

Therapietrouw bij chronisch zieken

PATIËNTGERICHTE BENADERING IS NOODZAKELIJK

Ted Klok, Eric J. Sulkers, Ad A. Kaptein, Eric J. Duiverman, Paul L.P. Brand

Dames en Heren,

De behandeling van chronisch zieke patiënten zou veel effectiever kunnen zijn als onze behandeladviezen trouw werden opgevolgd. Er is namelijk een groot contrast tussen het hoge wetenschappelijke niveau van onze behandeladviezen aan patiënten met een chronische ziekte en de lage frequentie waarmee patiënten dit advies opvolgen. Dat contrast manifesteert zich onder andere in de spreekkamer, waar wel uitleg wordt gegeven over ziekte en behandeling, maar waar terapietrouw vaak geen onderwerp van gesprek is.

Sommigen menen dat er een taboe ligt op het bespreken van terapietrouw in de spreekkamer (www.nivel.nl, zoek op ‘therapietrouw begint in de spreekkamer’). Toch is dit de plek waar de verbetering van de terapietrouw moet beginnen. Er is namelijk geen standaardinterventie om de terapietrouw te verbeteren.^{1,2} Dat hangt samen met de diversiteit aan oorzaken voor beperkte terapietrouw (tabel 1).³ Wat de oorzaak bij de individuele patiënt is, zal men dan ook in de spreekkamer moeten achterhalen.

Uit onderzoek blijkt dat therapieontrouw voor patiënten vaak een bewuste keuze is, die vanuit het gezichtspunt van de patiënt volstrekt logisch is.⁴ Dat vraagt om communicatie die afgestemd is op de patiënt die vrij is om te kiezen voor een behandeling. Deze andere benadering van terapietrouw komt in de Angelsaksische literatuur tot uiting in de term ‘adherence’ als vervanging van ‘compliance’ (tabel 2).

In deze klinische les bespreken wij aan de hand van enkele patiënten hoe men deze andere benadering kan toepassen in de spreekkamer. De ziektegeschiedenissen illustreren hoe opvattingen van de patiënt over de ziekte en medicatie de terapietrouw beïnvloeden.

Patiënt A, een 3-jarig meisje, werd voor peuterastma behandeld met fluticason 2 maal daags en salbutamol zo nodig. Zij kreeg deze medicatie voorgeschreven na 2 exacerbaties, waarvoor één maal opname noodzakelijk was. Tijdens en na deze opname kregen de ouders uitgebreid uitleg over het ziektebeeld en de behandeling, zowel van de kinderarts als van de kinderlongverpleegkundige. Beide ouders hadden een opleiding op hbo-niveau afgerond. Bij het eerste ziekenhuisbezoek vertelden zij dat

Isala klinieken, Amalia Kinderafdeling, Zwolle.

Drs. T. Klok, arts-onderzoeker;

prof.dr. P.L.P. Brand, kinderarts-pulmonoloog;

Ziekenhuis Wakchere, Vlissingen.

Dr. E.J. Sulkers, kinderarts.

Leids Universitair Medisch Centrum;

afd. Medische psychologie, Leiden.

Prof.dr. A.A. Kaptein, psycholoog.

Universitair Medisch Centrum Groningen;

Beatrix kindziekenhuis, Groningen.

Prof.dr. E.J. Duiverman, kinderarts-pulmonoloog.

Contactpersoon: drs. T. Klok (t.klok@isala.nl)

TABEL 1 Belangrijke voorspellers van therapieontrouw³

psychische problemen, met name depressie
 verminderd cognitief functioneren
 asymptomatische ziekte
 onvoldoende follow-up
 bijwerkingen van medicatie
 patiënt heeft onvoldoende geloof in het voordeel van de behandeling
 patiënt heeft onvoldoende inzicht in zijn of haar ziekte
 slechte arts-patiëntrelatie
 niet verschijnen op afspraken
 complexiteit en duur van behandeling

hun dochter niet gevaccineerd was, omdat in hun ogen het nut niet opwoog tegen het risico van bijwerkingen.

