholesterolverlagers). Bij de bespreking van het eerste onderwerp werd ook rekening gehouden met het veel grotere risico op een (herhaling) van een cardiovasculair incident voor deze patiënten. Bij de bespreking van onderwerp 2 werd ook gekeken naar de eventuele invloed van het gebruik van meerdere geneesmiddelen op de therapietrouw.

2.2 Observatie van op video opgenomen huisartsconsulten

Door middel van identificatie, observatie en analyse van op video opgenomen huisartsconsulten waarin patiënten een cholesterolverlager krijgen voorgeschreven is geïnventariseerd op welke wijze er over het (trouw) gebruiken van cholesterolverlagers gesproken wordt in de spreekkamer. De observaties richten zich op het beantwoorden van de volgende subvragen:

- a. Hoe vaak, en op welke manier, wordt er in de spreekkamer van de huisarts gecommuniceerd over noodzaak, alternatieven, gebruik en bijwerkingen van cholesterolverlagers en op wiens initiatief;
- b. In welke mate stemt de patiënt in met de voorgeschreven medicamenteuze behandeling (concordantie).

2.2.1 Identificatie

In het kader van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2) zijn in 2001 2784 huisartsconsulten op video opgenomen. Deze consulten zijn vervolgens gekoppeld aan de LINH-registratie opdat meer patiëntgegevens beschikbaar zouden zijn. Deze koppeling was volledig voor 2628 consulten.

Voor dit onderzoek zijn consulten geselecteerd waarbij de patiënt een eerste of herhaalrecept van een cholesterolverlager krijgt voorgeschreven. Dit is bepaald aan de hand van ICPC-codes, door de observator toegekend aan de eerste t/m de vierde klacht waarvoor de patiënt bij de huisarts komt, voor klachten/aandoeningen/ziektes waarvoor een cholesterolverlager voorgeschreven zou kunnen worden. Dit betreft de volgende

ICPC-codes uit hoofdstuk T: T82 (adipositas), T83 (overgewicht), T90 (diabetes mellitus), T93 (vetstofwisselingsstoornissen), T99 (andere endo./metab./voed. ziekten/stoornissen). Aangevuld met de volgende ICPC-codes uit hoofdstuk K: K74 (angina pectoris), K75 (acuut myocard infarct), K76 (andere chronische hartziekten), K77 (decompensatio cordis), K85 (verhoogde bloeddruk zonder hypertensie), K86 (hypertensie zonder orgaanbeschadiging), K87 (hypertensie met orgaanbeschadiging), K89 (passagere cerebrale ischemie/TIA), K90 (CVA), K91 (atherosclerose), K92 (andere ziekten perifere arteriën), K99 (andere ziekten tractus circulatorius). Vervolgens zijn die consulten geselecteerd waarin een recept werd voorgeschreven, dit was het geval in 187 consulten. Omdat onbekend was voor welk geneesmiddel het recept werd voorgeschreven zijn alle 187 geselecteerde consulten bekeken om na te gaan of dit een cholesterolverlager betrof. Op deze manier zijn 13 consulten geïdentificeerd, waarin zeker was dat een cholesterolverlager werd voorgeschreven aan de patiënt.

In het kader van een ander door het NIVEL uitgevoerd onderzoek 'Communicatie in de huisartsenzorg en evaluatie zorgstelsel 2007-2008' zijn in 2006/2007 808 huisartsconsulten op video opgenomen. Voor het huidige onderzoek zijn op een zelfde manier als hierboven beschreven consulten geselecteerd waarin de patiënt een eerste of herhaalrecept krijgt voorgeschreven. Ook hier was onbekend voor welk geneesmiddel een recept werd voorgeschreven. Alle 36 geselecteerde consulten waarin een recept werd voorgeschreven zijn bekeken. Zo zijn negen consulten geïdentificeerd waarin zeker een cholesterolverlager werd voorgeschreven.

Uit beide datasets zijn dus in totaal 22 consulten geïdentificeerd waarin de patiënt een eerste of herhaalrecept voor een cholesterolverlager krijgt voorgeschreven. Deze consulten zijn vervolgens via een uitgebreid observatieprotocol geobserveerd en geanalyseerd.

2.2.2 **Observatieprotocol**

Bij het observeren is gebruik gemaakt van een stapsgewijs observatieprotocol. Stap 1 (Welke onderwerpen worden besproken?) van dit protocol betreft de kwantitatieve observaties die is gebaseerd op het in het voorafgaande project ontwikkelde observatieprotocol voor hypertensie consulten (zie Prins et al., 2008). Het protocol is aangepast voor cholesterolverlagers, aan de hand van de informatie uit NHG-standaard Cardiovasculair Risicomanagement uit 2006, en verder aangevuld met relevante onderwerpen zoals die uit de literatuur als belangrijk naar voren kwamen. De hoofdonderwerpen waren: 1) algemene uitleg over verhoogd cholesterolgehalte; 2) communicatie over leefstijl; 3) informatie over medicatie bij voorschrijven, en ook voorkomen en signaleren/oplossen van therapieontrouw; 4) follow-up. Het gebruikte observatieprotocol is terug te vinden in bijlage 2 evenals de ondersteunende literatuurreferenties. Stap 2 (Wat wordt daadwerkelijk gezegd?) betreft de kwalitatieve observaties waarin gespreksfragmenten die expliciet gaan over medicijngebruik of therapie(on)trouw letterlijk uitgetypt zijn en vervolgens inhoudelijk geanalyseerd zijn op het niveau van een uiting over medicijngebruik of therapietrouw (de *cue*) en de reactie op

voorgaande uiting (de respons).

De resultaten van al deze onderzoeksmethoden leveren tezamen input voor het opstellen van de aandachtspuntenlijsten voor de communicatie over cholesterolverlagers voor zorgverleners en patiënten (zie bijlage 3). Ook hierbij is verschil gemaakt tussen het gebruik van cholesterolverlagers voor primaire en secundaire preventie.

3 Resultaten

3.1 Focusgroep gesprekken

In bijlage 1 zijn de uitgebreidere gespreksverslagen van beide focusgroepen opgenomen. De hoofdpunten worden in de volgende twee paragrafen naar voren gebracht.

3.1.1 *Primaire preventie*

In de focusgroep met primaire preventie patiënten blijkt de urgentie van behandeling met een cholesterolverlager een belangrijk onderwerp te zijn. De meeste deelnemers twijfelen eraan of het nog wel nodig is een cholesterolverlager te slikken, hoe noodzakelijk het is (dit gevoel wordt ook aangewakkerd door elkaars ervaringen te horen in dit groepsgesprek). Opvallend was ook dat men bij de behandeling van type 2 diabetes de cholesterolverlager “er automatisch bij in geschoven” krijgt, zonder verdere uitleg/informatie van de huisarts. Ongeveer de helft van de deelnemers heeft behoefte aan meer informatie over daadwerkelijk risico op HVZ en risicoverlaging (in %) door behandeling met een cholesterolverlager, ook omdat een cholesterolverlager vaak toch voor de rest van het leven geslikt moet worden. Als met de aanpak van andere risicofactoren (minder roken, meer sporten, letten op voeding) ook al een goed resultaat bereikt kan worden, is het slikken van een pil misschien niet nodig. Leefstijl lijkt niet veel aangepast te zijn door de meeste deelnemers.

De zelfgerapporteerde therapietrouw van de deelnemers aan de primaire preventie focusgroep is vrij hoog. Alle deelnemers hebben weinig moeite om de pillen dagelijks in te nemen. Het zit in de dagelijkse routine ingebouwd, de meesten hebben vaste tijdstippen voor inname. Als het een keertje wordt vergeten in te nemen, zeggen de deelnemers er niets van te merken. Ernstige bijwerkingen was voor één deelnemer reden om een aantal jaar te stoppen met het gebruik. De invoer van het preferentiebeleid is door iedereen gemerkt.

Communicatie tussen patiënt en huisarts blijkt miniem. De apotheker doet het in dit opzicht beter: deze wordt ook vaker ingeschakeld voor advies of uitleg door de deelnemers. Er wordt weinig uitleg gegeven over het nut van behandeling met een cholesterolverlager, over het risico op HVZ voor de patiënt specifiek, en over de daadwerkelijke risicoverlaging (in %) door het slikken van een cholesterolverlager. Maar men vraagt er zelf ook niet naar. Eigen verantwoordelijkheid komt hier naar voren: als je iets wilt weten, kan je het zelf ook vragen. Internet of familieleden met een geneeskundige achtergrond worden vaker ingeschakeld voor informatie dan de huisarts. Twee deelnemers vragen altijd eerst uitleg bij de apotheker voor ze naar de huisarts gaan.

Zij zijn van mening dat de apotheker bekender is met hen, met wat zij gebruiken aan medicatie. Als drempels in de communicatie worden genoemd: 1) in het huisartsconsult is er weinig tijd; 2) “Pas als je thuis bent komen de vragen”; 3) gevoel van leek tegenover expert: men wil beslagen ten ijs komen en zoekt eerst zelf informatie; 4) de apotheker is beter te bereiken dan de huisarts. Bovendien blijkt dat niet iedereen alles wil weten, en vinden de meesten dat niet iedereen gewaarschuwd hoeft te worden voor een mogelijke kans op HVZ.

3.1.2 *Secundaire preventie*

In de focusgroep met secundaire preventie patiënten geven alle deelnemers aan dat ze in het dagelijkse leven geconfronteerd worden met de gevolgen van hun medicijngebruik. Met name met de stollingsremmers, die de meeste deelnemers gebruiken, moet goed rekening houden bij wondjes, kleine ingrepen of grotere operaties. De noodzaak van het slikken van medicatie wordt door de meeste deelnemers in dit focusgroep gesprek, in tegenstelling tot de primaire preventie focusgroep, duidelijk ingezien. Zeker zo vlak na het doorgemaakte cardiovasculaire incident (hart-, of herseninfarct, hartaanval). De meeste deelnemers hebben hun leefstijl aangepast, ze geven aan dat ze proberen meer te bewegen, al is het maar met de trap in plaats van de lift, etc. Daarnaast letten ze goed op de voeding. Een gezonde leefstijl wordt belangrijk gevonden.

Net als in de primaire preventie focusgroep is de zelfgerapporteerde therapietrouw in de secundaire preventie focusgroep hoog. De meeste deelnemers geven aan dat ze maar zelden hun medicatie vergeten. Het komt wel eens voor, maar het gebeurt niet vaak. Ook in deze focusgroep komt naar voren dat iedereen het zoveel mogelijk in de dagelijkse routine heeft ingebouwd.

De communicatie tussen de deelnemers en hun zorgverleners over hun geneesmiddelen is over het algemeen vrij miniem. Op de vraag of de deelnemers naast het lezen van de informatie uit de bijsluiter ook met hun arts over hun geneesmiddelgebruik gesproken hebben, wordt wisselend geantwoord. Een aantal deelnemers geven aan dat zij niets van hun arts horen (zij zoeken zelf op of vragen zelf aan de arts uiteindelijk), maar een aantal anderen geven aan dat zij wel degelijk overleg met de arts hierover hebben gehad. De meeste deelnemers vinden dit echter ook een eigen verantwoordelijkheid om goed op de hoogte te zijn van wat je slikt. De apotheek wordt door een aantal deelnemers genoemd als bron voor informatie: “je krijgt altijd antwoorden op je vragen, en je krijgt informatie mee over je geneesmiddelen”.

3.2 Observaties

3.2.1 Kwantitatieve observaties

Van de 22 huisartsconsulten zijn zes willekeurig gekozen consulten gescoord door twee observatoren. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de percentages overeenstemming tussen de twee observatoren bij het scoren van de zes consulten. Het gemiddelde percentage overeenstemming was 94% (range: 88-100%). Aangezien de overeenkomst hoog was, is besloten de overige 14 consulten door één observator te laten scoren.

