

# Huisarts, patiënt en therapietrouw

## Een literatuuronderzoek

R. GROL  
T. TOEMEN  
E. VAN DE LISDONK

**Therapietrouw van patiënten – het op juiste wijze opvolgen van therapeutische voorschriften en adviezen – is een nog onderschat probleem. Uit onderzoek blijkt dat 20 procent van de kortdurende medicatie, 50 procent van de chronische medicatie en 80-90 procent van de dieet- en rookadviezen niet wordt opgevolgd. Complexe voorschriften en een niet goed functionerende arts-patiënt relatie zijn de belangrijkste factoren die therapieontrouw bewerkstelligen. Om therapieontrouw op te sporen doet de huisarts er goed aan op de kaart te noteren welke voorschriften en adviezen hij heeft gegeven, en tijdens elk consult te vragen naar problemen met het opvolgen ervan. Factoren die therapietrouw bevorderen, zijn: eenvoudige voorschriften, aandacht voor wensen en ideeën van patiënten, goede, begrijpelijke informatie over de behandeling en maatregelen gericht op het beïnvloeden van patiëntengedrag. Vooral een combinatie van interventies kan tot succes leiden.**

**Grol R, Toemen T, Van de Lisdonk E. Huisarts, patiënt en therapietrouw. Een literatuuronderzoek. Huisarts Wet 1990; 33(4): 189-95.**

Werkgroep Onderzoek 'Kwaliteitsbevordering Huisartsgeneeskunde' KUN – RL, p/a Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Dr. R.P.T.M. Grol, psycholoog; mw. T. Toemen, huisarts, Dr. E.H. van de Lisdonk, huisarts.

Correspondentie: Dr. R.P.T.M. Grol.

### Inleiding

*Adherence should be viewed as a complex phenomenon that can change over time. The patients' adherence to one feature of the regimen does not ensure adherence to other features or even the same feature at a later time.<sup>1</sup>*

Therapietrouw kan men, als vertaling van de veel gehanteerde begrippen *compliance* en *adherence*, omschrijven als 'het op juiste wijze opvolgen van therapeutische voorschriften'.<sup>2</sup> Het kan gaan om het ondergaan van onderzoek, het terugkomen op een herhaalafpraak, het opvolgen van leefwijze-adviezen of het innemen van medicatie. In de term *adherence* ligt ook de actieve betrokkenheid van de patiënt bij het beleid besloten.

Het probleem van de therapie-ontrouw wordt, ondanks de enorme hoeveelheid literatuur en onderzoek op dit gebied, in de dagelijkse praktijk nog steeds onderschat. In de huisartspraktijk wordt bijvoorbeeld gemiddeld meer dan de helft van de consulten met een recept afgesloten. *Buckalew e.a.* schatten dat in de VS en Engeland samen per jaar 750 miljoen nieuwe medicatievoorschriften worden verstrekt waarvan een derdehelemaal niet en een derde niet volledig wordt opgevolgd.<sup>3</sup>

De gevolgen van therapie-ontrouw kunnen ver strekken:

- de beoogde verbetering of stabilisering van de ziekte kan uitblijven, zonder dat de oorzaak duidelijk is;
- het effect van een therapie is niet of niet goed te bepalen;
- er kan onnodig verder medisch handelen volgen als de gezondheid niet verbetert;
- de kosten van niet geslikte medicijnen zijn tevergeefs gemaakt;
- de patiënten kunnen gaan denken dat het niet uitmaakt wat ze doen: er wordt niet naar gevraagd, niet op gelet;
- de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van therapieën kunnen door therapie-ontrouw sterk worden beïnvloed.<sup>1 4 5</sup>

Hierbij moet worden aangetekend dat het soms heel verstandig is als de patiënt de therapie niet volgt, bijvoorbeeld als de adviezen weinig concreet en vrijblijvend

zijn, bij negatieve bijwerkingen of als het beloop van de ziekte een onverwachte richting neemt. Desondanks kan men therapieontrouw als een medisch probleem van de eerste orde beschouwen, ook in de huisartspraktijk.

Vanuit deze achtergrond is het van belang na te gaan wat er bekend is over therapie(on)trouw en wat de huisarts kan doen om het opvolgen van voorschriften door zijn patiënten te bevorderen. In een literatuuronderzoek stelden wij ons de volgende vragen:

- Wat is de omvang van therapie(on)trouw in de huisartspraktijk?
- Welke factoren zijn van invloed op therapie(on)trouw?
- Hoe kan de huisarts therapie-ontrouw signaleren of opsporen?
- Hoe kan de huisarts therapietrouw bevorderen?

### Methoden

De literatuur op het gebied van therapietrouw is groot; met name het aantal overzichtsartikelen is zeer omvangrijk. *Becker e.a.* constateerden in 1984 al: 'The numbers of reviews of the compliance literature now exceeds the number of original studies done on this topic'.<sup>6</sup> Een Medline-search leverde alleen al voor de laatste vier jaar meer dan 2100 verwijzingen naar 'patient-compliance'; hiervan hadden er echter slechts 50 betrekking op 'family practice'.

