

Communicatie en compliantie

Een mini-experiment in een huisartspraktijk*

J. F. M. THOMASSEN EN D. DE NOOD

De huisarts wordt vaak geconfronteerd met klachten waarbij de therapeutische mogelijkheden zijn beperkt tot medicatie die uitsluitend de last, pijn of hinder bij de patiënt kan helpen verminderen. In die gevallen kan de beslissing om wel of geen medicatie te geven, worden gezien als de uitkomst van een proces van individuele besluitvorming van de arts, of van een proces van gemeenschappelijke besluitvorming waarbij ook de patiënt een duidelijke inbreng heeft. In deze bijdrage wordt onderzocht welke implicaties deze twee hulpverleningsmodellen hebben voor de compliantie van de patiënt.

Inleiding

Non-compliantie is een veel voorkomend verschijnsel in de huisartspraktijk: uit verschillende Nederlandse onderzoeken blijkt dat 25 à 30 procent van de patiënten zich niet houdt aan de adviezen en voorschriften van de huisarts.¹⁻⁴

Al vijftien jaar geleden stelden Davis en Francis vast dat de hele setting waarin geneesmiddelen worden voorgeschreven, van grote invloed is op de compliantie van de patiënt; met name de mate waarin de dokter uitleg en informatie geeft, ingaat op de eigenlijke hulpvraag en aansluit bij de verwachtingen van de patiënt, speelt een belangrijke rol.^{5, 6}

Deze factoren, die later nog herhaaldelijk benadrukt zijn, verwijzen naar een algemeen communicatief kenmerk: de mate waarin de patiënt in de loop van het consult betrokken wordt bij het hulpverleningsproces en bij het opstellen van een actieplan dat niet alleen vanuit therapeutisch oogpunt geïndiceerd is, maar ook door de patiënt als zinvol en uitvoerbaar wordt beschouwd. In de woorden van Plaut: „Als artsen hun patiënten zouden beschouwen als actieve gesprekspartners, zou de kans

op effectieve en door de patiënt begrepen therapie aanmerkelijk toenemen. En wanneer de houding van de dokters tegenover hun patiënten zo zou veranderen dat de term ‘voorschrift’ vervangen kan worden door ‘contract’ zou een belangrijke hindernis bij de naleving van het contract weggenomen zijn”.⁷

Elders in zijn artikel schrijft Plaut: „... communicatie tussen artsen en patiënten moet niet de functie hebben om patiënten over te halen om dat te doen wat dokters van hen willen. Het gaat er eerder om te bespreken welke handlungsalternatieven er mogelijk zijn, zodat de patiënt zelf kan beslissen. Patiënten moet duidelijk gemaakt worden wat ze van de beschikbare mogelijkheden kunnen verwachten. We moeten ophouden te denken in termen van compliantie, de patiënt de ruimte geven om zelf eigen beslissingen te nemen en hem daarbij te helpen”.

Dit pleidooi voor overleg en meer verantwoordelijkheid voor de patiënt vormt een uitstekende verwoording van het uitgangspunt van ons onderzoek.

Doel en opzet

Met ons onderzoek beoogden wij na te gaan, of systematisch overleg tussen huisarts en patiënt tijdens het consult invloed heeft op de therapietrouw van de patiënt.

Het onderzoek werd uitgevoerd met behulp van twee hulpverleningsmodellen,

een *overlegmodel* en een *voorschriftmodel*. Het overlegmodel omvat elementen van Methodisch Werken, een methode waarmee huisartsen in opleiding intensief kennis maken en oefenen; het voorschriftmodel sluit aan bij de klassieke werkwijze die iedere arts zich tijdens de basisopleiding eigen maakt (*figuur 1*).

Om na te gaan of de twee hulpverleningsmodellen in het gedrag van de huisarts herkenbaar waren, werden enkele proefopnamen gemaakt. De door de huisarts beoogde en door onafhankelijke beoordelaars aangegeven kenmerken van hulpverlening bleken goed overeen te stemmen.