Tabel 3.1 Verschillen/overeenkomsten in scoren van onderwerpen bij de observaties tussen de twee observatoren.

Consult	Overeenstemming	Vershil	% Overeenstemming
1	45 items	5 items	90%
2	48 items	2 items	96%
3	50 items	0 items	100%
4	44 items	6 items	88%
5	49 items	1 item	98%
6	45 items	5 items	90%

In tabel 3.2 zijn de resultaten van de observaties, op volgorde van de items in het observatieprotocol, samengevat. Van de 22 consulten is de voorgeschreven cholesterolverlager (in het aantal consulten tussen haakjes erachter): ezetrol (2), simvastatine (8, waarvan 1 in combinatie met pravastatine), atorvastatine (3), pravastatine (3, waarvan 1 in combinatie met simvastatine), cerivastatine (1), niet expliciet gezegd (6). In drie consulten werd een eerste recept voor een cholesterolverlager voorgeschreven, in de andere 19 een herhaalrecept. De reden dat een cholesterolverlager werd voorgeschreven was in zes consulten voor primaire preventie, in vier consulten voor secundaire preventie, in de overige 12 was de reden onduidelijk.

Tabel 3.2 Frequenties (en percentages) van het totaal aantal geobserveerde huisartsconsulten (n=22) waarin de betreffende onderwerpen besproken zijn

A. Algemene uitleg verhoogd cholesterolgehalte	Besproken in # consulten	
	n	%
A1. Geen klachten/symptomen	1	4,5%
A2. Gevolgen (te) hoog cholesterolgehalte	3	13,6%
A3. Relatie met andere risicofactoren	1	4,5%
A4. Belang van behandeling	3	13,6%

- tabel 3.2 wordt vervolgd-

- vervolg tabel 3.2 -

	Besproken in	
	# consulten	
	<i>n</i>	<i>n</i>
B. Leefstijladviezen		
B1. Roken*	2	9,1%
B2. Voldoende bewegen*	6	27,3%
B3. Gezond eten*	5	22,7%
B4. Alcoholgebruik*	1	4,5%
B5. Gezond lichaamsgewicht	4	18,2%
B6a. Bereidheid van patiënt aanpassen leefstijl	7	31,8%
B6b. Belemmerende factoren voor patiënt bij aanpassen leefstijl	3	13,6%
B6c. Bevorderende factoren voor patiënt bij aanpassen leefstijl	1	4,5%
B7a. Concrete, haalbare veranderdoelen m.b.t. voeding/leefstijl? <i>Welke?</i> Stoppen met roken (1), dieet (1)	1	4,5%
B7b. Met patiënt afgesproken op doelen leefstijlverandering terug te komen?	0	-
B8a. Door huisarts gericht advies gegeven over (stoppen met) roken?	1	4,5%
B8b. Door huisarts gericht advies gegeven over beweeggedrag?	1	4,5%
B8c. Door huisarts gericht advies gegeven over voeding?	1	4,5%
B8d. Door huisarts gericht advies gegeven over alcoholgebruik?	1	4,5%
B8e. Door huisarts gericht advies gegeven om op optimaal gewicht te komen?	1	4,5%
B9. Patiënt doorverwezen naar: nurse practitioner (1), fysiotherapeut, diëtiste (1), gedragstherapeut, stoppen-met-roken-programma, cursus thuiszorg, zelfhulpgroep?	3	13,6%
B10. Patiënt gewezen op bronnen voor meer informatie?	0	-
C. Bij voorschrijven medicatie		
C1. Hoogte risico m.b.v. risicotabel	1	4,5%
C2. Alternatieven voor medicatie (leefstijlverandering)	3	13,6%
C3. Doel van behandeling	5	22,7%
C4. Duur van de behandeling	0	-
C5. Dosering en tijdstip innemen medicatie	4	18,2%
C6a. Uitleg over mogelijke bijwerkingen	2	9,1%
C6b. Door patiënt ervaren bijwerkingen	8	36,4%
C6c. Oplossingen voor ervaren bijwerkingen	2	9,1%
Voorkómen van therapieontrouw		
C7. Noodzaak van innemen	2	9,1%
C8. Consequenties van therapie(on)trouw	0	-
C9. Barrières om medicatie te nemen	1	4,5%
C10. Bevorderende factoren om medicatie te nemen	0	-
Signaleren / oplossen van therapieontrouw		
C11. Therapietrouw in de praktijk	1	4,5%
C12. Barrières om medicatie te nemen	1	4,5%
C13. Bevorderende factoren om medicatie te nemen	0	-

- tabel 3.2 wordt vervolgd-

- vervolg tabel 3.2 -

	Besproken in	
	# consulten	
	<i>n</i>	<i>n</i>
D. Stappen om te komen tot concordantie		
D1. Arts geeft informatie over alternatieven voor behandeling*	4	18,2%
D2. Arts heeft patiënt laten meebeslissen inzake de behandeling*	10	45,5%
D3. Arts vraagt patiënt toestemming voor de behandeling*	6	27,3%
D4. Arts vraagt patiënt zijn/haar ideeën of opvattingen over medicijngebruik	1	4,5%
D5. Arts vraagt of patiënt alles heeft begrepen	0	-
D6. Arts vraagt of patiënt nog vragen heeft	1	4,5%
D7. Patiënt geeft zijn/haar mening over het medicijngebruik op eigen initiatief	2	9,1%
D8. Arts vraagt aan patiënt of hij/zij wil herhalen wat er is afgesproken	0	-
E. Follow-up		
E1. Een vervolgspraak gemaakt	17	77,3%
E2. Een controleschema gemaakt (o.a. wanneer wordt bloed geprikt)	12	54,5%

* Aantallen/percentages overgenomen van eerdere observaties

Wat opvalt aan de resultaten beschreven in bovenstaande tabel is dat het voorschrijven van een cholesterolverlager met weinig uitleg en informatie omgeven wordt. Mogelijke bijwerkingen van de behandeling komen het meest vaak aan de orde, maar dan nog in slechts een op de drie consulten. Er wordt verder in geen van de consulten gesproken over de duur van de behandeling, terwijl cholesterolverlagers wel levenslang genomen moeten worden. Ook over de consequenties van het niet (zorgvuldig) innemen van de cholesterolverlagers wordt niet gesproken. Tevens wordt niet nagegaan of patiënten de informatie wel begrepen hebben. Onderwerpen gerelateerd aan concordantie komen over het algemeen wat vaker aan de orde. Ook wordt in de meeste gevallen gesproken over het vervolgtraject in relatie tot het medicijngebruik.

3.2.2 *Kwalitatieve observaties*

Van de 22 huisartsconsulten waarin een cholesterolverlager wordt voorgeschreven zijn alle tekstfragmenten waarin gesproken wordt over het gebruik of de bijwerkingen van cholesterolverlagers letterlijk uitgeschreven en inhoudelijk geanalyseerd. Analyse van deze tekstfragmenten laat zien dat niet altijd wordt ingegaan op de zorgen of vragen die een patiënt over het gebruik van een cholesterolverlager heeft. Een voorbeeld hiervan is de patiënt die zegt: "Ik heb altijd zo'n pijn in mijn benen" en een huisarts die daarop als antwoord geeft: "Het is onschuldig, u wordt wat ouder, het kan van alles zijn". Dit terwijl pijn in de benen kan wijzen op spierkrampen die nogal eens als bijwerking van cholesterolverlagers kunnen voorkomen. Patiënten zijn er zelf ook verantwoordelijk voor om mogelijke bijwerkingen zo duidelijk mogelijk aan de huisarts voor te leggen. Zo krijgt een patiënt na de melding "ietsjes last van hoofdpijn te hebben" van de huisarts het advies "de tabletjes gewoon door te gebruiken". Een andere patiënt die aangeeft "Ik leef liever korter dan dat ik me zo naar voel [van de cholesterolverlagers]" krijgt ook als reactie "hmm, met de cholesterolverlagers even doorgaan". Het ligt niet in de verwachting dat

deze patiënt dat advies zal opvolgen. Ook is een advies om gezond te eten en voldoende te bewegen uitstekend, maar zonder concrete voorbeelden daarvan, moeilijk om op te volgen. In een ander consult zien en horen we dat een huisarts uitgebreid een risicotabel met de patiënt doorneemt en hem wijst op de risico's van roken en overgewicht, voeding, hoge bloeddruk en cholesterol, waarbij de huisarts zegt "u zit in dit gebied en als u stopt met roken komt u hier". Als de huisarts daarna de patiënt voorstelt naar een diëtiste te gaan en de patiënt dat als weinig zinvol afwijst, schrijft de huisarts cholesterolverlagers voor. Lastig blijkt het voor patiënten te begrijpen waarom ze automatisch een cholesterolverlager krijgen voorgeschreven bij type 2 diabetes. Uitleg daarbij kan helpen zoals de volgende huisarts wel heeft gedaan: "bij suikerziekte moet je altijd een cholesterolverlager, ook al is het cholesterol niet heel erg verhoogd of zelfs normaal. Dat zijn maatregelen om bloedvaten zo gezond mogelijk te houden". Weerstand tegen het slikken van medicatie kan onverwacht naar voren gebracht worden, zoals bij de patiënt die op de vraag van de huisarts "Vergeet u ze wel eens, de pillen?" antwoordt met: "Nee, maar ik heb ze liever niet". In het licht van het voorkómen van therapieontrouw vraagt deze reactie van de patiënt er om geëxploreerd te worden. Uitleg over de controle op bijwerkingen is ook van belang om de betekenis van een opmerking van de huisarts als "Er is een spierenzym ook nog bepaald als controle van de medicatie." voor de patiënt begrijpelijk te maken. Trouw slikken van medicatie wordt natuurlijk onmogelijk wanneer er onverwacht niets is voorgeschreven zoals blijkt uit de volgende opmerking van een huisarts: "Ik zie dat er geen cholesterolremmer meer is. Waar is die gebleven? Op de een of andere manier is medicatie verdwenen door ziekenhuisopname. We hebben u altijd een cholesterolverlager verschaft". Open vragen zijn meer uitnodigend om zorgen van de patiënt te ontlocken dan een gesloten vraag als: "U slikt braaf uw pilletjes, u wandelt regelmatig?". Hoe gecompliceerd een behandeling tenslotte is waarvan een patiënt geen enkel effect waarneemt blijkt uit de volgende opmerking "Waarvoor slik ik het eigenlijk terwijl ik me goed voel, maar misschien juist daardoor". Op al deze terreinen is uitleg van de huisarts onontbeerlijk om misvattingen bij de patiënt weg te nemen en met vertrouwen aan de medicatie te kunnen beginnen.

3.3 Aandachtspuntenlijsten

Ten einde de communicatie tussen zorgverleners en patiënten over het gebruik van cholesterolverlagers te verbeteren zijn op basis van de uitkomsten van de focusgroep gesprekken alsmede van de kwantitatieve en kwalitatieve observaties aandachtspuntenlijsten ontwikkeld voor zorgverleners en patiënten afzonderlijk. Omdat er, in tegenstelling tot de zorgverleners, aan de kant van de patiënten nauwelijks verschillen naar voren gekomen waren in de communicatie over cholesterolverlagers als middel bij primaire en secundaire preventie, is er voor gekozen hierin bij de aandachtspuntenlijsten geen onderscheid te maken. In de aandachtspuntenlijsten (zie Bijlage 3) zijn de onderwerpen opgenomen die in de communicatie of in de focusgroep gesprekken naar voren waren gekomen als belangrijke onderwerpen van gesprek waarbij vooral de onderwerpen waarover weinig of moeizaam werd gesproken aandacht krijgen. Voorbeelden hiervan zijn de ideeën en onwetendheid van patiënten over het gebruik en de bijwerkingen van cholesterolverlagers (hoe lang gebruiken? waarvoor? Wat is een

bijwerking, wat niet?) en de verlaging van het risico op hart- en vaatziekten dat door juist en trouw gebruik van cholesterolverlagers bereikt kan worden. Een volgende stap is om het gebruik van de aandachtspuntenlijsten te implementeren in bestaande bij- of nascholingen voor zorgverleners en op te nemen in patiënteninformatie materiaal, zoals de NHG patiëntenbrief Cholesterol.

