

Paternalisme en partnership in de spreekkamer: de invloed op therapietrouw bij ouderen



Naam: Ghazima Akseer
Studentnummer: 287247
Studiejaar: 2006/2007
Begeleider: Margo Trappenburg
Meelezer: Yvonne Jansen

Voorwoord

Als afsluiting van de bachelor van de studie Beleid en Management Gezondheidszorg heb ik onderzoek gedaan naar de relatie tussen de arts en patiënt en de therapietrouw bij ouderen. Gedurende mijn onderzoek heb ik meer inzicht gekregen in de wereld van de oudere bevolking. Ik weet nu dat oud worden niet zo erg hoeft te zijn.

Deze scriptie zou ik niet geschreven kunnen hebben zonder de hulp van de volgende personen. Allereerst wil ik mijn begeleider Margo Trappenburg bedanken voor de tijd die ze heeft vrijgemaakt om mij te begeleiden en te ondersteunen tijdens het schrijven van mijn scriptie. Verder wil ik Yvonne Jansen bedanken voor haar medewerking. Ook wil ik de artsen bedanken die ondanks hun drukke schema's tijd vrij maakten om enkele vragen te beantwoorden. Natuurlijk mogen de oudere patiënten niet worden vergeten die bereid waren om geïnterviewd te worden. Zonder hen zou ik deze scriptie niet geschreven kunnen hebben. Ten slotte wil ik nog mijn dank betuigen aan iedereen die mij verder heeft geholpen bij het schrijven van een degelijk stuk, in het bijzonder Siera Akseer.

Hopende dat dit rapport inzicht zal geven in de therapietrouw bij ouderen, wens ik de lezer veel leesplezier.

Ghazima Akseer

Samenvatting

Doel

Het doel van dit onderzoek was om een beeld te vormen hoe therapietrouw van ouderen wordt beïnvloed door de relatie met de arts.

Achtergrond

De communicatie tussen de arts en de patiënt speelt een belangrijke rol in de arts-patiënt relatie. Er kan sprake zijn van twee relaties: de paternalistische relatie en de partnership relatie. De manier waarop gecommuniceerd wordt verschilt in elk van deze relaties. De communicatie in de relatie draagt op verschillende manieren bij aan de verbetering van de gezondheidsuitkomsten van de patiënt. Een van die gezondheidsuitkomsten is de therapietrouw. Therapietrouw bij ouderen kan beïnvloed worden door verschillende factoren. De meeste factoren hebben betrekking op de houding van de patiënt zelf. De manier waarop wordt gecommuniceerd is van invloed op de patiënt en diens houding en daarmee indirect ook van invloed op de therapietrouw van de patiënt.

Methode

Voor dit onderzoek zijn er diepte-interviews gehouden met drie artsen en zes oudere patiënten met een minimumleeftijd van 55 jaar. Voor de interviews is er gebruik gemaakt van semi-gestructureerde vragenlijsten.

Resultaten

De oudere patiënten gaven aan erg tevreden te zijn over de relatie die werd gehanteerd met de arts. De arts besteedde genoeg tijd aan hun, verschaftte voldoende informatie en gaf de patiënt de mogelijkheid om actief deel te nemen. De patiënten gaven aan vertrouwen te hebben in hun arts. Vijf van de zes patiënten gaven de voorkeur aan een partnership en één had liever een paternalistische arts. De huidige manier van zorg verlenen kwam voor elk patiënt overeen met wat zij verstaan onder goede zorgverlening. Enkele patiënten gaven aan therapietrouw te zijn, terwijl anderen toegaven niet altijd doktersadvies te volgen. De redenen hiervoor varieerden van de bijwerkingen tot luiheid.

Conclusie

De soort relatie die wordt gehanteerd tussen de arts en de patiënt bleek in dit onderzoekje niet van invloed op de therapietrouw bij ouderen. De tevredenheid en de perceptie van de

patiënt van de arts bleken een grotere invloed te hebben. De overtuigingskracht van de arts speelde ook een rol. Tenslotte was de houding van de patiënt ten opzichte van therapietrouw een relevante factor.

Abstract

Objective

The objective of this research was to examine in which way compliance in the elderly is influenced by the doctor-patient relationship.

Background

The communication between the doctor and the patient plays an important role in the doctor-patient relationship. There are two kinds of relationships: the paternalistic relationship and the partnership. The communication styles in these relationships vary. The communication in the relationship contributes in many ways to the improvement of patient outcomes. A frequently used outcome indicator is compliance. Compliance in the elderly can be influenced by various factors. Most of these relate to the attitude of the patient. The communication style affects the patient and the patient's attitude and therefore it indirectly influences compliance.

Method

For this research in-depth interviews have been held with three doctors and six patients with a minimum age of 55 years. The interviews were semi-structured.