Er is dus veel overlap in de literatuur. Daarom zochten we voor onze studie in acht relevante huisartsgeneeskundige tijdschriften van de laatste 10 jaar (*tabel 1*) onder de volgende trefwoorden: *adherence, advice, behaviour, compliance, drugs, health education, non-compliance, patient-compliance, prescribing, prevention, en therapie(on)trouw*. We vulden deze artikelen aan met enkele huisartsenstudies uit de *Lancet*, de *Britisch Medical Journal*, het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* en met een aantal proefschriften. Tenslotte werden handboeken, reviews en onderzoeksartikelen geselecteerd, die in de recente literatuur als maatgevend op dit gebied worden gepresenteerd.

De onderzoeken zijn onderling moeilijk vergelijkbaar. Zij richten zich op verschillende aspecten van therapietrouw, er worden verschillende definities gehanteerd en ook de onderzoeksmethoden lopen sterk uiteen.<sup>7</sup> Omdat het thema erg breed is, leggen we in dit artikel de nadruk op het opvolgen van medicatievoorschriften en leefregels. De terugkomtrouw – vooral van belang bij preventie en bewaking van chronische of ernstige ziekten – is een probleem apart<sup>8-10</sup> en verdient elders uitvoerige uitwerking.

## Omvang

De cijfers over therapie-ontrouw lopen uiteen, afhankelijk van de aard van de voorschriften en de gehanteerde criteria. Duidelijk is dat zowel patiënten zelf als hulpverleners de therapietrouw te hoog inschatten. Artsen schatten daarentegen de therapietrouw van patiënten van hun collegae nauwkeuriger in.<sup>11-13</sup>

In het algemeen kan men stellen dat de therapietrouw groter is bij patiënten die nieuw gedrag moeten vertonen (zoals medicatie slikken) dan bij patiënten die oude gedragingen (zoals werkgewoontes) moeten veranderen en dat de therapietrouw van deze patiënten weer groter is dan die van patiënten die met persoonlijke gewoonten (roken, drinken) moeten breken.<sup>14</sup> Curatieve, kortdurende medicatievoorschriften worden naar schatting in 20-30 procent van de gevallen niet opgevolgd; bij lange-termijn medicatie is dat gemiddeld 50 procent,<sup>15</sup> bij het niet nakomen van diëten 70 procent en bij rookadviezen 90 procent.<sup>12</sup> Bij patiënten die op medische gronden langdurig medicijnen moeten gebruiken, zoals hypertensiepatiënten, loopt de therapietrouw terug van gemiddeld 75 procent in het eerste jaar, tot 50 procent in het tweede en 25 procent in verdere jaren.<sup>16</sup>

Deze cijfers sluiten aan bij bevindingen in huisartsgeneeskundig onderzoek (tabel 2).

## Beïnvloedende factoren

Vanaf de vijftiger jaren is zeer veel onderzoek gedaan naar factoren die thera-

pietrouw beïnvloeden. *Haynes e.a.* identificeerden meer dan 200 variabelen waarvan de invloed is nagegaan.<sup>14</sup> Men kan deze groeperen in kenmerken van de patiënt, van de ziekte, van de behandeling en van de arts-patiënt communicatie c.q. van de setting waarin de hulp wordt geboden.

Aanvankelijk ging men ervan uit dat de patiënt de schuld droeg van het niet opvolgen van therapeutische voorschriften. Het zoeken naar stabiele factoren die de therapie-ontrouwe patiënt kenmerken (leeftijd, geslacht, sociale klasse, persoonlijkheidstrekken, etc.) bleef echter tot nu toe weinig succesvol. *Seltzer e.a.* concluderen dat zelfs de meest ongemotiveerde en oncoöperatieve patiënten niet per se de minst therapie-ontrouwe hoeven te zijn.<sup>25</sup> Iedere

patiënt is een potentiële 'non-complier'. In de loop der tijd is men daarom steeds meer de oorzaak gaan zoeken in de aard en complexiteit van de voorschriften en de samenwerking tussen hulpverlener en patiënt.

Op basis van enkele *reviews* is een overzicht gemaakt van mogelijke bevorderende en belemmerende factoren (tabel 3). Met name de complexiteit van de voorschriften ziet men als een zeer belangrijke belemmerende factor, dat wil zeggen: een langdurige behandeling met veel verschillende voorschriften die tevens consequenties hebben voor de leefstijl van de patiënt.

Verder acht men de arts-patiëntrelatie een cruciale variabele.<sup>29</sup> 'Non-compliance

**Tabel 1** Geraadpleegde tijdschriften en opbrengst.

Tijdschrift	Jaargangen	Totaal aantal artikelen	Oorspronkelijk onderzoek
Allgemeinmedizin	1977-88	5	2
Can Fam Physician	1977-88	4	1
Family Practice	1984-88	1	1
Huisarts Nu	1977-88	1	0
Huisarts Wet	1977-88	3	2
J Fam Practice	1977-88	5	2
J Royal Coll Gen Pract	1977-88	6	3
Scan J Prim Health Care	1984-88	1	1