4 Conclusie

In dit project zijn aandachtspuntenlijsten ontwikkeld voor patiënten en zorgverleners om de communicatie tussen zorgverlener en patiënt rondom het voorschrijven en gebruik van cholesterolverlagers te verbeteren. De geringe mate waarin over cholesterolverlagers en therapietrouw in de spreekkamer van de huisarts blijkt te worden gesproken, geeft aan dat dergelijke aandachtspunten wenselijk zijn. Bij patiënten die cholesterolverlagers krijgen voorgeschreven wordt (juist) medicatiegebruik door een aantal specifieke factoren bepaald; het a-symptomatisch karakter van de aandoening en het feit dat gezondheidseffecten pas op lange termijn merkbaar zijn; de bijwerkingen die langdurig gebruik in de weg kunnen staan; het preferentiebeleid dat maakt dat veel patiënten van middel moeten wisselen of moeten bijbetalen; het feit dat de medicatie er vaak bij wordt gegeven; de geringe frequentie waarin het cholesterol gecontroleerd wordt (geeft weinig feedback) en de trade-off met andere risicofactoren (roken, weinig bewegen, overgewicht). Alleen bij de zorgverleners lijken er in een aantal gevallen verschillen te bestaan in de communicatie rondom het voorschrijven en het gebruik van cholesterolverlagers voor primaire en secundaire preventie. Om die reden is er voor gekozen aparte aandachtspuntenlijsten voor de communicatie voor zorgverleners te ontwikkelen inzake het gebruik van cholesterolverlagers bij primaire en secundaire preventie, maar daarin geen onderscheid te maken voor wat betreft de aandachtspuntenlijsten voor patiënten. De communicatie over cholesterolverlagers in de spreekkamer van de huisarts laat zien dat bijwerkingen relatief hoog op de agenda staan; in meer dan 1 op de 3 consulten wordt daarover gesproken. Dit komt overeen met de ervaringen die patiënten noemen op het digitale meldpunt medicijnen (zie: www.meldpuntmedicijnen.nl). Daarop worden, net als bij het gebruik van antidepressiva, ten aanzien van cholesterolverlagers veel negatieve bijwerkingen gemeld, terwijl er bij andere middelen veel vaker ervaringen met vergoedingen en verkrijgbaarheid gemeld worden.

De opzet van het huidige onderzoek maakte het mogelijk de communicatie rondom het voorschrijven en het gebruik van cholesterolverlagers van meerdere zijden te belichten: Door observatie van huisartsconsulten waarin een cholesterolverlager wordt voorgeschreven aan de hand van een op de NHG-standaard cardiovasculair risicomangement afgestemd observatieprotocol, waarbij gelet werd op de frequentie waarin bepaalde onderwerpen aan de orde kwamen; door focusgroep gesprekken met patiënten die een cholesterolverlager gebruiken als primaire of als secundaire preventie; en door analyse van de wijze waarop er wordt gesproken over cholesterolverlagers. Uitkomsten hiervan bevestigen elkaar: Er wordt in huisartsconsulten waarin een cholesterolverlager wordt voorgeschreven in het algemeen weinig over het gebruik ervan gesproken en als er over wordt gesproken dan worden signalen die wijzen op zorgen of

vragen van de patiënt in geringe mate geëxploreerd of beantwoord. Dit bergt het risico in zich dat patiënten zelf op zoek gaan naar antwoorden en hun behandeling naar eigen inzicht inrichten of beëindigen. De door ons ontwikkelde aandachtspuntenlijsten kunnen zowel zorgverlener als patiënt in dit opzicht wat meer bij de les houden.

Bij de resultaten van het huidige onderzoek dient de volgende kanttekening geplaatst te worden: Aan de focusgroep gesprekken werd voornamelijk deelgenomen door relatief hoog opgeleide patiënten die over het algemeen behoorlijk therapietrouw en daarmee niet volledig representatief waren. Daardoor zijn waarschijnlijk niet alle typen moeilijkheden die patiënten met het gebruik van cholesterolverlagers kunnen hebben aan de orde gekomen. Vanwege de relatief hoge, weliswaar zelfgerapporteerde, therapietrouw zou een communicatiehulpmiddel voor deze subgroep patiënten misschien ook minder nodig zijn. Uit deze groep kwam echter ook naar voren dat vaak niet duidelijk is waarvoor of voor hoe lang cholesterolverlagers geslikt moeten worden en wat als bijwerkingen aangemerkt kan worden. Het verdient daarom aanbeveling in vervolgprojecten expliciet te letten op spreiding van de deelnemende patiënten naar opleidingsniveau en mate van therapietrouw.

De recente ontwikkelingen ten aanzien van cardiovasculair risicomanagement, zoals de initiatieven tot het instellen van het PreventieConsult (module ‘cardiovasculair risicomanagement’) in de huisartspraktijk waarmee patiënten met een nog onbekend hoog risico actief worden benaderd en behandeld, vergroten de actualiteitswaarde van de thans ontwikkelde aandachtspuntenlijsten. Deze lijsten kunnen daarmee ook gebruikt worden in de nascholing op het terrein van preventie alsmede fungeren als observatieprotocol bij de evaluatie van het PreventieConsult en andere consulten waarin sprake is van het voorschrijven of gebruiken van cholesterolverlagers.

Literatuurlijst

- Feskens EJM, Deckers JW, Merry AHH. Coronaire hartziekten samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2006
- Rutten GEHM, de Grauw WJC, Nijpels G, Goudswaard AN, Uitewaal PJM, van der Does FEE, Heine RJ, van Ballegooie E, Verduijn MM, Bouma M. NHG-standaard Diabetes mellitus type 2. Huisarts en Wetenschap 2006;49: 137-152
- Dijk L van, Heerdink ER, Somai D, Dulmen AM van, Ridder DT de, Sluijs EM, Griens AMGF, Bensing JM. Patient risk profiles and practice variation in nonadherence to antidepressants, antihypertensives and oral hypoglycemics. BMC Health Serv Res. 2007 Apr 10;7(1):51
- Mann DM, Allegrante JP, Natarajan S, Halm EA, Charlson M. Predictors of adherence to statins for primary prevention. Cardiovasc Drugs Ther 2007; 21: 311-316
- McGinnis B, Olson KL, Magid D, Bayliss E, Korner EJ, Brand DW, Steiner JF. Factors related to adherence to statin therapy. Ann Pharmacother 2007; 41: 1805-1811
- Vergouwen AC, Bakker A, Burger H, Verheij TJ, Koerselman F. A cluster randomized trial comparing two interventions to improve treatment of major depression in primary care. Psychol Med 2005;35: 25-33
- Natarajan N, Putnam RW, Yip AM, Frail D. Family practice patients' adherence to statin medications. Can Fam Physician 2007; 53: 2144-2145
- Dulmen S van, Sluijs E, Dijk L van, Ridder D de, Heerdink R, Bensing J. Patient Adherence to medical treatment: a review of reviews. BMC Health Services Research. BMC Health Services Research 2007, 7:55
- Dulmen S van, Sluijs E, van Dijk L van, Ridder D de, Heerdink R, Bensing J. Furthering patient adherence: A position paper of the international expert forum on patient adherence based on an Internet forum discussion. BMC Health Services Research 2008, 8: 47
- Brink-Muinen A van den, Dulmen AM van, Schellevis FG, Bensing JM (redactie). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Oog voor communicatie: Huisarts-patiënt communicatie in Nederland. Utrecht, NIVEL, 2004
- Bensing J, Verheul W. Looking for trouble. Key-note lecture 3rd International Therapeutic Patient Education Congress, DAWN Summit, Florence, 27 april 2006
- Dulmen van AM, Dijk L van. Therapieontrouw; een kwestie van slikken? Nascholing huisartsen/medisch specialisten. Antwerpen, 14 maart 2008
- Keers J, Ubink-Veltmaat L. Therapietrouw is abnormaal gedrag. Empowerment als de basis voor adequate zelfzorg bij mensen met diabetes. Huisarts & Wetenschap 2005; 48: 666-670
- Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. Patient Educ Couns 2005; 57: 153-157

Prins M, Schoen T, Doggen C, van Dijk L, van Dulmen S. Het betrekken van het perspectief van patiënt en voorschrijver bij het verbeteren van de communicatie over geneesmiddelen en therapietrouw. NPCF/NIVEL. Fonds PGO, 2008.

Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. NHG: 2006.

Bijlage 1 Gespreksverslagen focusgroepen

Gespreksverslag met hoofdpunten focusgroep patiënten primaire preventie

Datum : 30 maart 2009
Tijd : 13:00 – 14:30 uur
Plaats : Apotheek Koert te Utrecht
Deelnemers : 3 mannen en 3 vrouwen, gemiddeld 66 jr (range: 52-77jr), allen
 : middelbaar tot hoger opgeleid, sinds 5 - 17jr gebruik van een
 : cholesterolverlager (veelal Lipitor), 2 mensen hebben diabetes type 2
Aanwezigen : Liset van Dijk (gespreksleider), Marcia Vervloet (notulist)

Opening door gespreksleider

De gespreksleider heet de mensen welkom en geeft een korte inleiding. Hierbij worden de volgende punten toegelicht:

- Doel van onderzoek
- Doel van het groepsgesprek
- Opbouw van het groepsgesprek. Drie globale onderwerpen zullen aan de orde komen:
 1. Gebruik van cholesterolverlagers – waarom?
 2. Therapietrouw – moeilijkheden hierbij en belang ervan
 3. Communicatie tussen (huis)arts, apotheker en patiënt
- Gebruik van opnameapparatuur (alleen ter ondersteuning van verslag)

Onderwerp 1. Gebruik van cholesterolverlagers – waarom?

De gespreksleider licht toe dat dit onderwerp bedoeld is om na te gaan of de deelnemers zich realiseren waarom zij een cholesterolverlager gebruiken, en in hoeverre hier uitleg over is geweest door arts en/of apotheker.

HOOFDPUNTEN:

Urgentie van behandeling met cholesterolverlager blijkt een belangrijk onderwerp te zijn:

- De meeste mensen twijfelen eraan of het nog wel nodig is een cholesterolverlager te slikken, hoe noodzakelijk het is (dit gevoel wordt ook aangewakkerd door elkaars ervaringen te horen in dit groepsgesprek);
- Bij de behandeling van diabetes type 2 krijgt men de cholesterolverlager “er automatisch bij in geschoven”, zonder verdere uitleg/informatie van de huisarts;
- Ongeveer de helft van de mensen heeft behoefte aan meer informatie over daadwerkelijk risico op HVZ en risicoverlaging (in %) door behandeling met een cholesterolverlager, ook omdat een cholesterolverlager vaak toch voor de rest van het leven geslikt moet worden. “De keuze krijgen” en “Zelf de afweging kunnen maken” blijken belangrijk. Als met de aanpak van andere risicofactoren (minder roken, meer sporten, letten op voeding) ook al een goed resultaat bereikt kan worden, is het slikken van een pil misschien niet nodig.
 - *Dit komt naar voren n.a.v. het verhaal van een deelnemer over een genomen ‘risico-test’ (op initiatief van apotheek) waarbij zijn daadwerkelijke risico (in %) op HVZ berekend werd. Hieruit werd duidelijk dat stoppen met roken voor*

hem een grotere risicoreductie tot gevolg zou hebben dan het slikken van een cholesterolverlager.

Leefstijl lijkt niet veel aangepast te zijn door de meesten. Twee mensen hebben een dieet geprobeerd om het cholesterolgehalte te verlagen, maar dit werkte juist averechts. Een patiënt let wel heel goed op wat hij eet, maar dit is vooral gerelateerd aan het hebben van ernstige type 2 diabetes. Verder wordt er wel wat gelet op voeding (gebruik van cholesterolverlagende boter). Een van de mensen sport nu meer.