Voor het eigenlijke onderzoek werd op een aantal willekeurig gekozen dagen per ochtend- of middagspreekuur consequent één model gehanteerd, waarbij alle consulten op de geluidsband werden vastgelegd. Uit deze consulten werd vervolgens een aselechte trekking vericht. Deze opnamen werden door twee beoordelaars onafhankelijk van elkaar beoordeeld op de in *figuur 1* vermelde kenmerken. Consulten waarbij de beide beoordelaars tot een gelijkloidend oordeel over de afzonderlijke kenmerken kwamen, en die ook overigens aan de gestelde eisen voldeden (leeftijd patiënt 17-65 jaar en recept voor een geneesmiddel in tabletvorm), werden in het onderzoek betrokken. De overige consulten werden buiten beschouwing gelaten; volledigheidshalve kan hieraan worden toegevoegd dat de intersubjectieve overeenstemming bij deze consulten varieerde van .73 tot .94.

Volgens het principe van de sequente steekproeftrekking werden net zo lang consulten geselecteerd, als nodig was om algemene uitspraken mogelijk te maken. Dat was het geval bij vijftien consulten, zeven volgens het overlegmodel en acht volgens het voorschriftmodel. De onderzoeksgroep bestond uit tien vrouwen en vijf mannen, in leeftijd variërend van 28 tot 57 jaar, met een gemiddelde van 34 jaar.

Halverwege de periode waarvoor tabletten waren voorgeschreven, werden de patiënten geïnterviewd. Dat gebeurde onder het mom van „een onderzoek naar het gebruik van medische voorzieningen in nieuwbouwwijken”. Zowel de introductie (vragen om toestemming, afspraak maken), als het vraagesprek zelf hadden een gestandaardiseerde vorm. Het interview werd bij de patiënt thuis afgenomen door een medisch studente. Zij vroeg de respondent onder meer, zich het laatste contact met de huisarts in de herinnering te roepen.

* Het onderzoek vond plaats in een gezondheidscentrum, waar de tweede auteur in het kader van zijn opleiding als arts-assistent werkzaam was. De eerste auteur is als socioloog verbonden aan de sectie Onderzoek van het Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit.

Over dat contact werden vervolgens enkele vragen gesteld, waaronder de vraag: „Ik zou graag weten welke medicijnen u gekregen hebt, hebt u die pillen nog hier?“. Nadat de respondent de bedoelde tabletten had overhandigd – wat in alle gevallen spontaan gebeurde – werden deze geteld, en werd de uitkomst als volgt aan de patiënt voorgelegd: „Ik zie dat u nog ... tabletten heeft. Heeft u er al enkele gebruikt?“ Aldus was een nauwkeurige schatting van het aantal tabletten dat de patiënt inmiddels had gebruikt, mogelijk.

Resultaten

Klachten. De geneesmiddelen waarvan het gebruik werd onderzocht, werden verstrekt in verband met uiteenlopende klachten (figuur 2). Enkele patiënten presenteerden meer dan één klacht. Bij hen werd alleen de medicatie voor de centrale klacht in het onderzoek betrokken. Uit de interviewgegevens bleek dat

de klacht- en probleemomschrijving van de patiënt in alle gevallen overeenkwam met de klacht die in het onderzoek als uitgangspunt was gekozen.

Het gesprek met de patiënt. Bij het beluisteren van de bandopnamen merkten we dat overleg-consulten in het algemeen een „vollere“ indruk maakten, minder gesprekspauzes schenen te bevatten en langer leken te duren. Die laatste indruk bleek niet juist. Zowel de overleg- als de voorschrift-consulten duurden gemiddeld ongeveer 9 minuten. Bij consulten volgens het overlegmodel liep de duur uiteen van 3 tot 17 minuten, bij consulten volgens het voorschriftmodel van 3 tot 20 minuten. Het verschil bleek gemiddeld kleiner dan 30 seconden.