Tijdens een bezoek aan de polikliniek vertelde de moeder dat zij de fluticason al lange tijd maar 1 maal daags gaf. De reden hiervoor was haar zorg over mogelijke bijwerkingen: “Het gedrag van mijn dochter is veranderd, ze is veel opstandiger. Misschien heeft dat ook met de leeftijd te maken, maar ik heb de indruk dat het ook door de medicijnen komt”. Verder maakten de ouders zich zorgen over de bijwerkingen op lange termijn, die ze overigens niet verder konden omschrijven.

Met de longverpleegkundige werd afgesproken deze ouders intensief te begeleiden, omdat wij het risico op het niet volgen van het behandeladvies hoog vonden. Bij de begeleiding kregen de ouders uitgebreid de mogelijkheid om hun zorgen over bijwerkingen en hun twijfels over de noodzaak van de behandeling te uiten. Zij kregen educatie over de ziekte en medicatie die gericht was op hun specifieke zorgen en twijfels. Bij een later bezoek vertelden ouders dat zij de medicatie weer gaven zoals voorgescreven. Sindsdien bleven exacerbaties uit.

Patiënt B, een 57-jarige man, werd opgenomen op de afdeling Longziekten vanwege een exacerbatie van COPD. Het afgelopen jaar was hij al 3 maal eerder opgenomen met dezelfde klachten. In verband met de recidiverende opnames werd de psycholoog die verbonden was aan de afdeling in consult gevraagd. Het doel was de opnamefrequentie te verminderen door de patiënt te leren zijn ziekte beter in de hand te houden.

Gevraagd naar zijn verklaring voor het ontsporen van zijn COPD vertelde patiënt dat dit kwam doordat de familie in een oud, vochtig huis in het centrum van Amsterdam woonde. Zijn medicatie liet hij in het keukenkastje staan: “Die rommel werkt toch niet, je krijgt er alleen maar hoofdpijn van. Als ik een sjekkie opsteek, hoest ik het slijm er veel beter uit. Al die pufjes, allemaal troep waar je aan verslaafd raakt”.

De psycholoog adviseerde om de educatie te richten op

aspecten van de energiehuishouding en zijn conditie en op zijn angst voor bijwerkingen. De educatie moest passen bij het opleidingsniveau van de patiënt. Daarnaast leek een gezinsinterventie gewenst. Zijn echtgenote werd dan ook gesteund in haar pogingen om patiënt met roken te laten stoppen, zijn medicatie zorgvuldig te laten gebruiken en om een gezondere woonomgeving te bereiken.

Patiënt bleek enigszins ontvankelijk voor de pogingen om de ziekte- en behandelcognities aan te pakken. Met relatief eenvoudige ‘socratische dialogen’ (zie uitleg) werd gesproken over energiehuishouding, ontsporing van de ademhaling en lichamelijk actiever en fitter worden. Samen met zijn vrouw besloot hij te verhuizen naar een betere woning. Zijn therapietrouw verbeterde en hij werd lichamelijk veel actiever. Hij gaf het roken weliswaar niet op, maar gebruikte zijn energie beter waardoor hij minder vaak en minder ernstige exacerbaties van de COPD kreeg.

Patiënt C, een 16-jarige jongen met diabetes mellitus type 1, was al lange tijd bekend met een matige therapietrouw. Ondanks herhaalde voorlichting en uitleg was er geen verbetering in zijn HbA_{1c}-waarde (gemiddelde waarde: 10 %; streefwaarde: rond 7 %). Patiënt volgde onderwijs op het niveau van leerweg-ondersteunend onderwijs; zijn behandelaars vroegen zich af of hij de gegeven informatie wel begreep.