Results

The patients indicated that they were very satisfied with the relationship with their doctor. The doctor spent enough time with them, gave sufficient information and gave the patients the opportunity to participate in the consult. The patients indicated that they trusted their doctor. Five of the six patients preferred a partnership and one patient preferred a paternalistic relationship. The current way the doctor provided care corresponded to what the patients understood as good care. Some of the patients indicated that they adhered to their treatment, while others admitted that they didn't always follow doctor's orders. The reasons for low compliance varied from fear of possible side effects to laziness.

Conclusion

The type of doctor-patient relationship did not seem to influence compliance in the elderly respondents in this study. The patient's satisfaction and the way the patient perceives the doctor seems more important. The persuasiveness of the doctor also proved to be of importance. Finally the attitude of the patient compared to compliance was a relevant factor.

Inhoudsopgave

Inleiding	9
Hoofdstuk 1 Communicatie in het consult	12
1.2 Arts-patiënt relatie in een veranderende wereld	12
1.2.1 Veranderingen in morbiditeit.....	12
1.2.2 Veranderingen in de beschikbaarheid van medische informatie.....	13
1.2.3 Veranderingen in het machtsevenwicht tussen arts en patiënt.....	13
1.3 Oog voor communicatie.....	13
1.3.1 Arts-patiënt communicatie: diverse doelen.....	14
1.3.2 De invloed van communicatie op patiëntuitkomsten.....	15
Hoofdstuk 2 Arts-patiënt relatie	16
2.2 Soorten patiënten.....	16
2.2.1 De non-actieve oudere patiënt.....	16
2.2.2 Participatie van ouderen.....	17
2.3 De relatie tussen arts en patiënt.....	18
2.3.1 Paternalistische relatie.....	18
2.3.2 Veranderde professionele status.....	19
2.3.3 De role theory.....	19
2.3.4 Partnership	20
2.3.5 Ouderen en partnership?	21
Hoofdstuk 3 Therapietrouw en de oudere patiënt	22
3.1 Therapietrouw.....	22
3.2 Beïnvloeding van therapietrouw.....	22
3.2.1 Het ASE-model.....	23
3.4 Communicatie en therapietrouw.....	24
Hoofdstuk 4 Methodologie	26
4.1 Interviews	26
4.1.1 Semi-gestructureerde vragenlijst.....	26
4.1.2 De vragen.....	27

4.2	Respondenten.....	27
4.2.1	Patiënten.....	28
4.2.1.1	Criteria en werving.....	28
4.2.2	Artsen.....	29
4.2.2.1	Criteria en werving.....	29
4.2.3	Toestemming en privacy.....	30
4.3	Analyse van resultaten.....	30
4.4	Dilemma's.....	31
4.5	Betrouwbaarheid van het onderzoek.....	31
4.5.1	Externe betrouwbaarheid.....	31
4.5.2	Interne betrouwbaarheid.....	32
4.6	Validiteit van het onderzoek.....	32
4.6.1	Interne validiteit.....	32
4.6.2	Externe validiteit.....	33
4.7	Peer debriefing en external auditing.....	33
Hoofdstuk 5 De arts-patiënt relatie: perspectief van de oudere patiënt.....		35
5.1	Tevredenheid oudere patiënt.....	35
5.2	Informatiebronnen.....	37
5.3	Participatie van de oudere patiënt.....	37
5.3.1	Ruimte om deel te nemen.....	39
5.3.2	Het nemen van beslissingen.....	39
5.4	Tevredenheidsfactoren.....	41
5.4.1	Vertrouwen als belangrijke factor.....	41
Hoofdstuk 6 Therapietrouw bij oudere patiënten.....		43
6.1	Ouderen en therapietrouw.....	43
6.2	Redenen voor hoge therapietrouw.....	44
6.3	Redenen voor lage therapietrouw.....	45
6.4	Invloed arts op therapietrouw.....	48
6.4.1	Wederzijds vertrouwen.....	48
6.5	Inname medicatie.....	49
6.6	Maatregelen ter bevordering van therapietrouw.....	50
Hoofdstuk 7 Goede zorg volgens de patiënt.....		52

7.1	Verwachtingen patiënt.....	52
7.1.1	Taken van de arts.....	52
7.2	Actieve deelname van de patiënt.....	53
7.3	Partnership.....	54
7.3.1	Paternalisme.....	55
7.3.2	Paternalisme of partnership?	56
	Conclusie.....	57
	Discussie.....	59
	Literatuurlijst.....	60
Bijlage 1	Data interviews respondenten.....	65
Bijlage 2	Vragenlijst interview patiënten.....	66
Bijlage 3	Vragenlijst interview artsen.....	67