Uitgebreidere beschrijving

Bij twee deelnemers zit het in de familie (en hebben zich daarom zelf laten testen), twee andere deelnemers hebben diabetes type 2 (bij hen wordt de cholesterolverlager er “automatisch bij in geschoven”), de overige twee deelnemers hebben een te hoog cholesterolgehalte wat een keer ontdekt is bij een algemeen bloedonderzoek (niet specifiek alleen het cholesterol getest).

Noodzaak / urgentie

Behalve bij één persoon (“je moet het van de dokter, dus tja... het gaat goed zo”), speelt bij alle mensen de vraag hoe noodzakelijk het slikken van een cholesterolverlager nu eigenlijk is. Dit gevoel wordt aangewakkerd door het groepsgesprek: mensen herkennen bij elkaar de twijfel hierover. Zo vertelt een deelnemer (m) het volgende: “Het is een afweging in hoeverre je er wat aan hebt. Er zijn mensen die het niet gebruiken en ook geen hartaanval krijgen. Er zijn andere dingen waar je ook aan dood gaat, dus het is de vraag of je dit wilt benadrukken”. Zijn mening is dat als je het voorgeschreven krijgt je uitgebreid uitgelegd zou moeten krijgen in hoeverre je kansen veranderen, ondanks dat het lastig is omdat het over kansberekening gaat. “Stel dat je kans is 88% als je niet gebruikt, 85% als je wel gebruikt, wil je dan voor 3% verandering je levenlang die pillen slikken?” Een andere deelnemer (v) onderschrijft dit. Ze vertelt: “als ik er bij de dokter wat van zeg van ‘moet dat nu perse’, dan wordt het weer een keertje gecontroleerd bij het volgende bloedonderzoek, maar als ik er niet om vraag, dan wordt het middel maar automatisch erbij geschoven. Ze zeggen dan: het hoort er eenmaal bij, het heeft met je vaten te maken”. Weer een andere deelnemer (v) vraagt zich nu ook af hoe vaak het gecontroleerd moet worden, want het cholesterolgehalte is al heel lang niet meer bepaald bij haar: “ik weet niet eens hoe ze het bepalen”. Dus ze slikt nu de cholesterolverlager wel maar er wordt nooit meer naar gekeken. Ze heeft er ook geen last van, maar ze beseft zich nu, door dit gesprek, dat ze toch eens moet vragen of het nog wel nodig is, zeker ook omdat het nu allemaal duurder wordt (de verzekering betaalt niet meer). Een andere deelnemer (m) laat zich eens in de 2/3 jaar controleren, iets dat hij zelf aan vraagt, dit wordt niet aangeboden door de huisarts. Hij zit nu continu rond de 4/5: “aardig goed”. Hij probeert er zoveel mogelijk aan te doen: gezond leven, sporten, de pillen slikken. Zo heeft hij het gevoel het wel in de hand te hebben. Maar ook hij twijfelt nu of hij het moet blijven slikken: daar heeft de huisarts het nooit over gehad, en ook niet aangeboden om erover te praten.

Levenslang gebruik

Een deelnemer (m) uit zijn twijfels bij het medicijngebruik: hij heeft er wat tegen om de rest van je leven een middel te gebruiken. Hij vertelt ernstige bijwerkingen gehad te

hebben van Zocor: een spier- en een leverontsteking. Daardoor heeft hij het vertrouwen wat verloren in de medicatie en is er een aantal jaar mee gestopt. Ongeveer 6/7 jaar geleden heeft hij een nieuwe huisarts gekregen die hem heeft overgehaald weer te beginnen, maar dan met een nieuw middel Atorvastatine. Dit gebruikt hij nog steeds. Hij heeft vanaf het begin af aan gehoord dat als je er eenmaal mee begint, je dan ook de rest van je leven moet slikken, dat je er nooit zomaar mee moet ophouden: “één keer ingesteld is ingesteld”. Hem is echter nooit verteld waarom. Een andere deelnemer (v) heeft nooit veel vragen gesteld: “ik heb een zus die het ook slikt en dan denk je ach oké. De een heeft dit en de ander heeft dat. Het is ook maar één pil die ik slik”.

Bijwerkingen

Naast de deelnemer die spier- en leverontsteking heeft gekregen als bijwerkingen van Zocor, vertelt een andere deelnemer (v) dat zij gelezen heeft in een magazine dat Simvastatine, wat zij eerst voorgeschreven had gekregen, activeert: “ik ben al een slechte slaper, en van het middel werd ik onrustig”. Een andere deelnemer (m) die op dit moment Simvastatine gebruikt herkent dit: hij slaapt ook minder goed, maar hij heeft dit nooit gerelateerd aan het middel. Mevrouw heeft gevraagd om een andere cholesterolverlager en is nu overgezet op Lipitor, ze heeft geen last meer ergens van. Meneer gaat dit toch eens navragen aan de dokter.

Leefstijl

Twee deelnemers hebben eerst met een dieet geprobeerd het cholesterolgehalte te verlagen, maar bij beiden hielp dit niet. Zij letten dan ook helemaal niet op wat zij eten: “als het niet helpt dan hoeft het ook niet”. Twee mensen, die ook diabetes type 2 hebben, hebben adviezen voor leefstijlaanpassing gehad van de dokter. Een van hen is daardoor eerst veel te veel afgevallen, waardoor hij flauw viel. Nu let hij heel goed op wat hij eet. Twee mensen gebruiken een cholesterolverlagende boter. Anders dan aanpassing van voeding/dieet is alleen bij één deelnemer (m) aan de orde: hij sport meer sindsdien.

Informatie bij het voorschrijven

Op de vraag of men voldoende geïnformeerd is toen een cholesterolverlagers voorgeschreven werd, antwoorden de meesten ontkennend: “eigenlijk niet”. Een deelnemer (m) benadrukt hierbij wel dat hij er ook niet zelf naar gevraagd heeft. Hij heeft het meeste opgezocht via internet. Een andere deelnemer (v) beaamt dit: “er is veel te vinden op internet”. Zij zegt in het consult meer algemene dingen te horen te krijgen. Maar zij geeft ook aan dat het erg individueel is: bij de een moet meer gezegd of gewaarschuwd worden dan bij de ander. Voor haarzelf geldt dat zij “niet meer bezig wil zijn met haar ziekte [diabetes] dan met haar leven”, “je wordt al elke drie maanden ermee geconfronteerd bij het ophalen van je herhaalrecept”. Zij vindt het een taak van de huisarts om niet alleen naar de ziekte te kijken maar ook naar hoe de mensen ermee omgaan.

Eén deelnemer (m) heeft een brief gehad van deze apotheek, met een uitnodiging voor een ‘risicotest’. Met deze test werd naast het totaal cholesterol ook andere risicofactoren voor HVZ. Zijn kans bleek 11% op CHZ gebaseerd op zijn huidige risicofactoren. Het getal zelf zei hem niets. Hij heeft aan de apotheek uitleg gevraagd, hij wilde graag weten wat er uit zou komen als het afgezet wordt tegen sporten, 10 kg afvallen en stoppen met

roken (hij rookt nog). “Want anders wordt er alleen maar gekeken naar het cholesterol, terwijl er meer dingen zijn die van invloed zijn”. Na uitzoekwerk van de apotheek bleek dat als hij zou stoppen met roken dit meer invloed zou hebben dan de cholesterolpillen. “Zo kan je ook vergelijken en kan je zelf kiezen”. Zo zou dat volgens deze deelnemer moeten gebeuren bij iedereen. Een aantal andere deelnemers is het hiermee eens.

Onderwerp 2. Therapietrouw – moeilijkheden hierbij en belang ervan

De gespreksleider legt uit dat dit onderwerp bedoeld is om meer inzicht te krijgen in hoe de patiënten omgaan met hun geneesmiddelen. Hoe zij de middelen gebruiken en of dit altijd lukt (waarom wel en waarom niet).

HOOFDPUNTEN:

Zelfgerapporteerde therapietrouw is vrij hoog.

Alle patiënten hebben er weinig moeite mee de pillen dagelijks in te nemen:

- Het zit in de dagelijkse routine ingebouwd bij de meeste mensen: “alsof je je haar kamt”. De meesten hebben vaste tijdstippen voor inname: “het ligt naast de ontbijtspullen”, “het ligt naast de wekker”.
- Als het een keertje wordt vergeten in te nemen, merken de mensen er ook niets van: “Het is anders dan dat je een ziekte hebt met klachten, dan merk je het”.
- Een deelnemer (m) is vrij laconiek: hij vergeet wel eens maar vindt dit niet zo’n probleem. Het is een keus die hij zelf maakt: hij rookt niet, sport tamelijk veel, leeft gezond. Hij is op alle fronten bezig om het cholesterol naar beneden te houden. Hij is nu goed ingesteld, het blijft stabiel, dus “af en toe een pil vergeten is niet zo’n ramp”.
- Ernstige bijwerkingen was voor één deelnemer reden om een aantal jaar te stoppen met het gebruik (van Zocor). Hij gebruikt nu sinds een aantal jaren Lipitor wat wel goed gaat.

Invoer van het preferentiebeleid door ieder gemerkt:

- De deelnemer die ernstige bijwerkingen had ervaren van Zocor heeft de switch, voorgesteld door zijn huisarts, geweigerd en gebruikt nog steeds Lipitor. Wel merkte hij op dat het “veel gedoe met al die formulieren” was. Een tweede deelnemer (v) werd onrustig (sliep slecht) van Simvastatine, waardoor zij gevraagd heeft om een ander middel. Zij kreeg Lipitor en gebruikt dit nog steeds. Een derde deelnemer (v) gebruikt ook nog steeds Lipitor, maar moet wel bijbetalen. Een vierde deelnemer is geswitcht naar Zocor als gevolg van het preferentiebeleid. Ze merkt geen verschil tussen Lipitor en Zocor.

Uitgebreidere beschrijving

Moelijkheden innemen medicatie

Een deelnemer (m) gaat er heel laconiek mee om: “als ik het vergeet, dan vergeet ik het”. “Als ik een gezellige avond heb, dan drink ik een borrel en denk dan dat het ook geen zin meer heeft om die pil te slikken: dat komt dan morgen wel weer”. Als hij het twee keer niet heeft geslikt (veelal in het weekend), dan probeert hij de maandag en dagen erna wel stipt in te nemen. Het is een keus die hij zelf maakt: hij rookt niet, sport tamelijk veel, op alle fronten is hij bezig om het cholesterol naar beneden te houden. Hij merkt ook geen verschil als hij het wel eens vergeet. Dit beaamt de meeste aanwezigen: je merkt er niets van als je de pil een keertje vergeet. Een andere deelnemer (m) geeft wel aan dat hij ze

tegelijk met de suikertabletten inneemt, en dat hij ze wel moet innemen omdat hij zich anders beroerd voelt. Hij vergeet het vrijwel nooit: “ik kan het niet vergeten, ik heb 3 vrouwen thuis”. De meeste mensen hebben het innemen van de pillen ingebouwd in hun dagelijkse routine: de een legt de pillen bij de wekker, de ander legt ze bij de ontbijtpullen. Een deelnemer (m) heeft een weekdoosje voor zijn pillen, maar dan nog vergeet hij ze af en toe: ook hij merkt dan geen verschil.

Gevolgen preferentiebeleid

De meeste mensen gebruiken Lipitor, ondanks dat dit niet het preferente middel is. Een deelnemer (m) is door de ervaren bijwerkingen een flink aantal jaren geleden van Zocor naar Lipitor gegaan. Hij heeft geweigerd toen de huisarts hem weer om wilde zetten naar Zocor. Andere deelnemer (v) is door het onrustige slapen naar Lipitor over gegaan. Een derde deelnemer (m) gebruikt Simvastatine al sinds het begin. Een vierde deelnemer (v) is inderdaad omgezet naar Zocor, omdat Lipitor niet meer vergoed wordt. Het enige verschil wat zij merkt is dat ze geen grapefruit(sap) meer mag.