**Tabel 2** Therapietrouw in acht studies uit de huisartsenpraktijk.

Auteur(s)	Criterium	Therapietrouw
Meurs e.a. <sup>17</sup>	Elke afwijking van oorspronkelijk voorschrift (antibiotica)	28% (N=54, 18-65 jaar, Nederland)
Ettlinger e.a. <sup>18</sup>	Aantal gebruikte pillen (antibiotica)	50% (N=119, doorsnee praktijkpopulatie, Engeland)
Cockburn e.a. <sup>19</sup>	Aantal gebruikte pillen met afwijking $\pm 20\%$ (antibiotica)	75% (N=233, alle leeftijden, Australië)
Reed e.a. <sup>20</sup>	Metabolieten in urine (antibiotica)	80% (N=295, kinderen, Noord-Amerika)
Wandless e.a. <sup>21</sup>	+10% Afwijkend gebruik chronische medicatie	62% (N=81, ouder dan 65, Engeland)
Weingarten e.a. <sup>22</sup>	Niet (op tijd) ophalen antihypertensiva	79% (N=246, ouder dan 35 jaar, Israël)
Dieleman e.a. <sup>23</sup>	afwijkend gebruik van astma-medicatie	13% (N=249, 12-64 jaar, Nederland)
Stewart e.a. <sup>24</sup>	Kennis van instructies (dieet, roken, beweging) 10 dagen na consult	26% (N=44, hartvaatproblemen, Canada)

is often a visible manifestation of dysfunctional communication between practitioner and patiënt'.<sup>30</sup> De therapietrouw is groter als de patiënt tevreden is over de zorg van de arts, als de arts de wensen van de patiënt serieus neemt en als de arts de behandeling superviseert.<sup>27</sup> Dit gegeven wordt door huisartsgeneeskundig onderzoek naar therapietrouw bevestigd: continuïteit in de zorg, de huisarts beter kennen en meer inbreng van de patiënt in het consult zorgden voor betere therapietrouw.<sup>31-34</sup> Ook een systematische praktijkvoering kan een belangrijke bijdrage aan therapietrouw leveren.<sup>34-37</sup>

### Opsporen van therapietrouw

Een centrale factor in therapie-ontrouw is ongetwijfeld het feit dat huisartsen het niet opvolgen van hun voorschriften onderschatten of negeren. In een onderzoek onder 75 huisartsen werden meer dan 1000 consulten op audioband beoordeeld. Het bleek dat de huisartsen slechts in 35 procent van de gevallen waarin eerder een behandeling was ingesteld, op de therapietrouw gingen. Bij hypertensiecontrole werd, ook al was de bloeddruk te hoog, slechts in 37 procent van de consulten naar het innemen van de medicatie geïnformeerd.<sup>38</sup>

Er zijn allerlei directe en indirecte methoden om therapietrouw vast te stellen, elk met wisselende waarde. Als directe methoden kan men denken aan het meten van concentratie van medicament, metaboliet of tracer in het bloed of de urine van patiënten. Indirecte methoden zijn het controleren bij de apotheek van het aantal afgehaalde pillen, pillen tellen, meten van bijwerkingen van medicatie en vragen aan de patiënt. Een microchip in de deksel van het pillendoosje, die elke opening van het pillendoosje registreert, is de nieuwste ontwikkeling.<sup>13</sup>

Voor de huisarts lijken vooral de volgende mogelijkheden belangrijk en uitvoerbaar:

- op de kaart het aantal voorgeschreven pillen noteren; bij een vervolgsconsult de pillen mee laten brengen en deze tellen;<sup>21</sup>
  - speciaal letten op therapie-ontrouw bij bepaalde risicogroepen (oudere patiënten, patiënten die slecht op controle komen, patiënten die klachten hebben tijdens de behandeling, etc.);
  - rechtstreeks vragen aan de patiënt.
- De laatst genoemde mogelijkheid bleek niet onder te doen voor het pillen tellen of de urinetest.<sup>12</sup> Samen met het controleren van het aantal pillen (met behulp van de registratie op de patiëntenkaart) gaf dit in 86 procent juiste informatie.<sup>21</sup> Praktische vragen zijn bijvoorbeeld:
- komt het wel eens voor dat u vergeet uw medicijnen in te nemen, uw dieet te houden, etc.;
  - let u wel eens wat minder precies op het innemen;
  - wanneer u zich goed voelt, stopt u dan wel eens;
  - misschien voelt u zich wel eens slechter na het innemen van de medicijnen... stopt u dan wel eens?
- Toepassing van deze vragen resulteerde in een verbetering van 47 procent naar 75 procent.<sup>39</sup> Het accent in deze vragen ligt op het niet bedreigend of niet vermanend informeren of het wel eens mis gaat.

### Bevorderen van therapietrouw

De literatuur over mogelijke effectieve maatregelen om therapietrouw te bevorderen

**Tabel 3** Factoren die de therapietrouw zouden bevorderen of belemmeren.

Factoren	Effect		
	belemmerend	geen	bevordert
<i>Kenmerken van de ziekte</i>			
- duur van de ziekte		X	
- ernst van de symptomen	X		
- lichamelijke belemmeringen			X
- psychiatrische condities	X		
<i>Kenmerken van de behandeling</i>			
- duur van de behandeling lang	X		
- veel medicijnen/voorschriften	X		
- parenterale medicatie			X
- neveneffecten van de therapie	X	X	
- financiële kosten voor de patiënt	X	X	
- behandeling vraagt beperkingen in leefstijl	X		
- preventieve behandeling	X		
<i>Setting/arts-patiënt relatie</i>			
- begrijpelijke informatie			X
- veel informatie	X		
- aandacht voor patiënt, interesse		X	
- toezicht op patiënt, bewaken therapietrouw			X
<i>Kenmerken van de patiënt</i>			
- kennis van ziekte of therapie		X	
- gezondheidsopvattingen en percepties	X	X	
- satisfactie t.a.v. de zorg			X
- psychologische problematiek	X		
- leeftijd	X	X	
- sekse	X	X	
- sociaal-economische klasse		X	
- stabiele sociale steun			X