De arts en de verpleegkundige besloten daarom opnieuw tijd te nemen en planden een uitgebreid gesprek over therapietrouw. Hierbij werd volgens de principes van motiverende gespreksvoering veel aandacht besteed aan wat patiënt zelf belangrijke behandeldoelen vond. Zo kwamen zij erachter dat hun langetermijndoel, namelijk complicaties voorkomen door een goede instelling, voor hem geen betekenis had. Wat wel belangrijk was: “Ik wil absoluut niet dat ik in de disco flauw val doordat ik te laag zit, al mijn vrienden zijn daar, dat mag echt niet gebeuren!” Volgens hem was één van de oplossingen om in het weekend wat minder insuline te spuiten, met als gevolg dat hij “daardoor het hele weekend hoog zat”.

Educatie over zelfmanagement werd daarna gericht op het feit dat bij een goede instelling hypoglykemieën juist minder frequent voorkomen en dat hoge bloedsuikervwaarden juist geen garantie zijn voor succes. Met behulp van de fysiotherapeut leerde deze patiënt vervolgens in groepsverband heel praktisch hoe hij hypoglykemieën door inspanning en sport – vergelijkbaar met dansen – beter kon herkennen. Hierdoor groeide zijn zelfvertrouwen en durfde hij vervolgens met een normale glucosewaarde te gaan dansen of sporten.

Ook kwam men erachter dat hij graag gespierder wilde zijn. Bij de voorlichting werd vanaf nu benadrukt dat

spieropbouw minder goed gaat bij een slechte instelling, omdat 'je de calorieën dan uitplast'. Het 'hoog zitten' werd vergeleken met een 'omgekeerd bodybuildersregime'.

Tijdens de verdere behandeling werd patiënt in de gelegenheid gesteld om via e-mail en chatbox laagdrempelig contact te houden met de kinderarts en diabetesverpleegkundige. Hij werd op deze wijze aangemoedigd om vragen en zorgen over de behandeling te delen met het behandelteam. Hiervan maakte hij regelmatig gebruik. Na deze interventies verbeterde de instelling van patiënt geleidelijk, de HbA_{1c}-waarde daalde tot 8,7%.

BESCHOUWING

Deze ziektegeschiedenissen illustreren hoe patiënten op basis van hun opvattingen over ziekte en medicatie bewust kunnen kiezen om het advies van de arts niet op te volgen. Onderzoek laat zien dat dit patroon frequent voorkomt en een belangrijke oorzaak is van therapieontrouw.⁵ Patiënten maken een eigen afweging tussen de noodzaak en de mogelijke nadelen van een – vaak medicamenteuze – behandeling. Zij doen dat op grond van hun eigen ervaring en die van hun omgeving.

Zorgen over nadelige gevolgen van medicatiegebruik komen vaak voor en spelen een belangrijke rol bij deze afweging.⁶ Voor veel van deze zorgen, zoals die over gedragsveranderingen bij patiënt A, ontbreekt wetenschappelijk bewijs, maar dat maakt de zorgen van de patiënt er niet minder om. De kans dat deze zorgen de boventoon gaan voeren is dus reëel, zeker wanneer de patiënt de noodzaak van de behandeling minder sterk ervaart.

Voor de patiënt kan de noodzaak van een behandeling minder duidelijk zijn door klachtenvrije perioden, zoals bij astma (patiënt A), of door het ontbreken van klachten, zoals bij de behandeling van risicofactoren als hypertensie en hypercholesterolemie. De recente mislukking van de vaccinatie tegen *Humaan papillomavirus* illustreert hoe frequent zorgen over bijwerkingen van inenting voorkomen (patiënt A) en hoe krachtig het effect daarvan kan zijn op de afweging om een therapie al dan niet te volgen.