Inleiding

In het algemeen is er veel vertrouwen in de westerse geneeskunde. De opvatting is dat artsen weten waar ze het over hebben en dat het verstandig is het gegeven advies te volgen, vooral als het gaat om de serieuzere kwalen. Dat vertrouwen zit er ook bij mij diep in en ook die opvatting heb ik me eigen gemaakt. Ik was dan ook verrast om te zien dat er in mijn directe omgeving niet echt sprake was van therapietrouw. Iemand in mijn omgeving was van mening dat de arts niet goed luisterde naar de patiënt en zich paternalistisch opstelde in het gesprek. Deze paternalistische houding van de arts zou ertoe leiden dat de patiënt zich niet hield aan de adviezen van de arts. Terwijl de arts sprak over de behandeling had de patiënt in stilte sterk het gevoel dat de aangeraden behandeling niet zou helpen. De vraag rijst of de therapietrouw groter is wanneer de patiënt actief bijdraagt aan het gesprek en er dus sprake is van een partnership.

Deze gebeurtenis was aanleiding om te onderzoeken hoe de soort relatie tussen arts en patiënt van invloed kan zijn op de therapietrouw. Dit onderzoek richt zich op ouderen omdat Nederland te maken heeft met vergrijzing en het aantal ouderen toeneemt. Momenteel zijn er in Nederland 2,3 miljoen ouderen. Dit komt overeen met ongeveer veertien procent van de totale bevolking (CBS 2007). Honderd jaar geleden was dat slechts vijf procent. Dit percentage steeg aanvankelijk nauwelijks, maar sinds 1930 manifesteert het vergrijzingsproces zich steeds sterker (Beets & Fokkema 2005). Dit houdt in dat de bevolking van Nederland geleidelijk aan het vergrijzen is. Vergrijzing houdt in dat zowel het absolute aantal ouderen als het aandeel ouderen in de totale bevolking toeneemt. Daarnaast is sprake van een zogenoemde dubbele vergrijzing. Daarbij neemt het aantal personen van 80 jaar en ouder relatief het sterkst toe binnen de groep van 65-plussers (RIVM 2005).

De vergrijzing is geruime tijd geleden begonnen en een verdere vergrijzing is onontkoombaar. De verwachting is dat de komende decennia het aantal ouderen zal blijven toenemen, vanaf 2010 zelfs in versnelde mate. De factoren die in het verleden tot een stijging van het aantal ouderen hebben geleid, blijven ook in de toekomst een belangrijke rol spelen, zij het in mindere mate als in de afgelopen jaren (RIVM 2005). De sterke groei van het aantal ouderen stelt de samenleving voor vele uitdagingen, ook op het gebied van de gezondheidszorg. Feit is dat ouderen langer leven en zij zullen vaker zorg nodig hebben.

Het is in hun eigen belang dat zij doktersadvies volgen. Wanneer aangeraden wordt om de leefwijze te veranderen of bepaalde medicijnen in te nemen is het belangrijk dat het ook daadwerkelijk wordt gedaan. Therapietrouw is immers cruciaal om een bepaalde gezondheidstoestand te bereiken of te behouden. Weten hoe de therapietrouw kan worden bevorderd kan dan ook van significante waarde zijn. Uit onderzoek is gebleken dat de interactie tussen arts en patiënt van invloed kan zijn op de therapietrouw (Svensson et al. 2000). De interactie tussen de arts en patiënt kan verschillend van aard zijn, aangezien er twee verschillende relaties bestaan: de paternalistische en de partnership relatie (Childress & Siegler 1984).

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om een beeld te vormen hoe therapietrouw van ouderen wordt beïnvloed door de relatie tussen de arts en de oudere patiënt. Met de vergrijzing in gedachte wordt het belangrijker om ervoor te zorgen dat ouderen luisteren naar de arts. Ik hoop dan ook dat ik door middel van mijn onderzoek zowel patiënten als artsen het belang van goede interactie en therapietrouw kan laten inzien.

Probleemstelling

In dit onderzoek zal dan ook geprobeerd worden de volgende onderzoeksvraag te beantwoorden:

Wat is de invloed van de (paternalistische/partnership) relatie tussen arts en patiënt op de therapietrouw van ouderen?

De onderzoeksvraag zal ondersteund worden door de volgende deelvragen:

- Hoe wordt de relatie tussen arts en patiënt ervaren door ouderen?
- Welke redenen geven ouderen om wel of niet therapietrouw te zijn?
- Welke relatie associëren oudere patiënten met goede zorgverlening, een paternalistische of een partnership relatie?

Leeswijzer

Deze scriptie is als volgt opgebouwd. De eerste drie hoofdstukken vormen samen het theoretisch kader. Relevante begrippen en theorieën zullen verder worden uitgewerkt en toegelicht. In het eerste hoofdstuk zal verder worden ingegaan op de communicatie tussen

de arts en de oudere patiënt. Er zal worden aangegeven waarom communicatie een belangrijke rol speelt in het zorgverleningsproces. In het daarop volgende hoofdstuk zullen de partnership en paternalistische relatie verder worden uitgewerkt zodat de verschillen tussen de twee relaties duidelijk worden. In hoofdstuk drie tenslotte zal het belang van therapietrouw worden aangegeven en wat de relatie is met de communicatie tussen arts en patiënt. In hoofdstuk vier zal uitgebreid worden uitgelegd hoe dit onderzoek is uitgevoerd. In de daarop drie volgende hoofdstukken worden de resultaten besproken, die gevolgd zullen worden door de conclusie. Tenslotte volgt er nog een discussie.