Naar Kanters,<sup>26</sup> Meichenbaum,<sup>1</sup> Pendleton<sup>27</sup> en Blackwell.<sup>28</sup>

ren is zeer uitgebreid. Een leesbaar overzicht bieden *Meichenbaum en Turk*<sup>1</sup>. Algemene uitgangspunten zijn:

- het bevorderen van therapietrouw is geen op zichzelf staande activiteit, maar onderdeel van het totale hulpverleningsproces tijdens het consult;<sup>40-43</sup>
- een goede relatie en communicatie met de patiënt en de houding en het gedrag van de arts (inleving en informatieverstrekking) zijn belangrijk;<sup>11 29 44-49</sup>
- het is belangrijk de patiënt actief te betrekken in de planning van de behandeling.<sup>50-52</sup> *Roter* trainde patiënten om vragen op te schrijven voor het consult en deze aan de arts te stellen. De getrainde groep bleek significant trouwer dan de niet getrainde groep;<sup>53</sup>
- het is belangrijk aandacht te besteden aan de wensen, verwachtingen en gezondheidsopvattingen van patiënten. *Becker e.a.* vonden in een analyse van 31 onderzoeken, dat met name de opvattingen over de vatbaarheid voor en de ernst van de ziekte, alsmede opvattingen over de effectiviteit van de voorschriften, sterk samenhangen met therapietrouw van patiënten;<sup>6 54</sup>
- maatregelen om therapietrouw te bevorderen dienen een continu karakter te hebben; stopt men de stimulansen op dit gebied dan ebben ook de effecten weg;<sup>55 56</sup>
- met name bij therapieën of leefregels die een langdurig karakter hebben of een langdurige inspanning van patiënten vragen (dit geldt vaak voor chronische patiënten) is geen enkele interventie om therapietrouw te bevorderen alléén succesvol. Juist een combinatie van maatregelen kan de therapietrouw verhogen.<sup>55 57</sup>

Naast deze algemene aanbevelingen is er een aantal gerichte maatregelen te noemen die, vaak in combinatie, bij kunnen dragen tot een grotere therapietrouw.

### Vereenvoudiging therapie

Complexe voorschriften verminderen de therapietrouw. Zo bleek bijvoorbeeld aanvulling van digoxine met diuretica de therapietrouw ten aanzien van het innemen van digoxine aanzienlijk te verminderen.<sup>4</sup> Eén-

maal daags medicatie innemen gaf bij epilepsiepatiënten een *compliance* van 87 procent en vier maal daags 39 procent.<sup>13</sup> Men kan een voorschrift minder complex maken door:

- therapieën die niet essentieel zijn te vermijden;
- prioriteiten te stellen;
- zoveel mogelijk te streven naar kortetermijn therapie;
- het aantal medicamenten en dagdoseringen laag te houden;
- therapie en leefregels op te delen in een aantal minder complexe stappen, die achtereenvolgens uitgevoerd kunnen worden;
- een geleidelijke introductie of stap voor stap benadering.<sup>1 4 16 58</sup>

### Meer kennis en begrip

Het niet goed begrijpen of zich niet goed kunnen herinneren van de instructies heeft een negatieve invloed op de tevredenheid over de zorg én de therapietrouw.<sup>59 60</sup> In een ander onderzoek bleek dat 70 procent van de patiënten die de voorschriften precies hadden begrepen, de therapie volgde, tegen slechts 15 procent van de patiënten die ze niet hadden begrepen.

Goede informatie en instructie houdt in<sup>47</sup>:

- eenvoudige taal gebruiken;
- eerst de kern van de boodschap presenteren;
- een beperkt aantal boodschappen geven (maximaal vier);
- concrete instructies over het gewenste gedrag;

### Aanbevelingen voor de huisarts

Op basis van de literatuur is een lijst met aanbevelingen voor de huisarts opgesteld, gericht op het bevorderen van therapietrouw bij langdurig medicatiegebruik. Deze lijst is voorgelegd aan zes groepen van huisartsen (n=57), die deelnamen aan een kort onderwijsprogramma rond therapietrouw. Daarin werd eerst beknopt de relevante literatuur gepresenteerd. Vervolgens vulden de huisartsen een schriftelijke vragenlijst in, waarin ze konden aangeven hoe belangrijk en hoe uitvoerbaar ze elk van de aanbevelingen achtten. Aan de hand van de antwoorden discussieerden ze vervolgens over de mogelijkheden en onmogelijkheden van het bevorderen van therapietrouw.

Uit de antwoorden (*tabel 4*) kan men een duidelijke discrepantie lezen tussen een aanbeveling belangrijk vinden en deze uitvoerbaar achten. Hanteert men, betrekkelijk willekeurig, als grens dat 60 procent van de huisartsen een aanbeveling zowel belangrijk als uitvoerbaar moet vinden, dan zouden richtlijnen en/of aanbevelingen op dit gebied er als volgt uit kunnen zien.