THERAPIEONTRouw HERKENNEN

Het 'leken'-perspectief van de patiënt heeft dus grote invloed op de therapietrouw. Zelfs meer dan externe factoren als leeftijd, opleidingsniveau of ernst van de ziekte. Zo bleek in een onderzoek onder astmapatiënten dat 30% van de variatie in therapietrouw werd bepaald door opvattingen over ziekte en medicatie en slechts 6% door de genoemde externe factoren.⁵ Dat verklaart ook dat therapieontrouw voorkomt binnen alle patiënten-

TABEL 2 Termen voor therapietrouw: 'compliance', 'adherence' en 'concordantie'

compliance

de mate waarin het gedrag van de patiënt overeenkomt met het voorgeschreven advies

adherence

de mate waarin het gedrag van de patiënt overeenkomt met de overeengekomen adviezen van de voorschrijver. Het wordt door velen gebruikt als een alternatief voor compliance, in een poging te benadrukken dat een patiënt vrij is om te kiezen voor therapietrouw en dat therapieontrouw geen reden is om de patiënt te beschuldigen

concordantie

een complex idee over de arts-patiëntrelatie en de mate waarin een advies de uitkomst is van een gezamenlijk besluit, waarin de opvattingen en voorkeuren van de patiënt meegewogen zijn

groepen, onafhankelijk van leeftijd, opleidingsniveau of ernst van de ziekte.

Dat therapieontrouw voorkomt binnen alle patiëntengroepen maakt het voor artsen moeilijk om de therapieontrouwe patiënt te herkennen.³ Onvoldoende controle van de ziekte kan hierbij helpen (patiënt B en C), maar wordt niet altijd herkend als uiting van therapieontrouw. Het is aan te bevelen om bij iedere patiënt op een niet-oordelende wijze expliciet te vragen naar therapietrouw en naar de opvattingen van de patiënt over ziekte en medicatie, zoals angst voor bijwerkingen (patiënten A en B), of naar de behandeldoelen van de patiënt zelf (patiënt C). Vaak komen opvattingen van de patiënt niet aan de orde tijdens het spreekuur, maar huisartsen in opleiding bleken na een korte communicatiecursus goed in staat om opvattingen van de patiënt te bespreken tijdens reguliere consulten.⁷ Dit biedt niet alleen de mogelijkheid om therapieontrouw beter te herkennen maar ook om therapietrouw te verbeteren.

THERAPIETROUW VERBETEREN

De opvattingen van patiënten hebben grote invloed op hun therapietrouw. Het patiëntgerichte maken van de zorg voor chronische patiënten is daarom een belangrijke interventie die de therapietrouw kan verbeteren (tabel 3).

Patiëntgerichte zorg is echter een breed begrip met meerdere facetten.⁸ Eén daarvan is het hanteren van het biopsychosociale model, dat inmiddels breed geaccepteerd is, in plaats van het biomedische model. Andere facetten zijn 'aandacht voor de opvattingen van de patiënt over ziekte en behandeling', 'het delen van macht en verantwoordelijkheid over ziekte en behandeling' en 'het aangaan van een therapeutische alliantie: de arts-patiëntrelatie als therapie'. Wij bespreken hierna interventies die aan deze thema's gekoppeld zijn.

TABEL 3 Vergelijking van traditionele zorg en patiëntgerichte zorg aan chronisch zieken⁴

onderwerp	traditionele zorg	patiëntgerichte zorg
wat is de relatie tussen arts en patiënt?	artsen zijn de experts die patiënten vertellen wat te doen; patiënten zijn passief	gedeelde expertise met actieve patiënten; artsen zijn experts in de ziekte en patiënten zijn de experts van hun eigen leven
wie is de belangrijkste zorgverlener, wie lost problemen op en wie is verantwoordelijk voor de ziekte-uitkomst?	de arts	de patiënt en de arts zijn de belangrijkste zorgverleners; ze delen de verantwoordelijkheid voor het oplossen van problemen en voor de ziekte-uitkomst
wat is het doel?	therapietrouw; therapieontrouw is een persoonlijke tekortkoming van de patiënt	de patiënt stelt doelen en de arts geeft informatie om goede keuzes te maken; het niet behalen van de doelen moet worden opgelost met aangepaste strategieën
hoe wordt gedrag beïnvloed?	externe motivatie	interne motivatie, dat wil zeggen: patiënten verkrijgen kennis en vertrouwen om nieuw gedrag te bereiken
hoe worden problemen geïdentificeerd?	door de arts, bijvoorbeeld ongezond gedrag van de patiënt	door de patiënt, bijvoorbeeld pijn of functiebeperking, en door de arts
hoe worden problemen opgelost?	artsen lossen problemen op voor patiënten	artsen geven educatie over probleemoplossende vaardigheden en helpen problemen op te lossen