Rondom de wisseling geeft een deelnemer (v) aan: “wij zijn leken, maar wij zijn wel degenen die het moeten ondergaan. Je bent afhankelijk van huisarts en apotheek. Je kent hen niet goed, zij kennen jou niet goed. De gesprekken zijn kort. Er is marktwerking. Gezonde achterdocht moet je wel hebben tegenwoordig”.

Onderwerp 3. Communicatie tussen (huis)arts, apotheker en patiënt

De gespreksleider licht toe dat het laatste onderwerp is de communicatie met zorgverleners.

HOOFDPUNTEN:

Communicatie tussen patiënt en huisarts blijkt miniem. De apotheker doet het in dit opzicht beter: deze wordt ook vaker ingeschakeld door patiënten voor advies of uitleg.

- Er wordt weinig uitleg gegeven over het nut van behandeling met een cholesterolverlager, over het risico op HVZ voor de patiënt specifiek, en over de daadwerkelijke risicoverlaging (in %) door het slikken van een cholesterolverlager.
- MAAR: men vraagt er zelf ook niet naar. Eigen verantwoordelijkheid komt hier naar voren: “als je iets wilt weten, kan je het zelf ook vragen”. “Je moet dan wel durven vragen”.
- Internet of familieleden met een geneeskundige achtergrond worden vaker ingeschakeld voor informatie dan de huisarts. Twee deelnemers vragen altijd eerst uitleg bij de apotheker voor ze naar de huisarts gaan. Zij zijn van mening dat de apotheker bekender is met hen, met wat zij gebruiken aan medicatie.

Drempels hierbij:

- In het huisartsconsult is er weinig tijd
- “Pas als je thuis bent komen de vragen”
- Gevoel van leek (patiënt) tegenover expert (arts) → mensen willen “beslagen ten ijs komen” en zoeken eerst zelf informatie
- Apotheker is beter te bereiken dan de huisarts

Bovendien blijkt dat niet iedereen alles wil weten: “ik wil me er niet in verdiepen”, en vinden de meesten dat niet iedereen gewaarschuwd hoeft te worden voor mogelijke kans op HVZ: “als je risico van 86 naar 80 gaat is ook wat anders dan als het van 68 naar 62 gaat”. Niet iedereen wil ermee bezig zijn: “je kan aan veel andere dingen ook dood gaan”.

Uitgebreidere beschrijving

Bespreken van medicijngebruik met de huisarts/apotheker

Een deelnemer (v) legt uit dat zij altijd eerst naar de apotheker gaat en bovendien een neef heeft die arts is. Ze vraagt eerst aan hen wat nodig is volgens hen. Ze vindt de apotheker en haar neef veel makkelijker: de huisarts kent haar ook niet goed. Mevrouw vindt het fijn dat ze dan al wat uitleg heeft gekregen, voor ze naar de huisarts gaat. “Als je zelf onnozel bent, dan weet de dokter alles, en dan zal je wel moeten slikken!”. Dit doet een andere deelnemer (m) ook: ook hij vraagt het eerst aan de apotheek. Zij houden alles bij en controleren alles.

Een deelnemer (v) vertelt dat zij een keer een allergische aanval gehad heeft op een pil voor de rug. Dat was heel acuut, ze heeft toen direct de apotheker opgebeld: “die weet wat ik gebruik en die weet waarschijnlijk beter dan de huisarts of de middelen op elkaar reageren”. Bovendien heeft ze de apotheek veel sneller aan de lijn dan de huisarts. Toen het over was is ze wel bij de huisarts geweest om de reactie toe te lichten en uit te zoeken hoe dit kwam. Ze kreeg te horen dat ze niet allergisch was, en dat ze gewoon de pillen kon nemen. Vervolgens heeft ze een nog ergere allergische aanval gehad waarna ze bij de huisarts gevraagd heeft hoe dat mogelijk was, maar daar heeft ze nooit een reactie op gehad! De pillen (NSAIDs) heeft ze zelf maar weggegooid.

Een deelnemer (m) heeft een verpleegkundige achtergrond, en is dus wel kritisch qua informatie. De huisarts vertelt wel wat dingen, maar meneer vindt dat hij er zelf ook wel bij is, om de informatie te krijgen die hij zelf wil hebben. “Het is makkelijk om af te schuiven op de huisarts, maar het is een gedeelde verantwoordelijkheid”. Hij loopt er ook tegenaan dat de vragen pas komen als hij weer thuis is. Meneer zoekt het ook op als hij een klacht heeft, en kan dan zelf kritische vragen stellen. Wat cholesterolverlagers betreft: dit heeft hij ooit eens uitgezocht en hij vindt het prima, hij slikt netjes en hij verwacht van de huisarts geen verdere informatie hierover.

Een deelnemer (m) vertelt dat hij zelf de huisarts vraagt het cholesterol te testen. Dat gebeurt dan en de keer erop wordt er dan naar gekeken. De dokter vertelt dan niet eens hoeveel het is, maar dat hoeft voor hem ook niet. Als hij er wat aandacht aan wil besteden, dan begint hij daar zelf wel over: dat heeft hij gedaan door eens die risicotest te nemen. Dit was op initiatief van de apotheek.

Een deelnemer (v) ziet de dokterbezoeken nu als routine, daar vraagt ze dan ook niet meer naar. Als ze iets heeft waarvan ze denkt wat zou het zijn, dan vraagt ze het eerst aan haar zwager die chirurg is.

Gemiste onderwerpen

Een deelnemer (m) merkt op dat de hele situatie de indruk wekt dat als je die pillen maar slikt, er op dat gebied helemaal niks kan gebeuren, maar dat is helemaal niet het geval. De huisarts heeft het met geen van de patiënten ooit over de risico's gehad, dit wordt gemist. De kansberekening zou aan de orde moeten komen bij de huisarts, vinden de meesten: “het zou goed zijn als de arts meer praat over de kansen die je hebt om daardoor om te vallen: dan ga je toch wat anders leven”. Maar, brengt een ander in: “Er wordt uitgegaan van grote aantallen: ze kijken naar 10.000 mensen en dan hebben 10 mensen dit. Ze kijken niet naar jou. En als het percentage is 1 op de 1000, dan hoeven ze ook niet iedereen te waarschuwen”. Een andere deelnemer (v) merkt op: “Je moet eens kijken naar het automatisme, het is niet alleen de verantwoordelijkheid van de arts of apotheker maar

ook van jezelf. En je moet durven vragen.” Waarna weer een andere deelnemer (m) hier tegenin brengt dat het ook een stuk onwetendheid is bij meerdere mensen, en de band die je hebt met je huisarts (leek tegenover expert of meer gelijkwaardige gesprekspartners).

Sluiting groepsgesprek

De deelnemers worden bedankt en gevraagd de korte vragenlijst in te vullen, waarna de Irischeques worden uitgedeeld.

EXTRA ** Rol van de apotheek **

Een deelnemer (m) wordt goed schriftelijk op de hoogte gehouden door de apotheek: hij ontvangt brieven met meer informatie over zijn geneesmiddel en heeft op uitnodiging van de apotheek een risico-test voor HVZ ondergaan. Een andere deelnemer (v) geeft ook aan soms een brief mee te krijgen van de apotheek met meer informatie. De overige mensen krijgen dit niet.

Een deelnemer (m) vertelt dat ze hem in de apotheek altijd goed helpen. Hij vindt dat de apotheek een heel goede service biedt. Hij kan er altijd terecht met vragen en hij krijgt altijd uitleg. Ze kennen hem ook allemaal en weten wat hij gebruikt aan pillen. Ook een andere deelnemer (v) heeft goede ervaringen met de apotheek. Zij vraagt ook altijd eerst aan de apotheker om uitleg/advies, ook voor ze naar de huisarts gaat. Iedereen is van mening dat Apotheek Koert een prettige, open apotheek is.

Gespreksverslag met hoofdpunten focusgroep patiënten secundaire preventie

Datum : 8 april 2009
Tijd : 15:00 – 17:00 uur
Plaats : Apotheek Koert te Utrecht
Deelnemers : 5 mannen en 3 vrouwen, gemiddeld 69 jr (range: 54-78), merendeel hoger opgeleid, sinds 1-25 jaar statine slikkend: simvastatine (3x), atorvastatine (1x) en pravastatine (1x), allen diverse comedicatie
Aanwezigen : Liset van Dijk (gespreksleider), Marcia Vervloet (notulist)

Opening door de gespreksleider

De gespreksleider heet de mensen welkom en geeft een korte inleiding. Hierbij worden de volgende punten toegelicht:

- Doel van onderzoek
- Doel van het groepsgesprek
- Opbouw van het groepsgesprek. Drie globale onderwerpen zullen aan de orde komen:
 1. Gebruik van medicatie voor HVZ (o.a. cholesterolverlagers) – waarom?
 2. Therapietrouw – moeilijkheden hierbij (o.a. door polyfarmacie) en belang ervan
 3. Communicatie tussen (huis)arts, apotheker en patiënt
- Gebruik van opnameapparatuur (alleen ter ondersteuning van verslag)

Onderwerp 1. Gebruik van medicatie voor HVZ (o.a. cholesterolverlagers) – waarom?

De gespreksleider licht toe dat dit onderwerp bedoeld is om na te gaan hoe men het vindt om (meerdere) geneesmiddelen te gebruiken en of men weet waarom een cholesterolverlager tot hun medicatie behoort.

Startvraag: U gebruikt allemaal een aantal geneesmiddelen voor HVZ; hoe vindt u het om deze geneesmiddelen te slikken en met deze aandoening te leven?

Een deelnemster trekt zich er niks van aan: het is gebeurd en het is niet omkeerbaar. Ze heeft er in het dagelijks leven wel last van, maar dat went: het is een kwestie van geduld hebben en slikken. Want als je dat niet doet, dan merk je pas verschil. Een andere deelnemer vindt het erg vervelend. De bijwerkingen van de middelen staan hem tegen evenals de vreemde (giftige) stoffen die je daarmee allemaal in je lijf krijgt, en de hoeveelheid: hij gebruikt 12 geneesmiddelen per dag, nu al 4 jaar lang. Hij voelt zich ook lang niet altijd prettig: heel slap en zweverig. Het is niet alleen het hart, hij heeft een nieuw gekregen, maar hij heeft ook diabetes. Hij maakt zich soms wel ongerust, is wat onzeker over de medicijnen. De vorige spreekster valt hem bij: zij komt uit de farmahoek en daar heerste het adagium van niet slikken is beter, “het is allemaal rotzooi wat je slikt”. Er werd onder het personeel weinig geslikt. Als het je dan later overkomt, dat je wat moet slikken, dan moet je in het ‘gareel’. Tevens vindt zij dat de patiëntenbijsluiter absoluut onvoldoende informatie bevat, zeker wat betreft bijwerkingen. Een volgende deelnemster zoekt alles op via internet: wat ze slikt en wat ze moet doen. Ze overlegt goed met haar huisarts. Zij vindt het ook *een eigen verantwoordelijkheid om goed op de*

hoogte te zijn van wat je slikt. De meeste andere deelnemers zijn het met haar eens: “het is je eigen lijf!”. Een deelnemer merkt vervolgens op dat hij mensen in zijn omgeving kent die juist goed de bijsluiters lezen, alle bijwerkingen etc., en dit vervolgens vertalen als “dat krijg ik dus ook”. In het algemeen vindt hij dat je moet inschatten hoe groot de kans is dat je iets krijgt. Zo heeft hij nooit een van de bijwerkingen gehad die in de bijsluiters staan. Teruggaand naar de hoofdvraag: een deelnemer vertelt dat hij, sinds hij geopereerd is, drie pilletjes per dag slikt en hij merkt er niets van. Hij voelt zich er nu al jaren goed bij. Bijsluiters heeft hij eenmalig ingekeken. Een andere deelnemer merkt op: middelen met de meest mooie namen worden voorgeschreven, en men zal wel weten of het werkt of niet werkt, want hoe moet hij als leek bekijken wat al dat spul doet? Na een licht infarct een jaar geleden heeft hij drie dagen in het ziekenhuis, en toen hij naar huis mocht zijn een aantal middelen voorgeschreven, “voor de zekerheid” zegt hij.