- *Eerste consulten (medicatie is nodig of gewenst):*
  - geef duidelijke en begrijpelijke informatie over de aandoening, over mogelijke complicaties en risico's die met de medi-

- catie kunnen worden bestreden;
- vraag de mening en wensen van de patiënt ten aanzien van de medicatie;
- geef informatie over de naam van de medicatie, de werking, de dosering, de prognose, de duur van innemen en de bijwerkingen die de patiënt moet kunnen herkennen en interpreteren;
- geef zo weinig mogelijk middelen (lieft niet meer dan één, innemen niet meer dan 1-2 keer per dag);
- zet afspraken en voorgeschreven hoeveelheid medicatie op de patiëntenkaart.

- *Vervolgconsulten:*

- kom ieder consult terug op het innemen (bijvoorbeeld via controle van het aantal overgebleven pillen);
- vraag naar problemen met innemen ('gaat het wel eens mis?');
- geef concrete feedback over de effecten van de therapie en van het opvolgen van de voorschriften;
- geef extra aandacht aan therapietrouw bij verandering van therapieschema en bij het ontbreken van effecten.

- *Praktijkorganisatie:*

- laat de assistente alle herhaalrecepten registreren en controleer deze op correct gebruik.

- herhaling van de belangrijkste boodschap;
- nagegaan of de patiënt het heeft begrepen.

Goede, beknopte mondelinge instructie, eventueel aangevuld met schriftelijke informatie, is vooral effectief bij kortdurende medicatie.<sup>12 56</sup> Bij langdurig medicatiegebruik en complexe leefregels zijn informatie en instructie alleen niet voldoende maar is het noodzakelijk zich te richten op het gedrag en leefgewoonten van patiënten.<sup>12</sup>

### Beïnvloeding gedrag en leefgewoonten

In de literatuur worden onder meer de volgende maatregelen genoemd die, veelal in combinatie, effectief kunnen zijn:

- het opstellen van concrete doelen: samen met de patiënt concrete, haalbare doelen opstellen en regelmatig feedback op het halen ervan geven;<sup>61</sup>
- het maken van afspraken ('contract'): arts en patiënt spreken samen een behandelingsdoel af met specifieke verplichtingen voor beide partijen en een tijdslimiet

voor de te bereiken doelen; vooral het formeel uitspreken van voornemens kan een positieve uitwerking hebben;<sup>4 62</sup>

- het inpassen van de therapie in bestaande gewoonten, dagritmes, etc. van de patiënt, zoals het innemen van een medicijn koppelen aan het tandenpoetsen (*tailoringscheduling*);<sup>50-62</sup>
- *reminders*: iemand op het juiste moment aan de voorschriften herinneren, met name als vergeten een probleem vormt;<sup>34 62 63</sup>
- zelfregistratie: het observeren en vastleggen van het eigen gedrag, vooral bij langdurige therapieën.<sup>50 64</sup> Zelfregistratie moet betrekking hebben op een goed af te bakenen gedraging, het zelfregistratieschema moet simpel zijn en de arts dient regelmatig op het invullen terug te komen;
- beloning: beloning in de vorm van tijd en aandacht voor de patiënt en deze prijzen voor de gedane moeite; de grootte van de (materiële of immateriële) beloning lijkt daarbij minder belangrijk.<sup>63</sup>
- voorkomen van terugval: bijvoorbeeld door situaties te identificeren waarin de kans extra groot is dat de patiënt de voorschriften vergeet of terugvalt in oude gedragspatronen en de patiënt te leren op zulke situaties te anticiperen;<sup>65</sup>
- ondersteuning en inschakeling van de sociale omgeving, vooral bij chronische patiënten. Dit geldt nog des te meer als ook gezinsleden hun leefstijl aanpassen aan de leefregels die de patiënt heeft gekregen.<sup>6 14 66-68</sup>

**Tabel 4** Oordeel van huisartsen (N=57) over het belang en de uitvoerbaarheid van een aantal richtlijnen uit de literatuur voor het bevorderen van therapietrouw bij langdurig medicatiegebruik (percentages).

	belangrijk	uitvoerbaar
<i>Eerste consulten (medicatie is nodig)</i>		
- informatie over aandoening en risicofactoren	95	96
- vragen naar mening en wensen patiënt t.a.v. medicatie	91	70
- informatie over medicatie: naam, dosering, (bij)werking, duur inname, prognose, etc.	82	61
- zo weinig mogelijk middelen (liefst hooguit één, inname 1-2 keer p/dag)	91	61
- zo mogelijk dag- of week-verpakkingen	53	28
- inname inpassen in geschikte tijdstippen dagritme	87	49
- spreek vaste inname tijdstippen en bewaarplaats af	63	36
- exploreer steun/tegenwerking sociale omgeving, bespreek inschakeling familielid/wijkverpleging	70	23
- exploreer andere barrières/problemen	59	21
- sluit mondeling 'contract' met patiënt (o.a. nooit stoppen zonder overleg met arts)	55	41
- zet afspraken concreet op de kaart	70	62
<i>Vervolgconsulten</i>		
- kom ieder consult terug op innemen	84	67
- vraag naar problemen met innemen	91	71
- geef concrete feedback over effecten	85	64
- moedig therapietrouw aan, prijzen	70	55
- leer patiënt zelfregistratie, medicijnkalender	53	27
- extra aandacht bij verandering therapieschema	86	80
- extra aandacht bij gebeurtenissen tussendoor	70	33
- extra aandacht bij niet op controle komen, reminder	64	22
- extra aandacht bij ontbreken effecten therapie	86	70
- extra aandacht bij optreden bijwerkingen	74	51
<i>Praktijkorganisatie</i>		
- oproepsysteem vervolgconsulten chronische ziekten	57	25
- assistente registreert alle vervolgrecepten	82	63
- controleer bij apotheek of recepten afgeleverd zijn	32	28