Vervolgens vroegen wij ons af, of het hanteren van het voorschriftmodel gepaard gaat met meer instrumenteel gedrag (koel, afstandelijk, zakelijk, onpersoonlijk) en het overlegmodel met

meer expressief gedrag (vriendelijk, belangstellend, meelevend, persoonlijk). Dat is vermoedelijk niet het geval. In de eerste plaats gaf een onafhankelijke beoordelaar te kennen geen merkbaar verschil in expressiviteit te kunnen vaststellen, hetzij tussen de consulten binnen één model, hetzij tussen consulten van verschillende modellen. In de tweede plaats gaven ook de beoordelingen van de patiënten geen verschillen te zien tussen de overleg- en voorschrift-consulten.

Vragen om geneesmiddelen. Ongeveer de helft van de patiënten vroeg om geneesmiddelen voor de klacht. In de overlegsituatie kwam dat vaker voor dan in de voorschriftsituatie.

De onderzoeksgroep bestond uit patiënten bij wie het consult werd afgesloten met een recept. We weten dus niets over consulten waarbij de huisarts een medicamenteuze aanpak voorstond, maar het consult niet kon afsluiten met een recept, omdat de patiënt geen heil zag in het gebruik van geneesmiddelen. Het enige gegeven waarover we beschikken, is de opmerkelijke waarning dat consulten volgens het overlegmodel nogal eens voor het onderzoek „verloren“ gingen, doordat ze tegen verwachting niet afgesloten werden met een recept; naar schatting gebeurde dit bij twee derde van de overleg-consulten.

Beoordeling van het consult door de patiënt. Tijdens het interview werden aan iedere patiënt zes vragen met gesloten antwoordcategorieën voorgelegd. Uit de antwoorden kon worden opgemaakt, of de patiënt tijdens het consult voldoende gelegenheid had gehad om zijn klacht uit te leggen, of hij begrepen was en serieus te woord was gestaan, of hij de nodige uitleg had gekregen, of hij alle ter sprake had kunnen brengen en of hij het gevoel had goed geholpen te zijn.

Vrijwel alle reacties waren uiterst positief. Slechts vier patiënten, twee uit de onderzoeksgroep en twee uit de controlegroep, beoordeelden het verloop van het consult niet in alle opzichten optimaal. Van enig verschil in beoordeling tussen de onderzoeksgroep en de controlegroep was geen sprake. Vergeleken met een eerder onderzochte groep patiënten scoorden de deelnemers aan dit onderzoek overigens hoog wat betreft hun evaluatie van het consult.⁸

Medicijngebruik. Vrijwel alle respondenten bleken bij het interview goed te weten welke medicijnen ze gekregen

Figuur 1. De kenmerken van het overlegmodel en het voorschriftmodel.

Overlegmodel	Voorschriftmodel
<ul style="list-style-type: none"> • De klacht wordt geëxploreerd naar de betekenis die deze voor de patiënt heeft. Nagegaan wordt welke denkbeelden en gevoelens de patiënt heeft met betrekking tot zijn klacht en wat hij hier en nu van de huisarts verwacht. • De patiënt wordt de ruimte gelaten om in eigen woorden over zijn/haar klacht te praten. Beoogd resultaat is een vraag van de patiënt aan de dokter. • Bij anamnese en onderzoek wordt de noodzaak of wenselijkheid daarvan in relatie tot de vraag van de patiënt aangegeven. • Bevindingen bij anamnese en onderzoek worden direct en in relatie tot de vraag van de patiënt weergegeven en besproken. • De mogelijkheid van medicamenteuze therapie worden besproken. Als de patiënt medicijnen wenst volgt een advies over het gebruik. 	<ul style="list-style-type: none"> • Begonnen wordt met de anamnese. De klacht wordt geëxploreerd naar de betekenis die deze heeft in het medisch kennissysteem. Nagegaan wordt welke kenmerken de klacht heeft en hoe deze medisch geïnclassificeerd moet worden. • De dokter stelt een aantal gerichte vragen, die de patiënt als informant beantwoordt. Beoogd resultaat is een aantal anamnestiche bevindingen. • De noodzaak of wenselijkheid van anamnese en onderzoek blijft impliciet. Er wordt geen verduidelijking of toelichting bij gegeven. • Bevindingen uit anamnese en onderzoek worden samengevat in een conclusie betreffende de medische betekenis van de klacht. • De noodzaak of wenselijkheid van medicatie blijft onbesproken. Als de patiënt medicijnen accepteert, volgt een advies over het gebruik.

