

Compliance bij antibiotica

Patiënten over hun kuur

J. J. W. MEURS EN P. M. VERBEEK-HEIDA

Wat betekent het voor iemand, als hem een antibioticum wordt voorgeschreven, en hoe vertaalt zich dit in termen van compliance? Vierenvijftig patiënten die een recept voor een antibioticum hadden ontvangen, werden naar aanleiding van deze vragen geïnterviewd, minstens een week na afloop van de voorgeschreven kuur. Vijftien respondenten vertoonden compliant gedrag (medicijngebruik in overeenstemming met het voorschrift van de arts), de overige vertoonden verschillende vormen van non-compliance: 'vergeten', 'voorschrift bewust naast zich neergelegd' en 'verkeerd begrepen'. De meeste respondenten hadden het consult en het recept uitvoerig in de eigen omgeving besproken; ook was door velen een populair-wetenschappelijk naslagwerk geraadpleegd. Ruim een derde oordeelde uiteindelijk negatief over de voorgeschreven kuur.

Inleiding

Dat mensen zich niet houden aan voorschriften voor het gebruik van medicamenten, is meer regel dan uitzondering; bij antibiotica* moet rekening worden gehouden met een non-compliance van gemiddeld 50 procent.¹

Compliance en non-compliance komen tot stand in een ingewikkelde wisselwerking tussen arts en patiënt. In dit 'compliance-complex' spelen de gedachtenwereld, het gedrag, de kennis en de kunde van beiden een belangrijke rol.² In het verleden is vooral aandacht besteed aan het aandeel van de arts hierin, op grond van de veronderstelling dat een verandering in de werkwijze van de arts meetbare effecten zou hebben op het gedrag van de patiënt.³ Ook de patiënt speelt echter een actieve rol bij de behandeling.⁴

* Wanneer we in dit artikel spreken van antibiotica, worden hier mede onder begrepen antimycotica en antiprotozoïca.

J.J.W. Meurs, apotheker te Alkmaar; drs. P.M. Verbeek-Heida, sociologe, Vakgroep Verzorgings-sociologie, FSWeb, Universiteit van Amsterdam.

Correspondentie: Drs. P.M. Verbeek-Heida, Sociologisch Instituut, Oude Hoogstraat 24, 1012 CE Amsterdam.

Wij willen in dit artikel antwoord geven op de volgende vragen:

- *Compliance*. Hoe gebruiken patiënten een voorgeschreven antibioticum?

- *Opvattingen*. Wat zijn hun opvattingen over de klacht, het consult, het antibioticumrecept en de kuur?

Methoden

In de apotheek van de eerste auteur werden gedurende zes weken alle aangeboden antibioticarecepten verzameld. Elke dag werd het 10e en eventueel 20e recept genomen, dat voldeed aan de volgende criteria: het recept moest zijn voorgeschreven door een huisarts aan een thuis wonende (zelfstandige) patiënt van 18-65 jaar. Als dit niet het geval was, werd het eerstvolgende recept dat aan de criteria voldeed, genomen.

De patiënten die bij deze steekproef behoorden, werden één week na afloop van de voorgeschreven kuur schriftelijk benaderd. In de brief werd gevraagd of men bereid was mee te werken aan een onderzoek naar ervaringen met antibiotica; in dat geval zou een sociologe contact opnemen voor een gesprek bij de patiënt thuis.

De proefpersonen werden geïnterviewd aan de hand van een aantal gesprekspunten die waren gebaseerd op een uitvoerige literatuurstudie over compliance.^{1 2 5-8} Het interviewen met deze gesprekspunten is eerst getest in een proefonderzoek bij acht personen.

De gesprekspunten besloegen de gehele ziekte-episode:

- *Vóór het consult*: probleem of klacht zoals door de respondent gezien, ervaringen, verwachtingen, interpretaties, zelfwerkzaamheid en invloed van de directe omgeving, opvattingen over eigen gezondheid, ervaringen met geneesmiddelen, ernst en/of hinder van een klacht en de reden om de huisarts te consulteren.