### Beschouwing

De literatuur over therapietrouw, vooral vanuit de (sociaal-)psychologisch optiek, is zeer omvangrijk. Het aantal huisartsgeneeskundige studies is beperkt. Meer onderzoek in Nederland naar de omvang en determinanten van therapietrouw binnen de huisartsgeneeskundige situatie is zeer gewenst. Het is namelijk de vraag in hoeverre onderzoeksgegevens uit Amerikaanse klinische situaties representatief zijn voor de eerste lijn in Nederland. Het medicatiegebruik is hier waarschijnlijk geringer en doelgerichter, wat een effect op de *compliance* zou kunnen hebben.

Verder is het niet eenvoudig de waarde van de literatuur precies te bepalen. De gehanteerde definities en meetmethoden lopen soms ver uiteen; de verschillende therapietrouwe gedragingen van patiënten kunnen niet zonder meer worden vergeleken. Het slikken van antibiotica is iets anders dan het slikken van hypertensie-medicatie of het opvolgen van dieet- en voetverzorgingsadviezen. De kennis van de effecten van verschillende interventies komt vaak uit selecte steekproeven van mensen die bereid zijn aan interventies deel te nemen.<sup>63</sup> Er is weinig informatie over mensen die op eigen houtje proberen te veranderen.

Ook is er nog weinig bekend over de invloed van verschillende strategieën en maatregelen op de verschillende momenten in het proces van therapietrouw worden en blijven.<sup>5 63</sup> Belonen kan bijvoorbeeld effectief zijn om patiënten te motiveren om aan een bepaald gedrag te beginnen, maar niet om het te stabiliseren.

En tenslotte dient men goed te kijken naar de aard van de voorschriften en adviezen en de wijze waarop hierover in de arts-patiënt relatie wordt onderhandeld. Artsen schrijven soms ongenueanceerd voor of adviseren maar raak en het is heel begrijpelijk dat patiënten hier niet of onvoldoende in meegaan. In een onderzoek van *Mant e.a.* bleek de arts bijvoorbeeld een duidelijke factor in de duur van het nemen van tranquillizers.<sup>69</sup> Aan de andere kant beïnvloeden patiënten met hun ziektegedrag en irrationele wensen het voorschrijf- en adviesgedrag van artsen. Dit belemmert ook vaak een goede basis voor een gesuperviseerde therapietrouw.

Een belangrijke ingang voor het vergroten van de therapietrouw is ongetwijfeld de houding van huisartsen. De nog schaarse literatuur hierover wijst op weinig gerichte aandacht van de arts voor dit aspect. De vraag is ook: wat is uitvoerbaar in het dagelijks werk? In een beknopte peiling hebben we 57 huisartsen gevraagd daarover hun licht te laten schijnen (*kader, tabel 4*).

Behalve een gebrek aan inzicht in het belang ervan en praktische belemmeringen in het dagelijkse werk speelt mogelijk ook een derde factor belangrijke rol: de ethi-

sche discussie over de verdeling van verantwoordelijkheden tussen arts en patiënt.

Het bevorderen van therapietrouw vraagt in het algemeen een actieve rol van de huisarts: motiveren, reminders sturen, de patiënt controleren. Deze benadering lijkt in tegenspraak met de zelfverantwoordelijkheid van patiënten. Huisartsen zullen zich echter dienen te realiseren dat het bevorderen van therapietrouw een logisch vervolg is op het uitschrijven van een recept of het geven van een advies en dat het dus net zo zeer tot hun medische verantwoordelijkheid behoort.

#### Literatuur

- <sup>1</sup> Meichenbaum D, Turk D. Facilitating treatment adherence. New York: Plenum Press, 1987.
- <sup>2</sup> Jonkers J, Merkus F. 'Patient compliance' of therapietrouw. Ned Tijdschr Geneesk 1977; 121: 995-9.
- <sup>3</sup> Buckalew L, Sallis R. Patient compliance and medication perception. J Clin Psychol 1986; 42: 49-53.
- <sup>4</sup> Becker M. Patient adherence to prescribed therapies. Med Care 1985; 23: 539-55.
- <sup>5</sup> Leventhal H. The role of theory in the study of adherence to treatment and doctor-patient interactions. Med Care 1985; 23: 556-63.
- <sup>6</sup> Becker M, Rosenstock I. Compliance with medical advice. In: Steptoe A, Matthews A, eds. Health care and human behaviour. New York: Academic Press, 1984.
- <sup>7</sup> Roth H. Measurement of compliance. Patient Educ Counselling 1987; 10: 107-16.
- <sup>8</sup> Van der Steen J. Terugkomtrouw in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1987.
- <sup>9</sup> Hardcastle J, Balfour T, Amar S. Screening for symptomless colorectal cancer by testing for occult blood in general practice. Lancet 1980; i: 791-3.
- <sup>10</sup> Sheldon M. Patient compliance in collecting background information. Allgemeinmedizin 1979; 8: 165-8.
- <sup>11</sup> Kincey J, Bradshaw P, Ley P. Patient satisfaction and repeated acceptance of advice in general practice. J R Coll Gen Pract 1975; 25: 558-66.
- <sup>12</sup> Sackett D, Haynes R, Tugwell P. Clinical epidemiology. Boston/Toronto: Little, Brown and Comp, 1985.
- <sup>13</sup> Cramer J, Mattson R, Prevey M, et al. How often is medication taken as prescribed? JAMA 1989; 261: 3273-7.
- <sup>14</sup> Haynes B. A critical review of 'determinants'

of patient compliance with therapeutic regimens. In: Sackett D, Haynes B, eds. Compliance with therapeutic regimens. Baltimore: John Hopkins University Press, 1976.