Figuur 2. De klachten in beide groepen, met tussen haakjes de voorgeschreven medicatie en het aantal per dag in te nemen tabletten.

Overleggroep (n=7)	Voorschriftgroep (n=8)
Pijn linker zij (Papaverine; 3)	Rugpijn (Paracetamol; 3)
Keelpijn (Chloorhexidine; 4)	Hoesten (Bredon®; 3)
Opvliegers (Bellergal®; 3)	Buikpijn (Papaverine; 3)
Rugpijn (Paracetamol; 3)	Rugpijn (Tomanol®; 3)
Nervositeit (Librium®-5; 2)	Pijn elleboog (Brufen®; 3)
Oorklachten (Incidal®; 3)	Buikgriep (Mexaform; 3)
Pijn op de borst (Paracetamol; 3)	Huidaandoening (Incidal®; 4)
	Allergie (Incidal®; 3)

hadden en hoeveel; ook kenden ze allen het gebruiksvoorschrift.

Gevraagd naar de verbetering van de klacht zeiden vijf patiënten dat de klacht nog niet verminderd was. Zij wilden binnenkort hun huisarts opnieuw bezoeken. Bij de overige tien patiënten waren de klachten wel wat verminderd. Zes van hen dachten het verder wel zonder professionele hulp te kunnen stellen, vier twijfelden daarover. Bij geen enkele patiënt was de klacht verdwenen. Een samenhang tussen de door de patiënten ervaren verbetering enerzijds en variaties in experimentele condities (hulpverleningsmodel) of geneesmiddelgebruik (compliance) anderzijds kon niet worden aangetoond.

Compliance. Op basis van de gegevens over de verstrekte medicijnen en het feitelijk medicijngebruik werd van elke patiënt de non-compliance score bepaald (figuur 3, tabel 1). Het feitelijk geneesmiddelgebruik komt slechts in twee gevallen precies overeen met de norm; de overige scores liggen sterk gespreid over een range van 0 tot 90.

Voor de indeling van de patiënten in een compliantie en een non-compliantie groep is een minder stringent criterium dan de non-compliance score gehanteerd. We zijn ervan uitgegaan dat het feitelijke medicijngebruik niet meer dan één dagelijkse dosis plus één tablet mocht afwijken van het voorgeschreven gebruik, dit in verband met het feit dat consult en interview op verschillende tijdstippen van de dag konden plaatsvinden.

Uit tabel 2 blijkt dat het aantal compliantie patiënten in de overleggroep aanzienlijk hoger ligt dan in de voorschriftgroep. Het hulpverleningsgedrag van de huisarts is dus duidelijk van invloed geweest op het medicijngebruik van zijn patiënten: binnen het overlegmodel volgt de patiënt vaker het advies van de dokter.

Uit de gegevens is af te leiden, dat het voorschriftmodel leidt tot compliance

Figuur 3. De berekening van de non-compliance score (NC).

$$NC = \frac{(T_{10} - T_{11}) / (d \times T_d)}{(d \times T_d)} \times 100$$

T_{10} : aantal verstrekte tabletten op tijdstip 0 (het consult).

T_{11} : aantal resterende tabletten op tijdstip 1 (het follow-up interview).

d : aantal verstreken dagen tussen t_0 en t_1 .

T_d : aantal tabletten per dag volgens doktersadvies.

tiescores, die systematisch lager liggen dan bij het overlegmodel. Omdat de scores aangeven hoe groot de procentuele afwijking is van het normgebruik, kan worden vastgesteld dat overleg met de patiënt tijdens het consult leidde tot geneesmiddelgebruik dat meer in overeenstemming was met het advies van de arts.