- *Het consult zelf*: de verwachtingen van de respondent, met name ten aanzien van het recept, en zijn evaluatie van het consult.

- *Na het consult*: betrokkenheid van de directe omgeving met betrekking tot het consult en het recept.

In het interview werd slechts terloops gevraagd naar het feitelijke gebruik van het antibioticum. De achterliggende veronderstelling was, dat de respondenten op deze wijze hun overwegingen en ervaringen – waaronder eventuele problemen met het gebruik van het antibioticum – gemakkelijker zouden meedelen, zonder zich te bekommeren over een 'juist' of 'niet juist' gebruik.

Per dag werd één interview gehouden, omdat het bij deze kwalitatieve onderzoeksmethode essentieel is, dat het interview direct wordt uitgewerkt en aangevuld met gegevens over woonomgeving, leefwijze en dergelijke. Tijdens het interview zelf werden de eigen beoordelingen van de respondenten genoteerd. De geuite klachten werden later gerangschikt met de RFEC.⁹

Het vaststellen van compliance vanuit het standpunt van de arts is eenvoudig als we als uitgangspunt de formulering van *Van Weel* hanteren: 'De mate waarin het gedrag van de patiënten in termen van gebruik van medicijnen (...) overeenkomt met het voorschrift van de arts'.¹⁰ Wij bepaalden de compliance van onze respondenten door de interviewgegevens over het gebruik van het geneesmiddel te vergelijken met het gebruiksvoorschrift op het recept en op het door de apotheker vervaardigde etiket. Elke afwijking werd door ons als non-compliance gekwalificeerd.

Resultaten

In totaal werden 463 recepten verzameld, waaruit een steekproef van 61 recepten werd getrokken. Deze steekproef bleek representatief voor de verzameling ten aanzien van verzekeringsvorm en geslachtsverdeling. Zeven personen vielen uit en uiteindelijk werden 54 personen geïnterviewd, 21 mannen en 33 vrouwen.

Compliance en non-compliance

Compliant gedrag werd vastgesteld bij 15 respondenten. Hierbij ging het niet om passief gedrag: vrijwel al deze patiënten hadden nadere informatie gezocht in de bijsluiter of in een medische encyclopedie, of hadden overlegd met kennissen, familie en/of collega's. Alle vijftien wisten dat een kuur opge maakt dient te worden. Ook bij min of meer negatieve informatie vond men het risico van het stoppen van de kuur zwaarder wegen.

De ervaringen en overwegingen van de 39 non-compliance respondententen waren divers:

– ruim één op de drie respondententen noemde in het interview het vergeten van de medicatie;

– bijna één op de vier respondententen vertelde uitvoerig dat hij het voorschrift bewust naast zich neer had gelegd;

– de overige respondententen hadden het voorschrift correct willen uitvoeren, maar hadden het verkeerd begrepen.

• *'Vergeters'* (n=14). De meeste 'vergeters' zeiden dat het hen moeilijk viel het innemen van medicijnen in te passen in hun dagelijkse leven. Aandacht voor andere zaken (huishouding, werk, kinderen, enz.) had een hogere prioriteit dan de klacht. Verder nam het vergeten toe, naarmate men zich beter voelde. Ook de korte duur van de behandeling werd als oorzaak genoemd; men ontwikkelde geen gewoonte. Wel waren de meeste respondententen zich bewust van het feit dat een kuur opgemaakt behoort te worden. Men stond dan bij vergeten voor de keus om te stoppen na het voorgeschreven aantal dagen, of door te gaan met een onjuiste dosering. Voor de laatste mogelijkheid werd het meest gekozen. Wel zou men graag willen weten welke keuze nu op medisch-farmacologische gronden de voorkeur verdiende. Dit werd aan de onderzoeker gevraagd: niemand was hierover in contact getreden met arts of apotheker; het was immers de eigen fout.