- <sup>15</sup> Sackett D, Snow J. The magnitude of compliance and non-compliance with therapeutic regimens. In: Haynes B, et al., eds. Compliance in health care. Baltimore: John Hopkins University Press, 1979.
- <sup>16</sup> Thien T, Van het Laar A. Compliance bij hypertensie. Hart Bulletin 1985; jaargangnr (Supplement): 36-40.
- <sup>17</sup> Meurs J, Verbeek-Herda P. Compliance bij antibiotica. Huisarts Wet 1987; 30: 67-9.
- <sup>18</sup> Ettlinger P, Freeman G. General practice compliance study: is it worth being a personal doctor? Br Med J 1981; 282: 1192-4.
- <sup>19</sup> Cockburn J, Gibbert R, Reid A, et al. Determinants of non-compliance with short term antibiotic regimens. Br Med J 1987; 295: 814-8.
- <sup>20</sup> Reed B, Lutz J, Zazove P, et al. Compliance with acute otitis media. J Fam Pract 1984; 19: 627-32.
- <sup>21</sup> Wandless I, Mucklow J, Smith A, et al. Compliance with prescribed medicines: a study of elderly patients in the community. J R Coll Gen Pract 1979; 29: 391-6.
- <sup>22</sup> Weingarten M, Cannon B. Age as a major factor affecting adherence to medication for hypertension in a general practice. J Fam Pract 1988; 5: 294-6.
- <sup>23</sup> Dielemans F, Dekker F, Kaptein A. Compliance by astmamedicatie. Huisarts Wet 1989; 32: 43-7.
- <sup>24</sup> Stewart M. Factors affecting patients' compliance with doctors advice. Can Fam Physician 1982; 28: 1519-26.
- <sup>25</sup> Seltzer A, Hoffman B. Drug compliance of the psychiatric patient. Can Fam Physician 1980; 26: 725-7.
- <sup>26</sup> Kanters H. Effectiviteit van patientenvoorlichting. Utrecht: Landelijk Centrum Dienstverlening GVO, 1986.
- <sup>27</sup> Pendleton D. Doctor-patient communication: a review. In: Pendleton D, Hasler J, eds. Doctor-patient communication. London: Academic Press, 1983.
- <sup>28</sup> Blackwell B. The drug regimes and treatment compliance. In: Haynes B, et al., eds. Compliance in Health Care. Baltimore: J. Hopkins University Press, 1979.
- <sup>29</sup> Coleman V. Physician behavior and compliance. J Hypertension 1985; 3: 69-71.
- <sup>30</sup> Di Matteo M, Di Nicola D. Achieving patient compliance. New York: Pergamon Press, 1982.
- <sup>31</sup> Van der Feen J. Hypertensie, een uitdaging aan de huisarts [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1977.

