

SAMENSPRAAK ALS GENEESMIDDEL

Concordance helpt artsen en patiënten bij goed gebruik van medicatie

Als een patiënt als partner wordt betrokken bij de keuze van de medicatie, komt het nut van zijn geneesmiddelgebruik beter aan bod. Concordance is een aanpak waarbij het voorstel om therapie te kunnen en willen uitvoeren in een vroeg stadium wordt voorgelegd aan de chronische patiënt. De mening van de patiënt is daarbij het leidmotief.

HAN DE GIER

Concordance is een proces waarbij zorgverlener en patiënt overeenstemming bereiken over de keuze van de therapie voor die patiënt, waarbij alle zorgen, verwachtingen en overtuigingen van de patiënt hierbij volledig worden uitgesproken en gerespecteerd. In de literatuur wordt de term vaak gehanteerd in relatie tot het wel of niet bewust kiezen van een behandeling met geneesmiddelen. Kenmerkend bij concordance is ook, dat de mogelijkheden die de patiënt heeft om de therapie te kunnen uitvoeren nadrukkelijk worden

besproken. Concordance speelt een rol bij de verbeteringen van het geneesmiddelengebruik, een verbetering die zeker loont. Samenspraak als 'geneesmiddel' is een uitdagende gedachte en staat voor een aanpak die zorgverleners en patiënten helpt het beste gebruik van geneesmiddelen te maken.

Flip D., 27 jaar, lijdt al ruim een jaar aan depressie. Na mislukte pogingen om met psychotherapie het omgaan met zijn depressieve klachten te verbeteren, is hij uiteindelijk overgehaald om antidepressiva te gebruiken. Hier is hij helemaal niet gelukkig mee. Zijn weerstand tegen

adviseert de psychiater. Hij krijgt er wel 15 mg mirtazapine bij voor de nacht. Maar hij voelt zich daardoor erg slaperig en besluit geheel te stoppen met de medicatie.

Het gebeurt schrikbarend vaak dat mensen hun medicatie voor een chronische klacht of aandoening niet gebruiken zoals bedoeld of zelfs staken met het gebruik ervan. Schattingen uit binnen- en buitenland laten zien dat 50 procent van alle patiënten die starten met chronische medicatie, binnen een jaar na aanvang stoppen met de therapie. Uit de literatuur weten we dat in 60-70 procent

De helft van alle chronische patiënten stopt binnen een jaar met de therapie

deze middelen is vooral gebaseerd op zijn kennis erover, die hij via internet heeft verzameld. Hij twijfelt aan de werkzaamheid van antidepressiva en heeft geen behoefte aan de bijwerkingen ervan. Zijn omgeving steunt zijn argwaan. Hij meldt zijn huisarts dat hij geen verbetering ziet met de psychotherapie en die adviseert hem een psychiater te bezoeken. De psychiater schrijft hem venlafaxine in een normale dosering voor, zonder in te gaan op zijn verwachtingen en overtuigingen ten aanzien van de medicatie.

Flip blijft dus zitten met vragen over het nut van de medicatie, ook na het bezoek aan de apotheek. De wijze waarop hij daar tegemoet wordt getreden, is weinig ondersteunend. Zonder één opmerking wordt het middel afgeleverd. Veel vertrouwen in de kennis van de jongedame aan de balie heeft hij niet. Zijn twijfels groeien als hij merkt dat het middel na zes weken nog steeds geen effect heeft. Nog even volhouden,

van de gevallen deze therapieontrouw bewust is gekozen, omdat de patiënt het middel niet vond passen bij zijn klacht of aandoening, ontevreden was over het resultaat, angst had voor bijwerkingen of het gebruik niet kon inpassen in zijn dagelijkse bezigheden.

ONDOELMATIG

Niet voor niets waarschuwde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in 2004 voor dergelijk ondoelmatig gebruik van medicatie bij chronische aandoeningen. Chronische aandoeningen maken nu 57 procent van het jaarlijks aantal nieuwe ziektegevallen uit. De komende twintig jaar zal het aantal mensen van 65 jaar en ouder in onze westerse wereld bijna zijn verdubbeld, met 50 procent toename van veelvoorkomende chronische ziekten als diabetes mellitus, darmkanker, astma, hartfalen, al met al een aanzienlijke toename van de chronische ziektelast. Juist het ondoelmatig gebruik van medicatie

die preventief is bedoeld om complicaties te voorkomen (cholesterolverlagers en bloedverduunners bij hart- en vaatziekten) zal zijn effect niet hebben, met als gevolg verlies aan kwaliteit van leven en verhoging van kosten in de gezondheidszorg.