Hoofdstuk 1 Communicatie in het consult

Nederland heeft te maken met vergrijzing. Vergrijzing houdt in dat het aandeel ouderen in de bevolking toeneemt waardoor de gemiddelde leeftijd stijgt (RIVM 2005). Daar komt nog bij dat de oudere bevolking langer leeft en in de toekomst vaker een ziekte zal hebben (RIVM 2004). Het aantal artsbezoeken zal daardoor toenemen. Van den Brink-Muinen et al. noemen het consult de kern van zo'n artsbezoek. De belangrijkste taken die de arts daarin heeft zijn het stellen van een diagnose, het geven van advies en informatie, het vergroten van de autonomie en zelfredzaamheid en het verlichten van ongerustheid. Zodoende zijn voor de arts naast medische kennis ook communicatievaardigheden onontbeerlijk (van den Brink-Muinen et al. 2004). Over het algemeen zijn patiënten tevreden over het contact met de arts. Als er wel sprake is van kritiek, dan heeft deze in de meeste gevallen betrekking op de communicatie (McWhinney 1998). Om goede zorg te verlenen is het belangrijk dat er gestreefd wordt naar een goede relatie tussen de arts en patiënt en waarin sprake is van afgestemde communicatie tussen de arts en patiënt.

1.2 Arts-patiënt relatie in een veranderende wereld

De relatie tussen de arts en de patiënt is fundamenteel veranderd. Dat is te merken aan de vele nieuwe begrippen die opduiken in de literatuur, zoals consumentisme en patiëntgerichte zorg. Deze verandering is volgens van den Brink-Muinen et. al het gevolg van drie ontwikkelingen: veranderingen in morbiditeit, veranderingen in de beschikbaarheid van medische informatie en veranderingen in het machtsevenwicht tussen arts en patiënt. Deze hebben er samen toe geleid dat zowel de arts als de patiënt nu een andere rol aannemen. Communicatie heeft een andere plek gekregen in het consult (Van den Brink-Muinen et al. 2004).

1.2.1 Veranderingen in morbiditeit

De morbiditeit is de afgelopen eeuw drastisch veranderd. In vroegere tijden waren acute ziekten overheersend. De patiënten herstelden of ze stierven als gevolg van hun ziekte. In de meeste westerse landen echter, zijn de sterfte- en ziektepatronen sterk gewijzigd. In de medische literatuur wordt dit de epidemiologische overgang genoemd (Mackenbach 1993). De epidemiologische overgang houdt de verschuiving in die heeft plaatsgevonden van de aandoeningen die de bevolking tegenwoordig bedreigen van besmettelijke en overdraagbare aandoeningen naar chronische en degeneratieve ziekten. De daling in sterftecijfer is voor

bijna de helft terug te voeren op infectieziekten. Aan de andere kant is het aandeel van chronische en degeneratieve ziekten, zoals kanker, in alle ontwikkelde landen toegenomen (Van den Brink-Muinen et al. 2004).

1.2.2 Veranderingen in de beschikbaarheid van medische informatie

Vroeger waren patiënten afhankelijk van de arts of andere zorgverleners als ze informatie wilden, maar nu is dat een ander verhaal. De toegankelijkheid van de informatie over ziekte en behandelingen is aanzienlijk verbeterd (Mechanic 2001). De arts is niet langer meer de exclusieve bron van medische informatie (Steinhart 2002). Dit wordt gezien als iets positiefs, aangezien veel patiënten zoveel mogelijk informatie willen over de eigen gezondheidsproblemen, de mogelijke oorzaken en de mogelijke behandelingen (Ong et al. 1995). De informatie- en telecommunicatietechnologie geven patiënten verschillende mogelijkheden om informatie, advies, hulp en steun te krijgen in verband met hun gezondheid. Het internet is daar een goed voorbeeld van. Dit geeft de patiënt de vrijheid om zelf zaken uit te zoeken en de arts er op aan te spreken. Dit versterkt de positie van de patiënt en de patiënt kan actief deelnemen aan het gesprek.