Van de non-compliance patiënten gebruikten er vijf te weinig tabletten; zij lieten gemiddeld een derde van de voorgeschreven hoeveelheid onaangeroerd. De twee overige patiënten gebruikten te veel tabletten.

Beschouwing

De resultaten van het onderzoek kunnen als volgt samenvatten:

- In de overlegsituatie worden minder vaak medicijnen verstrekt/geaccepteerd dan in de voorschriftsituatie.
- Het ontbreken van (systematisch) overleg met de patiënt leidt tot het voorschrijven van geneesmiddelen die niet (volgens het doktersadvies) worden gebruikt.

Het lijkt aannemelijk dat de verschillen in patiëntgedrag zijn te verklaren door de mate waarin een patiënt zich gebaat voelt met (verstrekte) medicijnen. In de voorschriftsituatie wordt het voorschriftgedrag niet afgestemd op de noodzaak of wenselijkheid van medicatie zoals de patiënt die ziet. In een aantal gevallen worden dus geneesmiddelen verstrekt die de patiënt niet of nauwelijks wenst te gebruiken. In de overlegsituatie wordt wel rekening gehouden met de door de patiënt ervaren noodzaak of wenselijkheid. Indien de patiënt op grond van informatie over zijn klacht en het hulpaanbod besluit medicijnen te accepteren, impliceert dit dat hij gemotiveerd is tot een juist gebruik. Voor

zover hij geen heil ziet in medicatie en een andere aanpak van zijn klacht preferereert, komt dit tijdens het consult ter sprake, zodat door hem onnodig geachte medicijnen niet worden verstrekt. Deze interpretatie blijft overigens enigszins speculatief, omdat informatie over de feitelijk ervaren noodzaak of wenselijkheid van medicatie ontbreekt.

In tabel 3 is, op basis van de uitkomsten van ons onderzoek, een hypothetisch beeld gegeven van de relatie tussen de subjectief ervaren noodzaak/wenselijkheid van medicatie en de compliance in een groep van 100 patiënten. We zijn daarbij uitgegaan van twee veronderstellingen: in de eerste plaats dat in het door ons gehanteerde voorschriftmodel geen onderscheid mogelijk is tussen patiënten die wel en die geen baat verwachten van medicatie; in de tweede plaats, dat in de overlegsituatie alleen geneesmiddelen geaccepteerd worden, indien de patiënt verwacht dat deze werkelijk helpen tegen zijn klacht. Compliance wordt hier dus verklaard uit de door de patiënt ervaren noodzaak tot medicatie. Afwijking van het doktersadvies komt in 89 procent van de gevallen voor rekening van het feit dat de patiënt geen heil ziet in de voorgeschreven medicatie. Omgekeerd leidt de subjectief ervaren noodzaak van de medicatie in 76 procent van de gevallen tot compliant gedrag. Overigens stemt het percentage van 25 procent compliance voor de groep als geheel overeen met de laagste waarden die bij eerder onderzoek gevonden zijn.⁹

De bescheiden doelstelling en opzet van het experiment geven aanleiding tot enkele kanttekeningen betreffende de reikwijdte en relevantie van de verkregen onderzoeksresultaten.

Tabel 1. De non-compliance scores in beide groepen.

NC-scores	Overleggroep		Voorschriftgroep	
	Aantal	Gemiddelde rangnummers	Aantal	Gemiddelde rangnummers
0	1	1,5	1	1,5
8	2	3,5	0	—
20	1	5,0	0	—
28	1	6,0	0	—
33	1	8,5	3	8,5
56	1	12,0	2	12,0
67	0	—	1	14,0
90	0	—	1	15,0
Totaal	7	40,0 ^a	8	80,0 ^a

^a Het verschil is significant ($p < 0,05$, links eenzijdig; Rank-sum toets van Wilcoxon).