• *'Bewust anders gehandeld'* (n=9). De respondententen die op eigen initiatief anders hadden gehandeld, grepen het interview aan om uitvoerig hun visie te geven: zij waren niet lichtzinnig te werk gegaan, maar hadden zich goed voorbereid, zowel schriftelijk als mondeling, en zij voelden zich zeer betrokken bij het medicijngebruik. Sommigen hadden tijdens het consult begrepen dat hun klacht niet ernstig was en zagen daarna het nut van de kuur niet meer in.

• *'Verkeerd begrepen'* (n=16). De respondententen die het voorschrift verkeerd hadden geïnterpreteerd, hadden dat zelf niet gemerkt. Er waren geen aanwijzingen dat er procedureel iets niet correct was verlopen. Als verklaringen werden genoemd:

– bij verschillende geneesmiddelen tegelijk waren de bijbehorende doseringen verwisseld;

– gewoontegebruik (je neemt medicijnen nu eenmaal driemaal daags; dat wist men nog van vroeger);

– men had het etiket niet gelezen.

Kenmerkend voor deze respondententen

was dat zij zich niet zoveel afvroegen over hun medicijnen: het zou 'wel goed' zijn; men verwachtte er eigenlijk niet veel van.

Opvattingen

Overleg over de klacht met mensen uit de naaste omgeving was regel. Van de respondententen had 95 procent het recept uitvoerig met de 'naasten' besproken. Ruim de helft had het nodige opgezocht in een populair-wetenschappelijk geneesmiddelenboek en/of een medische encyclopedie. De bijsluiter werd gewaardeerd, omdat men deze informatie thuis nog eens rustig kon doorlezen.

Zeer opvallend was dat de respondententen tijdens de ziekte-episode een permanent afwegingsproces doormaakten.

• *Hoe zien patiënten hun klacht?* De grootste categorie werd gevormd door respondententen met respiratoire klachten (n=27). Meestal ging het om langdurige klachten en zelfmedicatie werd veel toegepast. Het langdurige karakter en de ondervonden hinder waren de aanleiding tot het bezoek aan de dokter.

Veel patiënten ervoeren het voorschrijven van een 'kuur' als minder logisch, als op het spreekuur bleek, dat de gepresenteerde klachten 'heersten' en door de arts als niet-ernstig werden gekwalificeerd. Men had een bepaalde kennis over antibiotica: men wist dat wanneer klachten 'rond' gaan, er sprake moet zijn van een virus en dat een antimicrobieel middel dan geen zin heeft. Deze kennis vertaalde zich in deze categorie in een non-compliance van 80 procent, vooral in de zin van 'bewust anders handelen' en het 'vergeten' van het geneesmiddel.

De categorie 'General diseases' (n=12) had de hoogste compliance (40 procent). De non-compliance werd veroorzaakt door het verkeerd interpreteren van het voorschrift; het nut van de 'kuur' stond niet ter discussie.

• *Hoe denken patiënten over het consult?* Vrijwel alle respondententen hadden een vrij duidelijk beeld van het verloop van een bezoek aan hun arts en hun verwachtingen waren daarmee in overeenstemming. Ook vond men in het algemeen dat de arts de klachten goed had begrepen.

De periode na het consult leverde meer gesprekstof op: het consult en vooral het recept werden in de eigen omgeving besproken. Wat eerst als logisch of duidelijk was gezien, werd soms op grond van deze gesprekken heel anders geïnterpreteerd. In dat opzicht

bleek de invloed van het consult tamelijk beperkt.

• *Hoe denken patiënten over een recept?* Ruim 70 procent van de respondententen had zelf al een en ander aan de klacht gedaan, voordat men zich bij de dokter meldde. Ruim 90 procent verwachtte, dat men een recept zou krijgen en ruim 85 procent ging zelfs naar de dokter, omdat men een recept wilde.