1.2.3 Veranderingen in het machtsevenwicht tussen arts en patiënt

Er is sprake van een algemene verschuiving van autoritaire naar meer egalitaire relaties in de moderne westerse samenleving. Deze verschuiving wordt ondersteund door verscheidene maatschappelijke ontwikkelingen. Mensen zijn tegenwoordig hoger opgeleid en de kloof tussen de arts en patiënt in termen van kennis is afgenomen. Dit heeft geleid tot een meer gelijkwaardige relatie tijdens het consult. Ook de beschikking en toegang tot de medische informatie heeft dit proces bevorderd. De patiënt wordt nu ook ondersteund door patiënten- en consumentenorganisaties die de patiënt relevante informatie leveren (McKinlay & Marceau 2002).

1.3 Oog voor communicatie

De communicatie is een belangrijk aspect van de relatie tussen de arts en patiënt. Goede communicatie kan in vele opzichten voordelig zijn voor de patiënt. Om beter te begrijpen waarom communicatie zo belangrijk is, is het belangrijk te kijken naar het doel van communicatie en in welk opzicht de patiënt er beter van wordt.

1.3.1 Arts-patient communicatie: diverse doelen

Communicatie kent verschillende doelen. Deze conclusie is getrokken door Ong et al. Ong en zijn collega's zijn psychologen die systematisch alle literatuur over de communicatie tussen de arts en patiënt hebben bekeken en vervolgens een overzicht daarvan hebben gegeven in een artikel. Zij kwamen tot de conclusie dat er drie doelen kunnen worden onderscheiden: creëren van een goede inter-persoonlijke relatie, uitwisselen van informatie en het nemen van beslissingen gerelateerd aan de behandeling.

Creëren van een goede inter-persoonlijke relatie

Een goede inter-persoonlijke relatie wordt gezien als een vereiste voor optimale medische zorg. Een goede inter-persoonlijke relatie heeft kernelementen die cruciaal zijn voor de efficiëntie van de therapie, zoals empathie, respect, acceptatie en warmte (Ong et al. 1995). Het ideale consult integreert de patiëntgerichte benadering en de artsgerichte benadering: de patiënt leidt het gesprek als het gaat over zaken waar de patiënt expert is, zoals symptomen en zorgen, en de arts leidt het gesprek wanneer zijn expertise nodig is, bijvoorbeeld als er een behandeling moet worden vastgesteld (Ong et al. 1995).

Uitwisselen van informatie

Een ander belangrijk doel is de uitwisseling van informatie tussen de arts en de patiënt. Vanuit het perspectief van de arts gezien heeft de dokter informatie nodig om de juiste diagnose en behandeling vast te stellen. Gezien vanuit het perspectief van de patiënt is het belangrijk dat de patiënt weet wat er aan de hand is en weet dat de arts hem serieus neemt en accepteert. Om de behoeftes van beide partijen te vervullen, nemen de arts en de patiënt afwisselend de rol in van informatiegever of informatieontvanger. Voor de arts is het belangrijk om er naar te streven de perceptie van de patiënt van de ziekte en de verwachtingen ten aanzien van de ziekte te ontlocken om te komen tot effectieve uitwisseling van informatie (Ong et al. 1995).

Nemen van beslissingen

Medische communicatie moet er ook zorg voor dragen dat de arts en de patiënt in staat zijn beslissingen te nemen over behandeling. Eerst nam de arts alle beslissingen, maar nu is dat veranderd en artsen moeten de patiënten betrekken bij het nemen van relevante beslissingen. Het is aan de patiënt zelf om actief mee te doen, maar voordat patiënten weigeren deel te nemen moeten ze wel keuze worden gegeven van de arts om te participeren (Ong et al. 1995).

1.3.2 De invloed van communicatie op patiëntuitkomsten

Ong et al. leidden uit alle literatuur over communicatie ook af dat communicatie van invloed kan zijn op vele patiëntuitkomsten. Veel verschillende patiëntuitkomsten zijn geïdentificeerd, zoals tevredenheid, kennis en genezing. Hier zullen echter slechts de meest voorkomende worden besproken.

Patiënttevredenheid

De tevredenheid van patiënten is een uitkomstmaat die het vaakst wordt gebruikt. Dit heeft te maken met het feit dat het een logische en intuïtieve appeal heeft (Ong et al. 1995).

Patiënten zijn vaak ontevreden over de informatie die zij ontvangen. De arts onderschat vaak de wens van de patiënt om informatie te ontvangen. Wanneer de arts veel informatie verschaft, veel tijd besteedt aan het gesprek met de patiënt en wanneer het consult lang duurt, is de tevredenheid onder de patiënten groter (Ong et al. 1995).

Therapietrouw van de patiënt

Therapietrouw wordt beschouwd als een maat om de effectiviteit van de interactie tussen de arts en de patiënt te meten. Als de arts een patiëntgerichte houding heeft en als onderdeel daarvan vaak naar de mening van de patiënt vraagt, blijkt de patiënt trouwer te zijn aan de therapie. Wat hiermee samenhangt is dat als de patiënt veel informatie heeft ontvangen van de arts en dus ruime kennis heeft over zijn ziekte dit de terapietrouw positief beïnvloedt (Ong et al. 1995).