ZELFZORG

Goed geneesmiddelgebruik loont. Uit berekeningen van Nyfer blijkt dat de verwachte stijging van de zorguitgaven aan chronische aandoeningen met meer dan 50 procent tot 2020, tot eenderde kan worden teruggebracht door effectieve toepassing van verschillende vormen van preventie. Het gaat daarbij om samenhangend beleid voor meer beweging, betere voeding en dergelijke, maar ook om adequate preventie en (zelf)zorg van patiënten met chronische aandoeningen.

De verwachte stijging van de zorguitgaven aan chronische aandoeningen kan tot eenderde worden teruggebracht door onder andere goed geneesmiddelengebruik.

Mevrouw Van V. is 54 jaar en een frequent bezoeker van toneelvoorstellingen en concerten. Haar hoge bloeddruk is moeilijk onder controle te krijgen bij de huisarts. Die heeft haar in verband met haar astma een thiazide en een RAS-remmer voorgeschreven. Na uitblijven van resultaat komt daar een Ca-antagonist bij. Toch blijft de bloeddruk flink hoog. Mevrouw wordt doorverwezen naar de internist, helaas een man van weinig woorden.

De internist bevestigt de diagnose 'essentiële hypertensie' en verhoogt de doseringen. Na diverse controles en verhogingen van de doseringen is er eindelijk een moment waarop mevrouw Van V haar verhaal kan doen. Bij een vervangende, jonge internist die meer tijd neemt om haar sociale leven te bespreken, legt zij uit hoe zij haar medicatie toepast. Zij laat de plaspillen staan,

omdat zij het geen optie vindt 's avonds tijdens de uitvoeringen naar het toilet te moeten.

Uit de casussen is op te maken dat de patiënten hun overtuigingen laten prevaleren boven het opvolgen van de instructies van de voorschrijvende artsen. Ook is duidelijk dat veel te lang is gezocht naar een optimale farmacotherapie. Bij een patiënt die als partner betrokken zou zijn bij de keuze van de medicatie, was het nut van slikken of de inpassing in het dagelijks leven beter aan bod gekomen. Als die patiënt tenminste wordt uitgenodigd hierover met de arts te spreken. Kennelijk zijn patiënten óf niet goed in staat hierover zelf het gesprek te beginnen óf de arts stelt deze onderwerpen onvoldoende aan de orde. Dat laatste is onderzocht en blijkt inderdaad het geval te zijn. Het kan dus geen kwaad om bij de eerste consulten die naar chronische medicatie leiden de patiënt uit te nodigen om vragen te stellen over hun zorgen, verwachtingen en overtuigingen ten aanzien van medicatie in relatie tot hun klachten. Maar daarnaast ook zeker te bespreken of zij de geadviseerde medicatie kunnen inpassen in hun dagelijks leven. Concordance betekent dat het voorstel om therapie - in deze voorbeelden met geneesmiddelen - te kunnen en willen uitvoeren in een vroeg stadium wordt voorgelegd aan de patiënt, waarbij de mening van de patiënt als leidmotief wordt genomen.

FARMACOTHERAPIE-OVERLEG

Er is werk aan de winkel voor artsen en apothekers die zich meer met concordance zouden moeten bezighouden. Bijvoorbeeld in het farmacotherapie-overleg (FTO), want de discussies over de keuzen van geneesmiddelen bij klachten en aandoeningen geven weinig aanleiding om echt vernieuwend bezig te zijn.

De benadering van patiënten die met chronische medicatie zouden willen starten, vraagt om specifieke aandacht. Ook is de communicatie anders dan bij een op instructie gerichte werkwijze, dus kan extra nascholing een oplossing zijn om het FTO nieuw leven in te blazen. Bij concordance heb je het over maatwerk, want iedere patiënt is anders en het is de kunst uit te nodigen hierover te spreken. Daar zit hem ook direct het probleem, want echt doorvragen bij de patiënt naar zijn overtuigingen, zorgen en ver- >>



<< wachtingen over langdurig gebruik van zijn medicatie, kost tijd. Dat zal in de praktijk dus nog niet veel gebeuren. Dit is onderzocht bij (Engelse) artsen. Zij waren van mening dat zij hierover in ten minste de helft van hun consulten hebben gesproken, maar de videobeelden van deze contacten lieten iets anders zien. Slechts in eenderde van de consulten werd gevraagd wat de patiënt van zijn behandeling vond en in 8 procent van de gevallen werd gesproken over de mogelijkheden om de instructies voor geneesmiddelgebruik daadwerkelijk te kunnen uitvoeren.

Dergelijke getallen zijn voor apothekers die medicatie afleveren, niet bekend. Maar het beeld zal niet essentieel anders zijn, omdat in de regel voornamelijk de gebruiksinstructie wordt toegelicht en bij de start van medicatie alleen nog over de

te verwachte bijwerkingen wordt gesproken als de patiënt hierom vraagt.