- <sup>32</sup> Prins A. Mensen met verhoogde bloeddruk en hun bereidheid deze te laten controleren. *Ned Tijdschr Geneesk* 1980; 124: 723-6.
- <sup>33</sup> Thomassen J, De Nood D. Communicatie en compliance. *Huisarts Wet* 1983; 26: 376-80.
- <sup>34</sup> Gauld V. Written advice: compliance and recall. *J R Coll Gen Pract* 1981; 31: 553-6.
- <sup>35</sup> Takala J, Leminen A, Telaranta T. Strategies for improving compliance in hypertensive patients. *Scan J Prim Health Care* 1985; 3: 233-8.
- <sup>36</sup> Frame P, Kowulich P, Leewelly A. Improving physician compliance with a health maintenance protocol. *J Fam Pract* 1984; 19: 341-4.
- <sup>37</sup> Van Weel C. Anticipatory medicine: compliance with follow up visits for hypertension treatment. *Allgemeinmedizin* 1983; 12: 171-4.
- <sup>38</sup> Toemen T, Grol R. Patientenvoorlichting door de huisarts, Publicatie in voorbereiding.
- <sup>39</sup> Morisky D, Green L, Levine D. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24: 67-74.
- <sup>40</sup> Schouten J. Anamnese en advies. Alphen a/d Rijn: Stafleu, 1982.
- <sup>41</sup> Grol R, red. *Huisarts en somatische fixatie*. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1983.
- <sup>42</sup> Grol R, Mesker P, red. *Huisarts en onderlinge toetsing*. Utrecht: Bunge, 1986.
- <sup>43</sup> Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The consultation. An approach to learning and teaching*. Oxford: Oxford University Press, 1984.
- <sup>44</sup> Inui T, Yourtee E, Williamson J. Improving outcomes in hypertension after physician tutorials: a controlled trial. *Ann Int Med* 1976; 84: 646-51.
- <sup>45</sup> Anderson R, Kirk L. Methods of improving patients compliance in chronic disease states. *Arch Int Med* 1982; 142: 1673-5.
- <sup>46</sup> Hall J, Roter D, Katz N. Meta analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care* 1988; 26: 657-75.
- <sup>47</sup> Ley P, Whithworth M, Skillbeck C, et al. Improving doctor-patient communication in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1976; 26: 720-4.
- <sup>48</sup> Francis V, Korsch B, Morris M. Gaps in doctor-patient communication. *New Engl J Med* 1969; 280: 535-40.
- <sup>49</sup> Wolf M, Putman W, James S, et al. The medical interview satisfaction scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior. *J Behav Med* 1978; 1: 391-401.
- <sup>50</sup> Peck C, King N. Medical compliance. In: King N, et al., eds. *Health Care. A behavioral approach*. Sydney: Grune and Stratton, 1986.
- <sup>51</sup> Schulman B. Active patient orientation and outcomes in hypertension treatment. *Med Care* 1979; 17: 267-80.
- <sup>52</sup> Rost K, Carter W, Inui T. Introduction of information during the initial medical visit: consequences for patient follow-through with physician recommendations for medication. *Soc Sci Med* 1989; 28: 351-21.
- <sup>53</sup> Roter D. Patient participation in the patient-provider interaction. *Health Educ Monogr* 1977; 54: 281-306.
- <sup>54</sup> King J. Health beliefs in the consultation. In: Pendleton D, Hasler J, eds. *Doctor-patient communication*. London: Academic Press, 1983.
- <sup>55</sup> Green C. What can patient health coordinators learn from ten years of compliance research? *Patient Educ Counselling* 1987; 10: 167-74.
- <sup>56</sup> Haynes B, Wang E, Da Mota Gomes M. A critical review of interventions to improve compliance with prescribed medications. *Patient Educ Counselling* 1987; 10: 155-66.
- <sup>57</sup> Kottke T, Renaldo B, De Friese G, et al. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. *JAMA* 1988; 259: 2883-9.
- <sup>58</sup> Van der Does E, Van Ree J. Wat te doen om therapietrouw bij hypertensie te bevorderen? *Modern Med* 1987; 135-7.
- <sup>59</sup> Ley P. Patients' understanding and recall in clinical communication failure. In: Pendleton D, Hasler J, eds. *Doctor-patient communication*. London: Academic Press, 1983.
- <sup>60</sup> Morris L, Halperin J. Effects of written drug information on patient knowledge and compliance: a literature review. *Am J Public Health* 1979; 69: 47-52.
- <sup>61</sup> Locke E, Shaw K, Saari L, et al. Goal setting and task performance: 1969-1980. *Psychol Bull* 1981; 90: 125-152.
- <sup>62</sup> Dunbar J, Marshall G, Hovell M. Behavioral strategies for improving compliance. In: Haynes B, et al., eds. *Compliance in health care*. Baltimore: J. Hopkins University Press, 1979.
- <sup>63</sup> Cameron R, Best A. Promoting adherence to health behavior change interventions: recent findings from behavioral research. *Patient Educ Counselling* 1978; 10: 139-154.
- <sup>64</sup> Nelson R. Assessment and therapeutic functions of self-monitoring. In: Hersen M, et al., eds. *Progress in behavior modification*. Vol 5. New York: Academic Press, 1977.
- <sup>65</sup> Marlatt G. *Relapse Prevention*. New York: Guildford Press, 1985.
- <sup>66</sup> Davis M. Variations in patients' compliance with doctors' advice: an empirical analysis of patterns of communication. *Am J Public Health* 1968; 58: 274-88.
- <sup>67</sup> Wilcox D, Gillan R, Hare E. Do psychiatric outpatients take their drugs? *Br Med J* 1965; 2: 790-2.
- <sup>68</sup> Becker M, Green L. A family approach to compliance with medical treatment: a selective review of the literature. *Int J Health Educ* 1975; 18: 173-83.
- <sup>69</sup> Mant A, Duncan-Jones, Saltman D, et al. Development of long-term use of psychologic drugs by general practice patients. *Br Med J* 1988; 296: 251-4. ■

#### Abstract

**Grol R, Toemen T, Van de Lisdonk E. The general practitioner, the patient and compliance. *Huisarts Wet* 1990; 33(5): 189-95.**

Patient compliance, the following of therapeutic instructions and advice in the correct manner, is still an underestimated problem. Research has shown that medication instructions in 20% of short-term cases and 50% of chronic cases, and 80-90% of advice on smoking and diet, are not followed. Complicated advice and a poorly functioning doctor-patient relationship are the most important factors resulting in non-compliance. To detect non-compliance, it is a good idea for the doctor to note on the patients' card which instructions and advice have been given, and to ask about problems in following this advice in each consultation. Factors which promote patient compliance are: simple instructions, attention to the wishes and ideas of patients, good, comprehensible information about treatment and measures directed towards influencing patient behaviour. Particularly a combination of such factors can lead to success.

**Key words** Family practice; Patient compliance.  
**Correspondence** Dr. R.P.T.M. Grol, Nijmegen University Departement of General Practice, PO Box 9101, 6500 HB Nijmegen, The Netherlands.