Gezondheidsuitkomsten

Het doel van het verlenen van zorg is het produceren van optimale gezondheidsuitkomsten. Effectieve communicatie tussen de arts en patiënt zou dan moeten leiden tot een verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt. Uit onderzoek blijkt dat een actievere deelname van de patiënt en meer informatieverschaffing door de arts gerelateerd is aan een betere gezondheidsstatus van de patiënt. Deze resultaten suggereren dat de arts-patiënt relatie relevante consequenties kan hebben voor gezondheidsuitkomsten. De arts-patiënt relatie kan gezien worden als een band die fungeert als een vorm van sociale steun. Artsen die met hun gedrag het zelfvertrouwen, de motivatie en de perceptie van de patiënt van hun gezondheidsstatus versterken kunnen daarmee indirect de gezondheidsstatus van de patiënt beïnvloeden (Ong et al. 1995).

Hoofdstuk 2 Arts-patiënt relatie

De communicatie tussen de arts en de patiënt vormt een belangrijk element de relatie. Er is dan ook veel onderzoek gedaan naar de communicatie tussen arts en patiënt (Ong et al. 1995, Vieder et al 2002, Buller & Buller 1987). Uit een studie bleek dat hoe beter de communicatie wordt ervaren, hoe meer tevreden de patiënt is over de verleende zorg. Deze studie onderzocht in welke mate de voorkeur van de arts en de patiënt voor deelname in hun relatie betrekking had op hun communicatiestijl en aanpassing aan de communicatie van de andere participant. Anders gezegd, hoe de participant reageert op de communicatie van de ander. Uit het onderzoek bleek dat naarmate de ziekte en de behandelmogelijkheden beter worden begrepen, doktersadvies vaker wordt gevolgd en er een grotere gezondheidsverbetering wordt ervaren wanneer patiënten meer betrokken worden tijdens consulten en de arts zich informatief opstelt en steun verleent aan de patiënt (Street et al. 2003).

2.2 Soorten patiënten

De communicatie tussen arts en patiënt kan verschillend van aard zijn. De oorzaak van dit verschil is het soort patiënt dat de arts voor zich krijgt. Je zou kunnen zeggen dat er twee soorten oudere patiënten te onderscheiden zijn: de niet actieve patiënt en de participerende patiënt. Tussen deze beide groepen ligt een continuüm van mogelijkheden, maar omwille van de duidelijkheid bespreken we hier alleen de twee uitersten.

2.2.1 De non-actieve oudere patiënt

Door de organisatie Nivel is er een onderzoek gedaan naar de communicatie tussen de huisarts en de patiënt (Nivel is een Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg). Het algemene doel van het onderzoek was om inzicht te krijgen in de huidige manier van communiceren van huisartsen en patiënten. Verder is ook gekeken naar de historische verschillen tussen communicatie in de jaren tachtig en in de huidige tijd (van den Brink-Muinen et al. 2004).

Uit dat onderzoek bleek dat ouderen minder assertief zijn dan andere patiënten en dat ze wat minder vragen stellen. Wel vragen ze de arts vaker of deze heeft begrepen wat ze hebben gezegd. Ouderen hebben er minder behoefte aan om betrokken te worden bij beslissingen, maar hebben behoefte aan een empathische arts. Artsen blijken dan ook

inderdaad empathischer tegen oudere patiënten. Zulk gedrag blijkt bij ouderen effectief te zijn om ervoor te zorgen dat ze opener zijn tegenover de arts en duidelijk kunnen aangeven wat hun klacht is (van den Brink-Muinen et al. 2004). Jongeren nemen vaker een beslissing over een specifieke behandeling samen met de arts dan oudere patiënten. Bij consulten met oudere patiënten was er minder sprake van gezamenlijke besluitvorming. Ouderen gaan minder actief het gesprek aan met de arts door om opheldering te vragen en medische vragen te stellen (Ong et al. 1999).

Wat ook uit het onderzoek naar voren kwam, was dat artsen zelf ook bijdragen aan de zwijgzame patiënt. Zij moedigen patiënten van 65 jaar en ouder minder aan en betrekken hen minder bij het nemen van beslissingen. Tegenover deze groep patiënten was de arts wel affectiever dan tegenover een andere patiëntengroep. Artsen zijn bezorgder over ouderen en maken vaker zomaar een praatje. Vaak gaat dat praatje over andere dingen dan hun gezondheid. Artsen stellen ouderen minder vragen en geven minder medische informatie en adviezen dan aan andere leeftijdsgroepen (van den Brink-Muinen et al. 2004).

2.2.2 Participatie van ouderen

Niet alle oudere patiënten geven een voorkeur aan non-participatie (Xu 2004). Dit bleek uit een onderzoek dat erop gericht was de effecten van de participatiestijl van zowel de arts als de patiënt op de patiënttevredenheid te onderzoeken.