“Onderhoudspilletjes” merkt een deelnemster op. De cholesterolverlager is er bij meneer vorig jaar vanzelf bijgekomen. Hij heeft dit wel nog een keer overlegd met zijn huisarts. Bijsluiters lezen begint hij niet aan, hij heeft het gevoel dat deze alleen bedoeld zijn om de fabrikant ‘in te dekken’: we hebben de patiënt verteld dat er eventueel dit en dit kan gebeuren. Daarom leest hij ze maar niet, je wordt er niet wijzer van. Een deelnemer is het hier niet helemaal mee eens: bij bepaalde middelen is het toch nodig om het een en ander te weten uit de bijsluiter. Met name bijvoorbeeld bij stollingsremmers, die de meeste deelnemers gebruiken: dat je weet dat als je een kies moet laten trekken, je van tevoren even aangeeft dat je heftig gaat bloeden. Er zijn bij hem een aantal stukjes huid weggehaald en dan moest hij de stollingsremmers eerst afbouwen, het is belangrijk dat je dit soort dingen overlegt met je arts. Aan de andere kant geeft het ook een stukje meer zorg: je hebt de stollingsremmers eigenlijk nodig, dus je weet dat je dan even meer risico loopt. Maar op zo’n moment is de kans dat je bloeding doorzet veel groter dan de kans dat je een stolseltje krijgt. Meneer vindt het heel vervelend, dat als hij een kies moet laten trekken of er weer een stukje huid weggehaald moet worden, dat hij dan een poosje niet beschermd is. Een andere deelnemer valt hem bij. Hij heeft nog niet zo lang geleden een klein sneetje in de vinger gesneden, en dat bleef maar bloeden. Het was ’s middags gebeurd en ’s avonds bloedde het nog steeds. Hij is naar het artsenslab geweest, na een flinke tijd is het eindelijk een beetje gestelpt en verbonden, maar na een uur thuis bloedde het toch nog steeds. Uiteindelijk is het met meer dan drie hechtingen gedicht, en dat voor zo’n klein wondje. Een bloedverdunner is dus niet niks.

Alle deelnemers geven aan dat ze in het dagelijkse leven geconfronteerd worden met de gevolgen van hun medicijngebruik.

Op de vraag of de deelnemers naast het lezen van de informatie uit de bijsluiter ook met hun arts over hun geneesmiddelgebruik gesproken hebben, wordt wisselend geantwoord. Een aantal deelnemers geven aan dat zij niets van hun arts horen (zij zoeken zelf op of vragen zelf aan de arts uiteindelijk), maar een aantal anderen geven aan dat zij wel degelijk overleg met de arts hierover hebben gehad. Een deelnemster merkt op dat het toch van belang is om bij elke arts waar je komt een overzicht van je geneesmiddelen mee te nemen, je medicijnkaart bij je te hebben. Zij vindt dit een stukje eigen verantwoordelijkheid om te zorgen dat je een up-to-date medicijnoverzicht bij je hebt. Zo een medicijnkaart krijg je alleen als je er in de apotheek naar vraagt. Wel geeft Apotheek Koert, zo zegt een van de deelnemers, erg duidelijke informatie over de medicijnen mee.

Dit vindt hij beter dan de bijsluiter (dit zijn te kleine letters). Daarnaast heeft hij ook gelezen over wat er allemaal al wel niet, alleen al met je voedsel, meekomt aan parasieten die aan je organen hechten. Zo ook aan de nieuwe hartklep die hij heeft gekregen. Hiervoor gebruikt hij, naast zijn geneesmiddelen, nog andere natuurlijke middelen (gemalen kruidnagel, absint, zwarte walnoten op alcohol, etc). Hij merkt aan zijn lichaam dat dit wel helpt, dat het beter gaat. Hij vraagt zich dan ook af of hij niet een geneesmiddel kan laten, want hij vindt het bijzonder vervelend dat hij alle 12 middelen moet slikken.

Is de deelnemers door de huisarts verteld waarom ze cholesterolverlager moesten slikken?

Bij twee deelnemers wel, maar bij anderen ook niet. Een deelnemster vertelt dat haar cholesterolgehalte in '97 is bepaald, dat het toen te hoog was. Sindsdien is het nooit meer gemeten, maar ze komt ook maar zelden bij de huisarts. Een andere deelnemer geeft aan dat het regelmatig bepaald wordt, en dat het goed is. Een deelnemster vertelt dat ze voor drie maanden een cholesterolverlager geslikt heeft, maar ze kreeg last van krampen in de spieren. Het cholesterol is daarna geprikt en dit was ver gedaald (van 6,1 naar 3,9). Toen heeft ze aan haar huisarts gevraagd of ze het nog wel moest slikken. Ze heeft namelijk ook haar leefstijl, haar voeding, aangepast. Ze probeert het nu zonder cholesterolverlager en over een tijd wordt het geprikt hoe het gaat.

Zijn er meer mensen die wel eens met de cholesterolverlager gestopt zijn?

De deelnemers reageren ontkennend. Een deelnemster geeft aan dat ze wel wat extra's doet: ze heeft met grote schrik een krantenartikel over statines gelezen. Nu slikt ze, naast de laagste dosering statine, Q10 om de leverfunctie op peil te houden, daar kan ze niet buiten meent zij. Een andere deelnemster valt haar bij dat het idd je lever aantast: zij kreeg enorm last van vlekken op haar armen.

Een derde deelnemster vertelt dat zij minstens een keer per jaar gecontroleerd wordt, ze heeft de cholesterolverlager na haar infarct er gewoon bij gekregen: "het was kiezen of delen, je kreeg het gewoon". Ze weet niet of het cholesterolgehalte voor het infarct erg hoog was, maar daarna is het gehalte altijd erg netjes gebleven. Ze is een keertje gestopt, vlak voor een operatie (toen had zij alle medicatie gestopt), maar zij heeft toch het advies weer gekregen ermee verder te gaan. Zij was wel gestopt onder begeleiding van haar huisarts, dit was in overleg.

Leefstijl

Een deelnemster had al aangegeven dat ze haar leefstijl heeft aangepast (haar voeding). Ze had in het ziekenhuis diverse boekjes met informatie hierover meegekregen. Ook een andere deelnemer geeft aan dat hij zijn leefstijl heeft aangepast na zijn hartaanval: niet meer roken, stapje terug wat betreft werk, meer gaan bewegen (tennis, fitness). Wel is hij sindsdien nog een aantal keer gedotterd, dat komt toch steeds terug, alleen met langere tussenpozen. Vooral omdat hij veel blijft bewegen, hij probeert te trainen met fietsen, steeds een stukje verder te gaan. Op die manier worden er collaterale vaten aangemaakt, zo legde zijn cardioloog uit, om meer zuurstof aan te voeren naar zijn hart. Sindsdien is hij niet meer gedotterd en dat is nu zo'n 10 jaar geleden. **Meer deelnemers geven aan dat ze proberen meer te bewegen, al is het maar met de trap in plaats van de lift, etc. Daarnaast letten op voeding. Een gezonde leefstijl wordt belangrijk gevonden.** Een

deelnemster vertelt dat ze nog nooit gesport heeft, en ze sport nog steeds niet. Dit komt ook omdat ze al een geruime tijd zware bloedarmoede heeft, dan kan je niet zoveel. Bij haar zijn ook collaterale vaten gevormd volgens haar cardioloog: ze heeft een hartinfarct gehad zonder het te weten.

Noodzaak

De meeste deelnemers geven aan dat zij de noodzaak van de medicatie zeker zo na het hart-, of herseninfarct of de hartaanval duidelijk inzien. Enige tijd erna, ebt het besef van de noodzakelijkheid iets weg, maar zij blijven daar wel nog erg voorzichtig in. Een deelnemster geeft aan dat zij zeker niet denkt dat ze zonder kan, ondanks dat ze het wel eens vergeet.

Onderwerp 2. Therapietrouw – moeilijkheden hierbij (o.a. door polyfarmacie) en belang ervan

De gespreksleider legt uit dat dit onderwerp bedoeld is om meer inzicht te krijgen in hoeverre het men lukt om de geneesmiddelen te gebruiken, en wat eventuele problemen zijn waar men tegenaan loopt.

Startvraag: Hoe gaat het met het slikken van de geneesmiddelen? Wordt het wel eens vergeten?

Een deelnemster gaf al aan dat ze het wel eens vergeet, maar dan alleen 's avonds omdat ze dan niet zoveel hoeft te slikken, dan schiet het er wel eens bij in. Een tweede deelnemster zegt dat ze voor 99% haar geneesmiddelen inneemt. Ze heeft er 's avonds twee middelen bij zitten (ook maagbeschermers), dat als zij deze vergeet, ze erge spijt krijgt volgende dag wegens enorme maagpijn, dus dan vergeet je dit ook niet. Ze geeft wel aan dat als ze al last van haar maag heeft, ze dan de cholesterolpil als eerste zou laten staan: het is de enige waar ze wel een keertje zonder kan. Van de overige middelen merkt ze direct de nadelige gevolgen als ze dit niet inneemt. Bij de cholesterolverlager merk je dit niet en dat zal op termijn ook niet zoveel doen als je een keer vergeet.

Een derde deelnemster, zij kreeg spierkrampen van de cholesterolverlager, geeft aan dat ze toch wat angstig was: het hart is toch ook een spier. Dat is voor haar reden geweest met de huisarts te overleggen of ze niet kan stoppen met de cholesterolverlager.

Een deelnemer vertelt dat hij zijn geneesmiddelen verdeeld over de dag inneemt (een aantal 's ochtends, een aantal tussen de middag en een aantal 's avonds), maar dat hij 's ochtends altijd last heeft van slapeid en zweverigheid. Hij vraagt zich af of hij dit kan veranderen door de medicatie op andere tijdstippen te nemen. ***Een deelnemer oppert dit met de apotheker te overleggen wat het beste is: hij heeft daar persoonlijk erg goede ervaringen mee. De apotheker weet het beste hoe bepaalde geneesmiddelen ingenomen kunnen worden, 's ochtends of 's avonds, met eten of na het eten, etc.***

Een andere deelnemster geeft als advies dat je de geneesmiddelen het beste kan innemen op een moment dat je het niet vergeet: zij vertelt dat de cholesterolverlager het beste 's avonds voor het slapen gaan genomen kan worden, maar dat zou zij geheel vergeten. Ze neemt het nu in tegelijk met haar andere medicatie, om een uur of 8 's avonds. "Het is veel erger als je het vergeet, dan dat je het op een verkeerd tijdstip inneemt".