• *Wat vonden patiënten van een kuur?* Van de respondententen oordeelde een derde overwegend negatief over de kuur; de overigen oordeelden overwegend positief of hadden geen uitgesproken mening.

Over het nut en effect van de middelen bestond een duidelijke opvatting: deze middelen moeten snel tot verbetering van de gezondheidstoestand leiden; zo niet, dan is het middel niet 'aangeslagen'. Wanneer een kuur niet 'aansloeg', was dat meestal geen aanleiding om zich opnieuw tot de arts te wenden, tenzij de gezondheidstoestand aantoonbaar was verslechterd. Men concludeerde dan veelal dat de arts ook niet veel meer kon doen en wachtte maar af.

Beschouwing

Ons onderzoek is verricht vanuit een apotheek en de onderzochte populatie bestond uit personen die daadwerkelijk met een recept in de apotheek waren verschenen en hun medicamenten mee naar huis hadden genomen. Hierdoor kunnen de resultaten slechts indicatief worden geïnterpreteerd. In dit verband is ook van belang dat 85 procent van de respondententen al langer dan vijf jaar dezelfde huisarts had, en 95 procent zijn medicijnen al langer dan vijf jaar bij dezelfde apotheek betrokken.

In ons onderzoek blijkt de invloed van de patiënt op het voorschrijven van antibiotica groot. Ruim 8 van de 10 respondententen wilde een recept, zij het ongedefinieerd. De veronderstelling dat non-compliance mede in de hand wordt gewerkt, door het feit dat mensen liever geen medicijnen willen, is niet juist; zij willen liever geen *antibiotica*.

Patiënten hebben duidelijke kennis van en ideeën over 'penicilline' en de indicaties daarvoor. De aard van de klachten is voor patiënten belangrijk. In een acute ziektesituatie is de compliance groter dan bij een 'chronische' ziekte; de ideeën van patiënten komen in dat geval minder overeen met de ideeën van de arts. Volgens de patiënt is een kuur bovendien vaak niet nodig; men vindt dan dat de huisarts te gemak-

kelijk omspringt met een 'serieus' geneesmiddel.

Artsen hebben vaak geen idee van de wijze waarop patiënten voorgeschreven medicijnen beoordelen. Patiënten rapporteren meestal niet terug op eigen initiatief, tenzij hun gezondheidstoestand aanzienlijk verslechtert. Wellicht concluderen huisartsen hierdoor te snel, dat patiënten baat hebben gehad bij het voorgeschreven middel, waardoor voorschrijven in een vergelijkbare volgende situatie misschien voor de hand ligt.

Het lijkt ons nuttig dat huisartsen op de hoogte zijn van de kennis en ervaring die hun patiënten met betrekking tot antibiotica hebben. De door ons geconstateerde reserve van patiënten ten aanzien van deze middelen maakt de hoge non-compliance begrijpelijk. Het lijkt ons dan ook gewenst, dat huisartsen hun patiënten actief betrekken bij de besluitvorming, wanneer uit verschillende therapeutische mogelijkheden kan worden gekozen.

¹ Evans L, Spelman M. The problem of non-compliance. *Drugs* 1983; 25: 63-76.

² DiMatteo MR, DiNicola DD. Achieving patient compliance. New York: Pergamon, 1982.

³ Thomassen JFM, De Nood D. Communicatie en compliance. *Huisarts Wet* 1983; 26: 376-80.

⁴ Krol L. De patiënt als leidend voorwerp in de gezondheidszorg [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1985.

⁵ Svarsted BL. Physician-patient communications and patient conformity with medical advice. In: Mechanic D, ed. *The growth of bureaucratic medicine*. New York: John Wiley and Sons, 1976.

⁶ Thompson J. Compliance. In: Fitpatrick et al. *The experience of illness*. London: Tavistock, 1984.

⁷ Schouten J. Anamnese en advies. Alphen a/d Rijn: Stafleu, 1982.

⁸ Stimson GV, Webb B. *Going to see the doctor*. London: Routledge Kegan Paul, 1975.