In de eerste plaats beperkt het onderzoek zich tot één huisarts. Dit heeft uiteraard tot gevolg dat storende inter-dokter-varianties zijn uitgesloten. Tegelijk echter roept deze beperking de vraag op, in hoeverre de mogelijke voorkeur van juist deze arts voor het overleg- of voorschrift-model de resultaten van het onderzoek heeft beïnvloed. Een definitief antwoord op die vraag is alleen te geven na herhaling van het experiment bij verschillende huisartsen met uiteenlopende voorkeuren voor de onderscheiden hulpverleningsmodellen.

Dat wij ons tot een eenvoudiger onderzoekszopzet beperkten, houdt verband met drie overwegingen aangaande de mogelijke invloed van de huisarts.

- De hulpverleningsmodellen werden in de praktijk toegepast door een huisarts in opleiding. Diens instelling werd ten tijde van het onderzoek eerder getypeerd door een kritische houding tegenover beide modellen, dan door een bepaalde voorkeur voor het voorschrift-model of het overlegmodel. Nieuwsgierigheid naar de praktische hanteerbaarheid van beide modellen en naar de uitwerking daarvan op het gedrag van de patiënt was het enige motief tot deelname aan het onderzoek. Vanuit zijn opleiding was de arts vertrouwd met de elementen van beide modellen, zonder zich nog op een bepaalde werkwijze te hebben vastgelegd. De mogelijke effecten van kennis, houding en vaardigheden ten aanzien van een der modellen op de uitkomsten van het onderzoek werden daardoor van meet af aan geminimaliseerd.

- Om een vertekende invloed van de huisarts op de onderzoeksresultaten

praktisch onmogelijk te maken, werden twee maatregelen genomen. Ten eerste werd voorkomen dat de huisarts enige voorkennis had over de patiënten, op grond waarvan hij voorspellingen zou kunnen doen over hun toekomstig geneesmiddelengebruik. Ten tweede volgde de huisarts per aangewezen ochtend- of middagspreekuur één model. Uit de verzameling spreekuurbezoekers werden patiënten onafhankelijk van de dokter voor onderzoek aangewezen. Van een bewuste of onbewuste selectie van patiënten door de huisarts kon dus geen sprake zijn.

- Meer objectieve aanwijzingen voor vertekening van de resultaten zouden af te leiden moeten zijn uit het feitelijke spreekurgedrag. Zo zou een grotere affiniteit van de huisarts tot een van de modellen herkenbaar moeten zijn aan een natuurlijker, vlotter of vanzelfsprekender verloop van consulten volgens dat model. Noch uit de beoordeling van de consulten door onafhankelijke beoordelaars, noch uit het oordeel van patiënten zijn aanwijzingen af te leiden dat dit inderdaad het geval was.

Onze conclusie is dat er voldoende garanties zijn dat de waargenomen compliantiescores niet vertekend zijn door mogelijke individuele voorkeuren van de huisarts voor een van beide experimentele condities.

In dit opzicht wijken de omstandigheden waaronder het experiment werd uitgevoerd, af van de normale praktijk situatie. Ervaren huisartsen hanteren doorgaans een (eigen) model en staan niet neutraal tegenover varianties in hun werkwijze. Dit gegeven beperkt de mogelijkheid om op basis van ons onderzoek voorspellingen te doen over uitkomsten van soortgelijke experimenten in willekeurige praktijken. Wel mag worden verwacht dat herhaling van het experiment onder de door ons beschreven omstandigheden tot overeenkomstige resultaten leidt.

Het onderzoek beperkt zich verder tot medicatie bij ervaren last, hinder of pijnklachten. Welke implicaties heeft deze beperking voor het type (non-)compliantie dat onderzocht werd en

voor de relevantie van de bevindingen voor situaties waarin compliantie een dwingend probleem is, zoals bij hypertensie of diabetes?