WAARBORG

Wat kan er worden gedaan om de goed bedoelde chronische medicatie ook daadwerkelijk goed te laten gebruiken? In de eerste plaats zou de Wet inzake de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) een waarborg moeten zijn om concordance meer te integreren in de praktijkvoering. Volgens de WGBO moet de patiënt zich akkoord verklaren met de behandeling. Net als de arts bij een vervolfbezoek vraagt hoe het gaat, zou de apotheker moeten terugkomen op het concordancegesprek. Zo kun je de farmaceutische patiëntenzorg verder gestalte geven. Als de openbaar apotheker binnenkort eveneens onder de WGBO valt, kan deze aanpak verder worden ingevoerd.

Het zou in een ideale situatie kunnen zijn dat de arts de patiënt die blijk geeft van twijfels en zorgen omtrent de medicatie, adviseert hierover ook met de apotheker te spreken. Deze zal dan natuurlijk wel zijn tijd anders moeten indelen en meer op afspraak beschikbaar moeten zijn dan nu het geval is. Maar het behandelarschap vraagt hierom en veel apothekers die farmaceutische patiëntenzorg hoog in het vaandel hebben, zijn hiertoe zeker bereid.

Een tweede aanpak is om de patiënt die moeite heeft met het bespreekbaar

Op termijn kan concordance zelfs tijd besparen

maken van zijn zorgen, overtuigingen en verwachtingen, een aantal hulpmiddelen aan te bieden. In Engeland wordt onderzoek gedaan naar het introduceren van een 'eigen agenda' voor de patiënt, met vragen die ingaan op wat de patiënt zelf denkt van zijn klacht of aandoening. Voor het bezoek aan de arts zou het beantwoorden van deze vragen het gesprek binnen de concordancegedachte beter mogelijk maken. In een vergelijkbare opzet zou ook de eerste uitgifte van een chronisch bedoelde medicatie vergezeld kunnen gaan van een uitgebreide tekst over het geneesmiddel, waarin

SAMENVATTING

- *Concordance is een proces waarbij zorgverlener en patiënt overeenstemming bereiken over de keuze van de chronische medicatie voor die patiënt.*
- *Alle zorgen en verwachtingen van de patiënt worden hierbij volledig uitgesproken en gerespecteerd.*
- *Concordance zal helpen bij het optimaal gebruikmaken van het geneesmiddel, maar het moet dan wel worden ingevoerd.*
- *Minister Hoogervorst heeft de Tweede Kamer geïnformeerd over meer uitwisseling van medische informatie en verwacht hierbij geen belemmering.*

wordt voorgesteld om bij de tweede uitgifte extra in te gaan op de ideeën die bij de patiënt over zijn medicatie bestaan. Dit kan eveneens in de vorm van vooraf aangeboden vragen waarop de patiënt thuis een antwoord kan voorbereiden. Daarbij kan ook de eerste ervaring met de medicatie worden besproken, want veel bijwerkingen zullen zich in de eerste weken van het gebruik openbaren. Vanzelfsprekend zou in een geïntegreerde aanpak van de zorgverlening uitwisseling van relevante informatie over de specifieke behoeften van de patiënt tussen de betrokken zorgverleners moeten plaatsvinden. Veel informatiseringssystemen bij de huisarts en de apotheker zijn hierop nog niet voorbereid, maar dat kan met alle aandacht die er nu is voor een landelijk medicatiedossier niet lang meer op zich laten wachten.

BETERE COMMUNICATIE

Veel vragen over de gevolgen van meer aandacht voor concordance richten zich op de extra tijd die het gaat kosten. Uit enkele studies blijkt dat de tijd van het consult niet langer hoeft te zijn, mits op de juiste wijze wordt gecommuniceerd. Het kan zelfs op termijn tijd besparen, omdat er minder misverstanden zijn en er minder tijd nodig is om geneesmiddelgebonden problemen op te lossen. Er wordt ook een verbetering van de communicatie met de patiënt bereikt, zodat er sneller kan worden teruggekoppeld als

JUBILEUMSYMPOSIUM STICHTING HEALTH BASE



Stichting Health Base bestaat vijftien jaar. In die jaren is het zorgveld veranderd. De patiënt ontpopt zich als een serieuze deelnemer aan het zorgproces. De communicatie tussen zorgverleners en patiënten verandert en dat stelt nieuwe eisen aan de informatie. Daarom is het jubileumthema 'De patiënt als geneesmiddel. Samenspraak als werkzame stof voor een optimaal geneesmiddelengebruik'. In aanloop naar het landelijke jubileumsymposium op 23 november zet Health Base de discussie in gang via brainstormsessies, vakbladen en eigen media.

iets niet verloopt volgens de verwachtingen van de zorgverlener en de patiënt.