⁹ Lamberts H. Redenen om naar de huisarts te gaan. *Huisarts Wet* 1982; 25: 301-10.

¹⁰ Van Weel C. Anticiperende geneeskunde in de praktijk [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1981.

Abstract

MeursJJW, Verbeek-HeidaPM. Compliance with prescriptions for antibiotics. *Huisarts Wet* 1987; 30: 67-9.

What does a prescribed course of antibiotic medication mean to a patient and how is this translated in terms of compliance?

Fifty-four patients who had received a prescription for an antibiotic were interviewed about these questions at least one week after completion of the prescribed course. Fifteen respondents showed compliant behaviour (using the antibiotic as prescribed by the physician), while the others showed various forms of non-compliance: 'forgotten', 'deliberately disregarded the prescription' and 'misunderstood'. Most respondents had discussed the encounter and the prescription in detail in their own environment; many had consulted a popularized scientific reference book. At least one-third ultimately took a negative view of the prescribed course.

Key words: Antibiotics; Patient compliance.

Correspondence: Drs P.M. Verbeek-Heida, Sociologisch Instituut, Oude Hoogstraat 24, 1012 CE Amsterdam, The Netherlands.

Struikelblok

Onder dwang

Dwanghandelingen bij een kind zijn een ernstig verschijnsel – dat is me van de colleges kinderpsychiatrie wel bijgebleven.

Dat onze zoon Hans van negen jaar zijn handen vaak wast – voor en na het eten, voor en na een bezoek aan het toilet, etc. – valt ons wel op als bijzonder, maar voorlopig nog niet als verontrustend. Dat hij de laatste tijd zijn kamer zo keurig opruimt, is eigenlijk wel prettig. Maar wanneer wij hem bij herhaling 's avonds na 10 uur aantreffen bij zijn speelgoedkast en hij ons tenslotte huilend toevertrouwt dat hij tegenwoordig niet meer in slaap kan komen en steeds op moet staan om alles recht te leggen, schrikken mijn vrouw en ik nogal. We besluiten op korte termijn enige vorm van hulp te zoeken.

Het jeugd-RIAGG bij ons in de buurt propageert nadrukkelijk vrije aanmelding en zo

stappen we dan, na een telefonische aankondiging, als ouders met een probleemkind en met kloppend hart het herenhuis binnen waarin de voortzetting van het voormalig MOB gevestigd is.

Een nerveuze mevrouw vangt ons op, collega D, psychiater. Ze meldt dat ze vernomen heeft van de problemen die wij hebben met de kleine Hans en dat die haar ook ernstig lijken, maar voordat we verder gaan, wil ze eerst het volgende kwijt:

'U bent huisarts en u verwijst ook wel kinderen naar ons toe? Ja, dat is dan moeilijk, dan kunnen wij u niet in behandeling nemen. Stelt u zich eens voor dat wij tijdens de behandeling van Hans wrijving krijgen... Dat zou dan in de toekomst de relatie tussen verwijzer en RIAGG kunnen verstoren.'

Ik werp nog tegen dat ik onlangs in het

dichtstbijzijnde ziekenhuis aan mijn appendix ben geopereerd. De beslissing blijkt echter reeds te zijn genomen. 'In het team'. Na enig gerede kavel staan we weer buiten met het advies ons te wenden tot de hoogle- raar kinderpsychiatrie in de universiteitsstad 60 kilometer verderop.

Ik heb me altijd op het standpunt gesteld dat een huisarts en zijn gezinsleden gewoon moeten deelnemen aan de gezondheidszorg. Bij ons werden de baby's gecontroleerd op het consultatiebureau, de kinderen gaan naar de schoolarts, als er een zieke in huis is, wordt een collega-huisarts geraadpleegd. Wanneer ik problemen heb, wil ik als een gewone patiënt behandeld worden. Of moet ik, bij gebrek aan beter, maar overgaan tot het oprichten van een zelfhulpgroep?