Bij de beantwoording van die vragen moeten we de doelstelling van het onderzoek voor ogen houden. Die richtte zich niet op het toetsen van hulpverleningsmodellen of methoden waarmee de huisarts de patiënt tot compliantie kan bewegen. Het ging er om proefondervindelijk na te gaan of onderling overleg tussen huisarts en patiënt de discrepantie tussen medische maatregelen (i.c. het verstrekken van medicijnen) en patiëntgedrag (i.c. medicijngebruik dat zich voltrekt buiten de spreekkamer) beïnvloedt.

Het gangbare compliantie-onderzoek gaat na, in hoeverre patiënten hun gedrag afstemmen op de doelen die de dokter stelt. Ons onderzoek doet dat ook (voorschriftmodel) maar gaat tevens na in hoeverre patiënten zich houden aan afspraken die de uitkomst zijn van gemeenschappelijke besluitvorming (overlegmodel). De resultaten geven aanwijzingen dat doelstellingen in de hulpverlening beter te realiseren zijn als deze zowel door de huisarts als door de patiënt worden onderschreven. In die zin zijn de bevindingen relevant voor elke situatie waarin de huisarts therapeutische of preventieve maatregelen overweegt voor de effectuering waarvan de patiënt beslissingen neemt. Of het nu gaat om maatregelen ter verlichting van pijn of om de behandeling van verhoogde bloeddruk met antihypertensiva, het mogelijke effect daarvan zal grotendeels afhankelijk zijn van de wijze waarop de patiënt zijn gezondheidsprobleem ervaart en zijn gedrag daarop afstemt. Systematische aandacht voor deze patiëntgebonden factoren en overleg met de patiënt over de wenselijkheid of noodzaak van therapeutische maatregelen lijkt onmisbaar, wil de hulp van de huisarts niet alleen medisch verantwoord zijn, maar ook effectief.

Samenvatting. De huisarts wordt vaak geconfronteerd met klachten waarbij de

Noten bij tabellen 2 en 3

^ap < .032. Fisher's exacte toets voor onafhankelijke proporties.

^bvergelijk tabel 2, eerste kolom.

^cvergelijk tabel 2, tweede kolom; zonder voorkennis over wat de patiënt van de medicatie denkt, valt te verwachten dat 25 procent compliant gedrag zal vertonen.

^dde verdeling in deze regel is afgeleid uit de observatie dat ongeveer 30 procent van de patiënten die volgens het overlegmodel werden benaderd, van oordeel waren met geneesmiddelen gebaat te zijn; de overigen gingen zonder geneesmiddelen naar huis.

Tabel 2. *Compliantie en non-compliantie patiënten in beide groepen. Aantallen.^a*

	Overleggroep	Voorschriftgroep	Totaal
Compliant	6	2	8
Non-compliant	1	6	7
Totaal	7	8	15

Tabel 3. *Ervaren noodzaak/wenselijkheid van de medicatie en de (hypothetisch) te verwachten compliantie bij 100 patiënten.*

	Nodig/ gewenst ^b	Overbodig/ ongewenst	Totaal ^c
Compliant	25	–	25
Non-compliant	5	70	75
Totaal ^d	30	70	100

therapeutische mogelijkheden zich beperken tot medicatie die uitsluitend de last, pijn of hinder bij de patiënt kan helpen verminderen. In die gevallen kan de beslissing om wel of geen medicatie te geven, worden gezien als de uitkomst van een proces van individuele besluitvorming van de dokter, of van een proces van gemeenschappelijke besluitvorming waarbij ook de patiënt een duidelijke inbreng heeft.

Het verstrekken en accepteren van medicijnen als uitkomst van het eerste proces (voorschrift) c.q. als uitkomst van het tweede proces (overleg) kan verschillende implicaties hebben voor het feitelijk gebruik van de medicijnen door de patiënt. Deze veronderstelling werd getoetst in een mini-experiment met vijftien patiënten in een huisartspraktijk. De experimentele variabele „hulpverleningsstijl” werd doelbewust gevarieerd volgens twee vooraf omschreven modellen (overleg- en voorschriftmodel). Spreekuurbezoekers worden aselekt aan deze condities toegewezen. Na enige dagen vond een follow-up plaats bij de patiënten thuis. Daarbij werd het afhankelijke variabele „geneesmiddelengebruik” vastgesteld.