Ook ander onderzoek toont dat er wel degelijk sprake kan zijn van een partnership tussen de arts en de oudere patiënt. Dit was een kwalitatief onderzoek en er werd voornamelijk gelet op welke mening ouderen er op na houden over de arts en de arts-patiënt relatie. Het onderzoek toonde aan dat ouderen de neiging hebben zichzelf te zien als de gelijke van de arts en zichzelf te zien als een expert op het persoonlijke vlak. Die kennis willen ze ook delen met de arts (Shapiro et al. 2003). De arts moet volledig op de hoogte zijn van de medische historie, zodat er betere zorg kan worden verleend. Verder moet er in het proces van informatie-uitwisseling alle beschikbare behandelopties worden besproken. Op die manier kan de patiënt meedenken over de geschikte behandeling (Flynn et al. 2006). Oudere patiënten willen zoveel mogelijk informatie van de arts over de ziekte (Pinquart & Duberstein 2004). Uit het onderzoek bleek dat ouderen bereid waren krachtig op te treden en zelfs confronterend om ervoor te zorgen dat ze die zorg kregen waar ze behoefte aan hadden

(Shapiro et al. 2003). Dit leidde ertoe dat de ouderen actief meededen aan het gesprek en er een partnership ontstond.

Het actief deelnemen van de patiënt in het consult kan helpen bij het kiezen van de geschikte behandeling, vooral wanneer uit medisch perspectief geen duidelijke behandelingsvoorkeur bestaat. De participatie van de patiënt in het besluitvormingsproces omvat het verstrekken van informatie van de arts aan de patiënt over de voordelen en risico's van de behandeling, het verschaffen van informatie van de patiënt aan de arts over zijn waarden en het eens worden over de uiteindelijke behandeling (Charles et al. 2003). Uit onderzoek dat als doel had het identificeren van communicatiestijlen en artskaracteristieken die samenhangen met verbeterde therapietrouw en tevredenheid van patiënten, is gebleken dat veel ouderen de behandeling het meest effectief ervaren wanneer de arts hen actief betreft in het consult en het gesprek uitgebreid en educatief is (Vieder et al. 2002). Dit kan aanleiding zijn voor de arts om oudere patiënten te proberen te betrekken bij het besluitvormingsproces. Door hen meer verantwoordelijkheid te geven, kan de arts hen helpen om zelf hun gezondheidsproblemen aan te pakken en hun vertrouwen in zelfzorg steunen (van den Brink-Muinen et al. 2004). Naarmate het aantal ouderen in de toekomst toeneemt, wordt dit belangrijker.

2.3 De relatie tussen arts en patiënt

Zoals uit voorgaande blijkt, kan er onderscheid worden gemaakt tussen de mondige en niet mondige patiënt. Dit leidt er toe dat het consult verschillend van aard is en er twee soorten relaties kunnen bestaan tussen de arts en patiënt.

2.3.1 Paternalistische relatie

De niet mondige patiënt zal een paternalistische relatie hebben met de arts. Dit is in overeenstemming met de rolverdeling van vroeger. In eerdere tijden waren de rollen van de arts en patiënt helder gedefinieerd. De arts had een morele autoriteit in een asymmetrische relatie. Er was duidelijk een aanwezigheid van een bepaalde hiërarchie. Alle medische beslissingen lagen in de hand van de arts. De beslissing was vanzelfsprekend wel in het voordeel van de patiënt, maar ze was niet open voor discussie (Quill et al. 1996). De arts zag zichzelf in een superieure positie. Er was geen sprake van participatie van de patiënt, maar de arts was wel bereid om vragen te beantwoorden over de ziekte. Een dergelijke relatie wordt ook wel een paternalistische relatie genoemd (Childress & Siegler 1984). In dit model kunnen twee typen relaties worden onderscheiden. Het eerste is de ouder-kind relatie. De

rol van de arts is actief, terwijl de patiënt een passieve rol heeft. De patiënt is net als een kind voornamelijk een afhankelijke ontvanger van zorg. Het tweede type relatie is die van ouder-adolescente kind. In een dergelijke relatie leidt de arts de patiënt door aan te geven wat er verwacht wordt en wat er gedaan moet worden. De patiënt werkt mee door te gehoorzamen.

2.3.2 Veranderde professionele status

Deze paternalistische relatie heeft lang stand gehouden door de perceptie van de maatschappij over de arts. In de jaren vijftig namelijk werd het professionalisme een speciale, beschermde status verleend. De artsen hadden de mogelijkheid om het praktiseren te controleren. In die tijd konden artsen zelf hun honorarium bepalen en hun werk werd door niemand geïnspecteerd. Artsen hadden de volledige controle over de voorwaarden en inhoud van hun werk (Freidson 2001). Het was een algemeen geaccepteerd concept en niemand wist beter. Nu hebben artsen niet zoveel vrijheid meer. Er zijn vele protocollen en richtlijnen ontwikkeld die de arts in acht moet nemen. Tegenwoordig wordt de arts niet meer gezien als een autoriteit, maar iemand die door zijn expertise iets kan betekenen voor de patiënt. Deze nieuwe denkwijze is niet van toepassing op alle ouderen. Een deel ziet de arts nog steeds als een autoriteit die het voor het zeggen heeft. Dit verschijnsel kan worden verklaard door de role theory die hieronder besproken zal worden.