De meeste deelnemers geven aan dat ze maar zelden hun medicatie vergeten, het komt wel eens voor, maar niet vaak. Iedereen heeft het zoveel mogelijk in de dagelijkse

routine gebouwd, “een ritueeltje”. Twee deelnemers maken gebruik van een weekdoos. Twee deelnemers geven gekscherend aan dat zij thuis een “oppas” hebben, dat scheelt ook. Een van deze deelnemers vertelt dat als je nergens last van hebt, je het idee kan krijgen dat je het net zo goed niet kan slikken, want je merkt niets. Je moet dan aannemen dat er onderhuids iets gebeurt. ***Je hebt er dan wel niet nu last van, maar wie weet wat je aan het opbouwen bent. Soms denk je wel waarvoor doe ik het eigenlijk, omdat je je goed voelt, maar misschien juist daardoor, omdat je de medicatie slikt.***

Naast de deelnemster die in overleg met de arts bewust gestopt is met de cholesterolverlager na het ondervinden van spierkrampen, geeft een andere deelnemster aan dat ook zij op advies van de arts gestopt is omdat zij erg moest hoesten. Dit wordt je niet verteld dat het door het medicijn komt. Zij geeft aan dat het complete onzin is dat alleen het hoofdbestanddeel ertoe doet, de hulpstoffen zijn wezenlijk van belang. Een andere deelnemer valt haar bij: de stoffen zijn vaak ook vervuild. Zij vindt het maar raar wat er nu gebeurt, dat de zorgverzekeraars op de stoel van farmaceut gaan zitten (preferentiebeleid), omdat er wel degelijk verschillen bestaan (in de hulpstoffen) tussen de middelen.

Ook een derde deelnemer valt hen bij: ondanks dat er gezegd wordt dat de middelen hetzelfde zijn, je kan er toch heel anders op reageren. Pas als de samenstelling precies hetzelfde is, is het goed.

Een vierde deelnemster uit haar angst over parallelimport, iets waar haar vorige apotheek aan deed. Zo kreeg zij Chinese middelen, waar ze zich helemaal niet prettig bij voelde. Bij deze apotheek krijgt ze gewoon dat middel wat ze voorgeschreven heeft gekregen. Als patiënt zou je moeten kunnen vertrouwen op de waarborg van de Nederlandse middelen, zo vindt zij.

Onderwerp 3. Communicatie tussen (huis)arts, apotheker en patiënt

De gespreksleider geeft aan dat het laatste onderwerp in dit focusgroeps gesprek de communicatie met de verschillende zorgverleners betreft.

Startvraag: In hoeverre bespreekt u uw medicijngebruik met de huisarts of specialist?

Een deelnemer geeft aan dat de jongere artsen tegenwoordig vragen “wat denkt u zelf?” Dit vindt hij niet erg prettig. Maar het is wel een vorm van overleg geeft hij zelf aan. Hij had al eerder aangegeven zich zorgen te maken over de hoeveelheid middelen die hij moet slikken, de bijwerkingen ervan en de gevolgen die hij merkt in zijn dagelijkse leven van zijn geneesmiddelen (het moeilijk opstarten 's ochtends, het slap worden op de fiets etc.). Hij heeft het wel eens met zijn arts over deze zorgen gehad, maar er werd niet zo op in gegaan: “je hebt ze toch nodig” wordt dan gezegd. Nu gaat hij binnenkort naar de ziekenhuis om weer eens volledig gecontroleerd te worden. Ook een ander deelnemer zegt de vraag “wat denkt u zelf?” terug te krijgen, maar het is ook wat je vraagt soms (naar de bekende weg).

Een deelnemer vertelt dat hij open tegen de huisarts kan vertellen als hem iets zorgen baart oid. “Je moet toch ook vertrouwen hebben in de arts, al is dit wel wat ouderwets”. Twee andere deelnemers vertellen dat zij hun huisarts al jaren niet meer gezien en gesproken te hebben. Dit verbaast een van de deelnemsters: zij vraagt zich af of ze dan

ook niet op controle hoeven te komen bij de huisarts. Zij gaat zelf regelmatig naar haar huisarts en overlegt en bespreekt veel dingen. De huisarts heeft voor haar een coördinerende taak, de huisarts neemt een centrale rol in. Zij vertrouwt er ook op dat als de huisarts haar doorverwijst naar een specialist dit ook echt nodig is. En de huisarts zoekt altijd dingen uit die niet duidelijk zijn, belt met de specialisten etc. Dit vindt zij heel erg prettig.

Een van de deelnemers geeft aan dat hij wel naar de cardioloog gaat, maar dat hij al weet wat die gaat vragen: “hoe gaat het ermee?” Goed zegt hij dan. Dan moet hij zelf vragen of hij door moet gaan met de medicijnen, dan zegt de cardioloog ja. Als de cardioloog zegt dat het goed gaat, dan vertrouwt hij daarop. Hij hoeft ook niet zo nodig meer te weten: het gaat nu goed met hem na de operatie en dat is prima zo. Het hangt ook af van de relatie die je met je huisarts hebt, zo zegt een van de deelnemers, hoe makkelijk je dingen kan bespreken.

De communicatie tussen de deelnemers en hun zorgverleners over hun geneesmiddelen is over het algemeen vrij miniem.

De apotheek als vraagbaak

Een aantal deelnemers vragen niet veel aan de apotheek, een aantal echter wel, en een van de deelnemers is het zeker van plan (wat betreft goede inname tijdstippen). De apotheker zoekt ook dingen uit, ook bijvoorbeeld informatie over alternatieve geneesmiddelen. Een van de deelnemers uit haar tevredenheid: zij krijgt altijd antwoord op haar vragen. Het ligt ook aan de aanwezigheid van de apotheker, vindt een andere deelnemster. Als de apotheker niet veel aanwezig is, dan zijn ze minder goed bereikbaar, en kan je minder informatie verkrijgen. ***Alle deelnemers zijn erg tevreden over de dienstverlening en service van deze apotheek. Je krijgt altijd antwoorden op je vragen, en je krijgt informatie mee over je geneesmiddelen.***

Tegenstrijdige informatie

Een deelnemer geeft aan dat hij tegenstrijdige informatie van huisarts en cardioloog heeft gehad, dit was een rotverving. Voor een operatie moest hij stoppen met Ascal. Zijn huisarts had hem vertelt dat hij twee dagen van tevoren kon stoppen, maar dit was te kort. Meneer heeft een enorme bloeding gehad, waarvoor nog een tweede operatie nodig was om de bloedvaten te hechten. Dit alles omdat de huisarts zijn vak niet verstond. De cardioloog vertelde naderhand dat hij al een week van tevoren had moeten stoppen. De huisarts had dit dus moeten weten, hij speelt toch de centrale rol, zo vindt meneer.

Sluiting groepsgesprek

De patiënten worden bedankt voor deelname en gevraagd de korte vragenlijst in te vullen, waarna de Irischeques worden uitgedeeld.

Bijlage 2 Observatieprotocol therapietrouw statines

Stap 1: welke onderwerpen worden besproken?

Praktijk/patiëntnummer :

Observator :

1. Welke statine wordt voorgeschreven?

..... (naam indien expliciet gezegd)

2. Wordt er voor het eerst een statine voorgeschreven?

- ja
- nee
- onduidelijk

3. Wordt er een statine voorgeschreven voor secundaire preventie (patiënt heeft cardiovasculair incident gehad; wordt behandeld voor hart/vaatziekten)?

- ja → ga naar onderdeel A
- nee
- onduidelijk

4. Indien niet voorgeschreven voor secundaire preventie, wat was dan de reden om naar het cholesterolgehalte te kijken of een statine voor te schrijven?

- als onderdeel van behandeling diabetes type 2
- klachten
- belaste familieanamnese
- zichtbaar overgewicht
- wens van de patiënt
- verhoogde bloeddruk / verhoogd cholesterolgehalte elders vastgesteld (bijv. bedrijfskeuring)
- onduidelijk

A. Algemene uitleg* (verhoogd) cholesterolgehalte	Wel besproken	Initiatief: arts/patiënt	Tijdstand
A1. Geen klachten/symptomen			
A2. Gevolgen (te) hoog cholesterolgehalte (bewust van verhoogd risico HVZ)			
A3. Relatie met andere risicofactoren (roken, hoge bloeddruk, geslacht (man), leeftijd (ouder))			
A4. Belang van behandeling (verlagen risico HVZ)			

* Niet voor deze patiënt specifiek, maar uitleg in het algemeen

B. Leefstijladviezen <i>(B1 t/m B4 zijn al in een voorafgaand project geobserveerd)</i>	Wel besproken	Initiatief: arts/patiënt	Tijdstand
B1. Roken	xxx	xxx	xxx
B2. Voldoende bewegen	xxx	xxx	xxx

B3. Gezond eten	xxx	xxx	xxx
B4. Alcoholgebruik	xxx	xxx	xxx
B5. Gezond lichaamsgewicht			
B6a. Bereidheid van patiënt om leefstijl aan te passen			
B6b. Belemmerende factoren voor patiënt bij aanpassen van leefstijl			
B6c. Bevorderende factoren voor patiënt bij aanpassen leefstijl			
	Ja	Initiatief: arts/patiënt	Tijdstand
B7a. Worden concrete, haalbare veranderdoelen met patiënt vastgesteld m.b.t. voeding/leefstijl? <i>Zo ja, welke?</i>			
B7b. Wordt met de patiënt afgesproken bij volgend consult op doelen leefstijlverandering terug te komen?			
B8a. Wordt door de huisarts gericht advies gegeven over (stoppen met) roken?		nvt	
B8b. Wordt door de huisarts gericht advies gegeven over beweeggedrag?		nvt	
B8c. Wordt door de huisarts gericht advies gegeven over voeding?		nvt	
B8d. Wordt door de huisarts gericht advies gegeven over alcoholgebruik?		nvt	
B8e. Wordt door de huisarts gericht advies gegeven om op optimaal gewicht te komen? (afvallen)		nvt	
B9. Wordt patiënt (voor ondersteuning) doorverwezen naar: nurse practitioner, fysiotherapeut, diëtiste, gedragstherapeut, stoppen-met-roken-programma, cursus thuiszorg, zelfhulpgroep? <i>Zo ja, omcirkel waar naar toe</i>			
B10. Wordt de patiënt gewezen op bronnen voor meer informatie (zoals Voedingscentrum of diverse patiëntorganisaties)?			

C. Bij voorschrijven medicatie – specifiek voor deze patiënt	Wel besproken	Initiatief: arts/patiënt	Tijdstand
C1. Hoogte risico m.b.v. risicotabel (expliciet: %)			
C2. Alternatieven voor medicatie (leefstijlverandering)			
C3. Doel van behandeling			
C4. Duur van de behandeling (levenslang gebruik)			
C5. Dosering en tijdstip innemen medicatie			
C6a. Uitleg over mogelijke bijwerkingen			
C6b. Door patiënt ervaren bijwerkingen			
C6c. Oplossingen voor ervaren bijwerkingen			
<i>Voorkomen van therapieontrouw</i>			
C7. Noodzaak van innemen			
C8. Consequenties van therapie(on)trouw			

C9. Barrières om medicatie te nemen			
C10. Bevorderende factoren om medicatie te nemen			
Signaleren / oplossen van therapieontrouw			
C11. Therapietrouw in de praktijk			
C12. Barrières om medicatie te nemen			
C13. Bevorderende factoren om medicatie te nemen			

D. Stappen om te komen tot concordantie (omtrent medicijngebruik) <i>(D1 t/m D3 zijn al in een voorafgaand project geobserveerd)</i>	Ja	Initiatief: arts/patiënt	Tijdstand
D1. Heeft de arts informatie over alternatieven voor behandeling gegeven?	xxx	nvt	
D2. Heeft de arts de patiënt laten meebeslissen inzake de behandeling? (of: vraagt de arts of de patiënt met de behandeling instemt?)	xxx	nvt	
D3. Vraagt de arts de patiënt toestemming voor de behandeling? (of: stemt de patiënt in met de behandeling?)	xxx	nvt	
D4. Vraagt de arts de patiënt wat zijn/haar ideeën of opvattingen zijn over het medicijngebruik?		nvt	
D5. Vraagt de arts of de patiënt alles heeft begrepen?		nvt	
D6. Vraagt de arts of de patiënt nog vragen heeft?		nvt	
D7. Geeft de patiënt zijn/haar mening over het medicijngebruik op eigen initiatief?		nvt	
D8. Vraagt de arts aan de patiënt of hij/zij wil herhalen wat er is afgesproken?		nvt	

E. Follow-up	Ja	Initiatief: arts/patiënt	Tijdstand
E1. Is er een vervolgspraak gemaakt?			
E2. Is er een controleschema gemaakt (o.a. wanneer wordt bloed geprikt)?			