EDUCATIE

Bij het instellen van een behandeling ontvangt de patiënt meestal informatie over de ziekte en de medicatie. Steeds vaker wordt deze informatie deels schriftelijk verstrekt of wordt er verwezen naar websites. Helaas draagt de kennis die patiënten op deze wijze verwerven nauwelijks bij aan het vergroten van de terapietrouw (patiënt A en C).⁹

Om terapietrouw te verbeteren zal educatie specifiek gericht moeten zijn op de opvattingen van de patiënt. Dat kan bijvoorbeeld door de patiënt vooraf een vragenlijst te laten invullen, zoals apothekers in Groningen deden.⁶ Huisartsen en verpleegkundigen die getraind werden in het bespreken van opvattingen over ziekte bleken met succes de opvattingen van de patiënt te kunnen wijzigen.¹⁰ Interventies waarbij dergelijke educatie centraal staat kunnen de terapietrouw dus verbeteren.^{2,3} In de ziektegeschiedenissen die wij hier presenteren bleek educatie gericht op opvattingen over ziekte en behandeling

inderdaad een belangrijke stap in het verbeteren van de terapietrouw.

DELEN VAN MACHT EN VERANTWOORDELIJKHEID

In de traditionele hiërarchische verhouding tussen arts en patiënt geeft de arts als medisch expert het advies en wordt de patiënt als therapieontrouw beschouwd als deze het advies niet opvolgt. Dit traditionele model komt niet overeen met de realiteit, zoals we in de beschreven casussen zagen; patiënten met een chronische ziekte ‘managen’ hun eigen ziekte grotendeels zelf.⁴ Vanaf het moment dat de patiënt de spreekkamer verlaat neemt hij immers zelf dagelijks beslissingen over het omgaan met de ziekte (zoals patiënt B).

Deze realiteit vraagt om meer symmetrie in de arts-patiëntrelatie, waarbij in overleg wordt besloten tot de beste therapie: de arts vanuit zijn medische expertise en de patiënt als expert van zijn eigen leven en ziekte. De grote meerderheid van de patiënten geeft de voorkeur aan gedeelde verantwoordelijkheid, waarbij de ene patiënt meer invloed wil hebben op het beleid dan de andere.¹¹

Recent werd in dit tijdschrift beschreven dat patiënten vaak willen meebeslissen over de behandeling en hierin andere keuzen maken dan de arts.¹² Contacten tussen patiënt en behandelaar die door concordantie (zie tabel 2) worden gekenmerkt, leiden dan ook tot grotere patiënttevredenheid. Het ontbreekt echter aan goed onderzoek naar de effecten op de terapietrouw, hoewel onderzoek in de eerste lijn wel enig bewijs heeft geleverd voor een positief effect.²

LEERPUNTEN

- **Therapieontrouw komt veel voor, waardoor de zorg aan chronisch zieke patiënten minder effectief is.**
- **Therapieontrouw is vaak een bewuste keuze van de patiënt, die voortkomt uit de eigen denkbeelden over ziekte en medicijnen.**
- **Zorg aan chronisch zieke patiënten moet daarom op de individuele patiënt gericht zijn, bijvoorbeeld door het geven van gerichte educatie in plaats van algemene informatie.**

HET BESPREKEN VAN GEDRAG EN VERANDERING DAARVAN

Niet iedere patiënt zal zijn of haar gedrag wijzigen na uitgebreide educatie; een deel blijft therapieontrouw of zet een ongezonde levensstijl zoals roken voort (patiënt B). Het is dan een grote uitdaging voor artsen om tijdens de kortdurende contacten in de spreekkamer patiënten te helpen hun gedrag te alsnog wijzigen. Motiverende gespreksvoering ('motivational interviewing') is een voorbeeld van een gesprekstechniek die daarvoor kan worden ingezet.