Het onderzoek leidde tot twee belangrijke bevindingen:

– in de overlegsituatie, gekenmerkt door een proces van gemeenschappelijke besluitvorming, wordt minder vaak tot medicatie besloten dan in de voorschriftsituatie;

– het ontbreken van systematisch overleg met de patiënt leidt vaker tot het verstrekken en accepteren van geneesmiddelen die niet volgens doktersadvies worden gebruikt.

Deze bevindingen wijzen er op dat patiënten zich minder vaak dan wel gedacht wordt, met medicijnen geholpen voelen. Wil het verstrekken van geneesmiddelen effectief zijn, dan zal de patiënt nadruk-

kelijk betrokken moeten worden bij de definiëring van zijn gezondheidsprobleem en bij de besluitvorming betreffende de aanpak van de probleem. De erkenning van de noodzaak van een eigen inbreng van de patiënt bij het bepalen van doel en richting van de hulpverlening kan bijdragen tot de herformulering van compliance-problemen in termen van arts-patiënt communicatie.

Summary. Communication and compliance. A mini-experiment in a general practice.

The general practitioner is often confronted with complaints for which the therapeutic possibilities are limited to medication which can only help alleviate the patient's inconvenience, pain or discomfort. In these cases the decision to give or withhold medication can be regarded as the outcome of the doctor's individual decision-making process or of a process of joint decision-making in which the patient has a distinct say.

The dispensing and accepting of drugs as a result of the former process (prescription) or as a result of the latter process (discussion) can have different implications for the patient's actual use of the drugs. This postulate was tested in a mini-experiment with fifteen patients in a general practice. The experimental variable „care providing style” was deliberately varied in accordance with two predefined models (prescription and discussion model). Office encounter patients were randomly assigned to these conditions. After a few days a follow-up encounter at the patient's home served to determine the dependent variable „drug consumption”.

The experiment yielded two important findings:

– in the discussion situation, characterized by a process of joint decision-making, the decision to start medication

was made less often than in the prescription situation;

– omission of systematic discussion with the patient more frequently leads to the dispensing and accepting of drugs not used upon the doctor's advice.

These findings indicate that patients less often feel helped with prescribed drugs than is sometimes thought. If medication is to be effective, then the patient will have to be more explicitly involved in defining his health problem and in decision-making about the appropriate approach to this problem. Acknowledgement of the patient's own say in determining the objective and nature of health care can contribute to a redefinition of compliance problems in terms of doctor-patient communication.

¹ Prins A. Mensen met verhoogde bloeddruk en hun bereidheid deze te laten controleren. Ned Tijdschr Geneeskd 1980; 124: 723-6.

² Weel C. van. Anticiperende geneeskunde in de praktijk [Dissertatie]. Utrecht: Huisartsenpers, 1981.

³ Burger AKC. Weten te geven en te nemen. Pharmaceutisch Weekblad 1978; 113: 149-59.

⁴ Paling T, Ooms A. Onderzoek naar patient-compliance in de groepspraktijk „Wantveld” te Noordwijk. Leiden: Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1977.

⁵ Davis MS. Variations in patients' compliance with doctors' advice. An empirical analysis of patterns of communication. Am J Public Health 1968; 58: 247-88.

⁶ Francis V, Korsch B, Morris M. Gaps in doctor-patient communication: patients' response to medical advice. N Engl J Med 1969; 280: 535-40.

⁷ Plaut ThF. Doctor's order and patient compliance. N Engl J Med 1975; 292:435-7.

⁸ Thomassen JFM, Haan M de. Onderwijs: de patiënt tot last? Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 23-6.

⁹ Schretlen I, Tillemans J. Therapietrouw aan de arts of vertrouwen in de patiënt. Med Contact 1979; 34: 1609-17.