Overige opmerkingen / opvallende stukjes

--

Achtergrond / literatuur:

NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement (2006) en NHG-standaard Diabetes mellitus type 2 (2006).

Als bron voor: vr.3 en 4, blok A, blok B, blok E.

Artikel Milder et al., 2008 (Lifestyle counseling in hypertension-related visits) en gebruikt observatieprotocol.

Als bron voor: blok B

Artikel Tolmie et al., 2003 (Patients' perspectives on statin therapy for treatment of hypercholesterolaemia)

Als bron voor: blok A (afwezigheid symptomen, gevolgen, bewust van risico HVZ), blok B (additionele informatie), blok C (duur behandeling, noodzakelijkheid), blok E (follow-up)

Artikel Mann et al., 2007 (Predictors of adherence to statins for primary prevention)

Als bron voor: blok A (bewust van risico HVZ), blok C (duur behandeling)

Artikel Natarajan et al., 2007 (Family practice patients' adherence to statin medications)

Als bron voor: blok A (belang van behandeling: risicodaling), blok B (gezonde levensstijl)

Artikel McGinnis et al., 2007 (Factors related to adherence to statin therapy)

Als bron voor: blok A (belang behandeling), blok C (doel en duur behandeling, noodzakelijkheid, bijwerkingen)

Artikel Brewer et al., 2002 (Cholesterol control, medication adherence and illness cognition)

Als bron voor: blok A (bewust van risico HVZ)

Stap 2: wat wordt daadwerkelijk gezegd?

Cues – responses Een cue definiëren we als een verbale uiting van de patiënt of arts over medicatie(gebruik), een (herhaal)recept en/of therapietrouw. Een cue-respons is de reactie op een cue door de andere partij. De ‘cues’ kunnen gescoord worden als vraag (C1), advies/uitleg (C2) of informatie (C3). De reacties worden gescoord als R1 t/m R12 (zie bijlage 2)

Praktijk/patiëntnummer :

Observator :

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 3 Aandachtspuntenlijsten

Praten over cholesterolverlagers als primaire preventie

Aandachtspunten voor de zorgverlener

1. Informeer

Bevorderen van therapietrouw

- Ga na welke ideeën uw patiënt heeft bij het slikken van cholesterolverlagers. Let op weerstanden.
- Geef bij een 1e uitgifte duidelijk aan dat uw patiënt niets merkt van een daling van het cholesterol.
- Leg uw patiënt uit dat effecten van cholesterolverlagers niet voelbaar zijn maar primair betrekking hebben op het op lange termijn voorkómen van hart- en vaatziekten.
- Leg uw patiënt uit hoe belangrijk het specifiek voor hem/haar is om cholesterolverlagers te gaan gebruiken door het daadwerkelijke risico op hart- en vaatziekte te noemen alsmede de risicoverlaging door het gebruik van cholesterolverlagers. De risicotabel kan daarbij helpen.
- Wijs uw patiënt op de meest voorkomende bijwerkingen, zoals spierkrampen en extreme vermoeidheid, en vraag om daarover geïnformeerd te worden als deze zich voordoen.
- Leg uw patiënt uit waarom cholesterol niet frequent gecontroleerd hoeft te worden.
- Leg uw patiënt uit dat hij/zij de cholesterolverlagers waarschijnlijk levenslang moet slikken.
- Check steeds of uw patiënt uw informatie begrepen heeft. Laat informatie zo nodig herhalen.
- Weeg samen met uw patiënt de verwachte effecten en bijwerkingen van het gebruik van cholesterolverlagers tegen elkaar af.
- Zet samen met uw patiënt de effecten van het gebruik van cholesterolverlagers af tegen het reële effect van het verlagen van andere risicofactoren (roken, overgewicht, weinig beweging) en laat de patiënt op grond daarvan een keuze maken voor een type interventie.
- Geef gerichte leefstijladviezen en de bereidheid en belemmeringen bij het aanpassen van leefstijl.
- Krijgt uw patiënt verschillende soorten medicijnen met verschillende doseringen en tijdstippen van inname? Schrijf dit dan op papier (of laat de patiënt dat doen).
- Leg uw patiënt uit waarom in bepaalde gevallen, zoals bij type 2 diabetes, cholesterolverlagers standaard worden voorgeschreven.
- Vraag aan het einde van een consult expliciet of uw patiënt met het behandelvoorstel instemt.

2. Vraag na

Signaleren en opsporen van therapietrouw

- Vraag tijdens herhaalconsulten (met name bij de 2e uitgifte na twee weken) naar de ervaringen en eventuele zorgen van uw patiënt over het gebruik van cholesterolverlagers (ook in het licht van het preferentiebeleid en het eventueel moeten bijbetalen).
- Vraag hoe uw patiënt het gebruik van cholesterolverlagers inpast in het dagelijks leven.
- Vraag aan uw patiënt of het gelukt is de cholesterolverlagers volgens voorschrift in te nemen.

- Vraag naar mogelijke bijwerkingen door de meest voorkomende voorbeelden daarvan te benoemen.

3. Therapieontrouw? Corrigeer!

Oplossen en corrigeren van therapieontrouw

Onbewuste therapieontrouw

- Loop samen eens een dag door. Zoek zo nodig naar geschikte momenten om de cholesterolverlagers 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 de cholesterolverlagers ingenomen worden.
- Maak samen een plan hoe het gebruik van cholesterolverlagers te vervolgen en te evalueren.
- Kom in volgende bezoeken terug op het overeengekomen beleid en stel dit zo nodig 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 de cholesterolverlager. Zoek zo nodig naar alternatieven.
- Maak zo mogelijk samen met uw patiënt een plan hoe de medicamenteuze behandeling te vervolgen.

.

Praten over cholesterolverlagers als secundaire preventie

Aandachtspunten voor de zorgverlener

1. Informeer

Bevorderen van therapietrouw

- Ga na welke ideeën uw patiënt heeft bij het slikken van cholesterolverlagers. Let op weerstanden.
- Geef duidelijk aan dat uw patiënt niets zal merken van een daling van het cholesterol.
- Leg uw patiënt uit dat effecten van de cholesterolverlagers niet voelbaar zijn maar primair betrekking hebben op het op lange termijn voorkómen van een herhaling van hart- en vaatziekten.
- Leg uw patiënt uit hoe belangrijk het specifiek voor hem/haar is om cholesterolverlagers te blijven gebruiken door het daadwerkelijke risico op een herhaling van hart- en vaatziekte te noemen alsmede de risicoverlaging door het gebruik van cholesterolverlagers. De risicotabel kan daarbij helpen.
- Wijs uw patiënt op de meest voorkomende bijwerkingen, zoals spierkrampen en extreme vermoeidheid, en vraag om daarover geïnformeerd te worden als deze zich voordoen.
- Leg uw patiënt uit waarom cholesterol niet frequent gecontroleerd hoeft te worden.
- Leg uw patiënt uit dat hij/zij de cholesterolverlagers levenslang moet slikken.
- Check steeds of uw patiënt uw informatie begrepen heeft. Laat informatie zo nodig herhalen.
- Weeg samen met uw patiënt de verwachte effecten en bijwerkingen van het gebruik van cholesterolverlagers tegen elkaar af.
- Stem uw informatie af op de fase van ziekteacceptatie waarin uw patiënt zit.
- Geef gerichte leefstijladviezen en de bereidheid en belemmeringen bij het aanpassen van leefstijl.
- Krijgt uw patiënt verschillende soorten medicijnen met verschillende doseringen en tijdstippen van inname? Schrijf dit dan op papier (of laat de patiënt dat doen).

2. Vraag na

Signaleren en opsporen van therapieontrouw

- Vraag tijdens herhaalconsulten naar de ervaringen en eventuele zorgen van uw patiënt over het gebruik van cholesterolverlagers (ook in het licht van het preferentiebeleid en het eventueel moeten bijbetalen).
- Vraag hoe uw patiënt het gebruik van cholesterolverlagers inpast in het dagelijks leven en naast het moeten nemen van andere medicatie.
- Vraag aan uw patiënt of het lukt de medicatie volgens voorschrift in te nemen.
- Vraag uw patiënt diens medicijngebruik in eigen woorden te beschrijven.
- Vraag naar ervaren bijwerkingen door de meest voorkomende voorbeelden daarvan te benoemen.

3. Therapieontrouw? Corrigeer!

Oplossen en corrigeren van therapieontrouw

Onbewuste therapieontrouw

- Loop samen eens een dag door. Zoek samen naar geschikte momenten om de cholesterolverlagers 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 cholesterolverlagers (op tijd) plaatsvindt.
 - Maak samen een plan hoe het gebruik van cholesterolverlagers te vervolgen en te evalueren.
 - Kom in volgende bezoeken terug op het overeengekomen beleid en stel dit zo nodig 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 de cholesterolverlager. Zoek zo nodig naar alternatieven.
 - Maak zo mogelijk samen met uw patiënt een plan hoe de medicamenteuze behandeling te vervolgen.

Praten over cholesterolverlagers

Aandachtspunten voor de patiënt

1. U krijgt cholesterolverlagers voorgeschreven

- Vraag uw zorgverlener waarom cholesterolverlagers belangrijk zijn bij het voorkomen van hart- en vaatziekten.
- Vraag uw zorgverlener welke bijwerkingen u kunt verwachten en wat u dan moet doen.
- Vertel uw zorgverlener wanneer u twijfels heeft over de veiligheid of het nut van de voorgeschreven cholesterolverlagers.
- Spreek uw verwachtingen en ideeën uit ten aanzien van het effect van de cholesterolverlagers.
- 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 cholesterolverlagers en het gebruik ervan.
- Vraag uw zorgverlener welke andere maatregelen, zoals veranderingen van leefstijl (roken, gewicht, bewegen), genomen kunnen worden om het cholesterol te verlagen.
- Er bestaan geen rare ideeën of opvattingen over medicijnen, en ook geen rare vragen! Bespreek ze met uw zorgverlener zodat hij/zij uitleg kan geven of u gerust kan stellen.
- Vraag uw zorgverleners hoe lang u de cholesterolverlagers moet gaan gebruiken en wat er gebeurt als u ze niet gebruikt.
- Bereid u thuis reeds voor op uw bezoek aan de zorgverlener zodat u uw vragen niet vergeet te stellen.

2. U heeft de cholesterolverlagers een paar weken gebruikt

- Vertel het uw zorgverlener eerlijk als u de cholesterolverlagers 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 cholesterolverlagers. Stop nooit met de medicijnen zonder dit aan uw zorgverlener te vertellen.
- Vertel het als u denkt bijwerkingen van de cholesterolverlagers te ervaren.
- Realiseer u dat de medicijnen ook werken als u er niets van voelt.

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

U vergeet de cholesterolverlagers 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 cholesterolverlagers te nemen zodat u ze niet vergeet.
- Vraag wat te doen als u de cholesterolverlagers vergeet in te nemen.
- Vraag om tips die er toe kunnen bijdragen dat u uw cholesterolverlagers op tijd en op de juiste manier gebruikt.
- Vraag hoe vaak controle van het cholesterol moet plaatsvinden.

U wilt of kunt de medicijnen eigenlijk niet gebruiken

- Vertel uw zorgverlener waarom u uw cholesterolverlagers anders of niet meer heeft ingenomen.
- Bespreek uw ideeën of zorgen over het gebruik van cholesterolverlagers.
- Vertel het uw zorgverlener als u er bezorgd over bent dat de cholesterolverlagers niet (geheel) vergoed worden. U kunt andere behandelmogelijkheden bespreken met uw zorgverlener.

Algemene tips voor de zorgverlener ten behoeve van het gesprek over een 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.