Motiverende gespreksvoering is een directieve, patiëntgerichte gespreksstijl bedoeld om verandering van gedrag te bevorderen. Dat gebeurt door de ambivalente houding van de patiënt tegenover gedragsverandering te helpen verhelderen en oplossen. Opvattingen over ziekte en medicatie kunnen hierbij een belangrijk gespreksonderwerp zijn; zo kan men vragen wat de patiënt als belangrijkste probleem van zijn ziekte ziet (zoals bij patiënt C). Misschien nog belangrijker dan de kleine verbeteringen in therapietrouw die met deze methode worden bereikt, zijn de aanknopingspunten die het biedt om lastige problemen op een patiëntgerichte wijze te bespreken.¹³ Zo wordt de methode als nascholing aangeboden aan kinderartsen om met ouders te spreken over stoppen met roken.

Dames en Heren, de behandeling van chronisch zieke patiënten kan effectiever door het verbeteren van de therapietrouw. Die verbetering begint in de spreekkamer.

Socratische dialoog: In een socratische dialoog stelt één persoon vragen waarop de antwoorder slechts een beperkt aantal antwoorden kan geven. Het doel is dat de antwoorder op grond hiervan tot een beter inzicht komt.

Interventies ter verbetering van de therapietrouw moeten patiëntgericht zijn, niet alleen omdat de oorzaak van therapieontrouw van patiënt tot patiënt verschilt, maar ook omdat patiënten zelf besluiten of ze het advies van de arts opvolgen. Er zal daarom meer aandacht moeten zijn voor de opvattingen van de patiënt; artsen moeten bereid zijn besluiten over de behandeling samen met de patiënt te nemen. Dat vraagt soms om nieuwe communicatieve vaardigheden. Toepassing hiervan levert meer tevreden patiënten op en waarschijnlijk ook een hogere therapietrouw.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: dit artikel is mede mogelijk gemaakt door een subsidie van het Astmafonds voor een onderzoek getiteld 'Determinanten van therapietrouw bij kinderen met astma'.

Aanvaard op 29 juni 2009

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2009;153:A420

[Meer op www.ntvg.nl/klinischepraktijk](http://www.ntvg.nl/klinischepraktijk)

LITERATUUR

- Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;CD000011.
- van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, de Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:55.
- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005;353:487-97.
- Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA.* 2002;288:2469-75.
- Horne R, Weinman J. Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychology and Health.* 2002;17:17-32.
- Geurts MM, Pot JL, Schepers EH et al. The evaluation of an intervention based on the application of patient self-completion concordance forms in Dutch community pharmacies and the effect on adherence to chronic medication. *Patient Educ Couns.* (elektronische publicatie) 2009.
- De Ridder DT, Theunissen NC, van Dulmen SM. Does training general practitioners to elicit patients' illness representations and action plans influence their communication as a whole? *Patient Educ Couns.* 2007;66:327-36.
- Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med.* 2000;51:1087-110.
- Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Hensley MJ, Abramson M et al. Limited (information only) patient education programs for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;CD001005.
- Kaptein AA, Hughes BM, Scharloo M et al. Illness perceptions about asthma are determinants of outcome. *J Asthma.* 2008;45:459-64.
- Cushing A, Metcalfe R. Optimizing medicines management: From compliance to concordance. *Ther Clin Risk Manag.* 2007;3:1047-58.
- Stalmeier PF, Van Tol-Geerdink JJ, Van Lin EN, Schimmel E, Huizenga H, Van Daal WA et al. De patiënt kiest: werkbaar en effectief. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2009;153:B74.
- Erickson SJ, Gerstle M, Feldstein SW. Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health care settings: a review. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159:1173-80.