Uiteindelijk is het concordancemodel een aanpak die vraagt om ondersteuning van alle 'stakeholders' in de zorg. Dat heeft men in het Verenigd Koninkrijk goed begrepen. De overheid heeft Medicines Partnership in het leven geroepen, een organisatie waarin alle partijen zijn uitgenodigd zitting te nemen: de beroepsgroepen in de gezondheidszorg, vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, universiteiten en de farmaceutische industrie. Medicines Partnership heeft een fantastische website met een uitgebreid aanbod aan achtergrondinformatie, literatuur, toolkits voor het monitoren van concordance, en een overzicht van lopende projecten. Daar kunnen wij in Nederland nog wat van leren. Hier komt men met halve oplossingen, zoals de Stichting PI voor het verbeteren van therapietrouw, een samenwerking tussen innovatieve farmaceutische industrie en patiëntenorganisaties. Dat lijkt een onmogelijke opgave, omdat veel zal afhangen van de opstellingen van de zorgverleners. Het

kan dus anders en het moet ook anders. Wij kunnen leren van de Engelse ervaringen.

EIGEN AGENDA

Veel mogelijkheden voor een andere aanpak zijn in Nederland wellicht ook denkbaar op het moment dat zorgverzekeraars zich zouden inspannen om hun contracten met zorgverleners aan te passen. Als zij zich realiseren dat er werkelijk verbetering van kwaliteit van zorg en besparingen mogelijk zijn als er goed gebruik wordt gemaakt van de voorgeschreven farmacotherapie, kan iedereen verzinnen wat er moet gebeuren. De patiënt mag best worden beloond als hij hieraan ook bijdraagt. Bijvoorbeeld door inderdaad zijn 'eigen agenda' bij te houden en proactief aan te geven dat het waarschijnlijk kan leiden tot problemen met de therapietrouw. Dat is iets anders dan het vergoeden van de aankoop van gezonde margarine, maar het is waarschijnlijk vele malen effectiever.

Het concordancemodel zal helpen bij het optimaal gebruik van geneesmiddelen, maar moet dan wel wor-

den ingevoerd. De tijd is er rijp voor, want de politiek en de beroepsgroepen zelf vinden de uitwisseling van zorginformatie tussen zorgverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg steeds belangrijker. Minister Hoogervorst heeft hierover in juni de Tweede Kamer geïnformeerd en ziet geen belemmering meer. De patiënt wordt er nog niet echt bij betrokken, maar zal het alleen maar toejuichen dat hij zelf meer controle kan krijgen over de aan hem geadviseerde farmacotherapie. ■

prof. dr. J.J. de Gier,
bijzonder hoogleraar farmaceutische patiëntenzorg,
Rijksuniversiteit Groningen

Correspondentieadres: j.j.de.gier@rug.nl

De literatuurlijst bij dit artikel en de websites van Medicines Partnership en Healthbase vindt u via
www.medischcontact.nl/dezeweek.



PRAKTIJKPERIKEL

Huisarts tot de HAP-grens



Onlangs was ik met mijn kinderen een lang weekend weg naar de mooie Drentse natuur. Tijdens een partijtje voetbal, waarbij de kinderen uiteraard van hun vader willen winnen, probeerde mijn zoon van 9 jaar mij tegen te houden en ongelukkigerwijs vielen wij beiden. Hij onder, ik boven. Hij gilte het direct uit en riep 'mijn arm... mijn arm'. Hij wilde hem niet gebruiken en ondersteunde hem op weg naar het huisje. Na wat kalmerende woorden probeerde ik de arm te onderzoeken maar al de geringste beweging veroorzaakte pijn. Hij gaf ook asdrukpijn aan. Het event en het onderzoek lieten mij geen andere diagnose dan een fractuur in de distale radius dan wel ulna....

Ik reed met hem naar een streekziekenhuis en meldde mij op de 'Acute opvang'. Ik presenteerde mij als huisarts en

vertelde dat mijn zoon volgens mij zijn arm had gebroken. Hij werd netjes ingeschreven en even later mochten wij in de wachtkamer plaatsnemen. Enige minuten later kwam een verpleegkundige binnen. Zij vroeg of wij op de huisartsenpost waren geweest. 'Nee', antwoordde ik, 'ik ben zelf huisarts en volgens mij is hij gebroken'. Ik moest eerst naar de HAP. Mijn repliek dat er al een huisarts gekeken had, werd in de wind geslagen. In het Drentse land ga je eerst naar de HAP, protesteren heeft geen zin. Via de HAP, waar de dienstdoende dokter binnen 15 seconden dezelfde zuster belde, gingen wij weer terug naar de 'Acute opvang' om ruim anderhalf uur later in het gips weer te vertrekken.

Blijkbaar houdt je competentie op zodra je de HAP-grens overschrijdt. Een zorgwekkende ontwikkeling in deze tijd van schaarste van zorg. ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signaleringen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.