2.3.3 De role theory

De 'role theory' betreft een van de belangrijkste kenmerken van het sociale leven, namelijk karakteristieke gedragspatronen of rollen. Deze theorie veronderstelt dat het menselijk gedrag geleid wordt door de verwachtingen die de persoon van zichzelf heeft en van andere personen. Deze verwachtingen komen overeen met de verschillende rollen die de individuen spelen of acteren in hun dagelijkse leven, zoals moeder, vriend of directeur. In het algemeen hebben en beheren individuen vele rollen. De rollen bestaan uit een set van regels of normen die fungeren als plannen die als leidraad dienen voor het gedrag. Rollen specificeren welke doelen nagestreefd moeten worden, welke taken voltooid moeten worden en wat voor soort gedrag gewenst is in een bepaalde scenario of in gegeven situaties. De theorie stelt dat een substantieel deel van het waargenomen dagelijks gedrag simpelweg de rol is die een individu uitvoert. De 'role theory' is voorspelbaar. Dat wil zeggen, wanneer de informatie over de rolverwachting van een bepaalde positie bekend is, een significant deel van het gedrag van de persoon die de positie bekleedt, voorspeld kan worden (Biddle 1986).

Samenvattend kan gezegd worden dat de role theory ervan uit gaat dat mensen verwachtingen hebben van elkaar en dat die verwachtingen het gedrag van de personen leiden. Die verwachtingen hangen samen met de rol die de individu speelt. Als het wordt toegepast op oudere patiënten en de artsen kan het volgende worden gezegd: oudere patiënten zijn opgegroeid in een periode waarin de arts een traditioneel machtsfiguur was, een persoon waar men ontzag voor moest hebben en die gehoorzaamd moest worden (Robinson & Thomson 2001). De patiënt had de rol van de gehoorzamer en de arts die van leidinggever. Hiervan kunnen de verwachtingen worden afgeleid die beiden partijen van elkaar hadden. De patiënt verwachtte een 'opdracht' te krijgen van de arts zodat die gevolgd kon worden en de arts verwachtte op zijn beurt opvolging van die opdracht. Bij sommige ouderen die zijn opgegroeid in een dergelijk milieu is het beeld van de autoritaire arts blijven hangen, terwijl andere ouderen de rol van de arts nu anders zien. Een andere rol betekent dat de ouderen nu ook andere verwachtingen hebben. Artsen zelf komen tot het inzicht dat zij zeker niet altijd het beste weten voor de patiënt. Het is moeilijk daar zekerheid over te hebben. Mocht de genomen beslissing de verkeerde zijn, dan zullen de beschuldigende vingers in de richting van de arts wijzen. Paternalisten geven aan dat ze bereid zijn te leven met die risico's, maar het zijn helaas de patiënten die moeten leven met hun fouten (Mckinstry 1992).

2.3.4 Partnership

Met de komst van de mondige patiënt is de paternalistische relatie steeds zeldzamer geworden. Bovendien wordt er tegenwoordig de nadruk gelegd op patiëntgerichte zorg. Dit houdt in dat goede kwaliteit van zorg alleen geleverd kan worden wanneer artsen de diagnose van de ziekte integreren met hun inzicht in de ervaringen van de patiënten met het leven en hun ziekte. Alleen dan kan er advies worden gegeven dat geschikt is voor de patiënt (Epstein 2000). Er is steeds meer sprake van een partnership tussen de arts en patiënt. De arts en patiënt worden gezien als partners of collega's van elkaar die samen tot een goede behandeling proberen te komen. Er is geen sprake meer van een blind vertrouwen in de arts (Loewy 2005).

In een partnership willen patiënten meer betrokken zijn bij het nemen van een besluit. Ze zijn assertiever, stellen veel vragen en willen volledig op de hoogte zijn van de beschikbare behandelingen. Deze relatie heeft overeenkomsten met de paternalistische relatie, maar het verschil is dat deze relatie de overtuigingen van de arts en patiënt over bijvoorbeeld gezondheid gelijk stelt. In dit proces wordt de autonomie van beide partijen gerespecteerd.

Er is sprake van gelijkheid in dit model, maar het verschil in bekwaamheid en verantwoordelijkheid blijft. De arts heeft namelijk alle noodzakelijke medische kennis, de patiënt niet. De arts blijft er dan ook verantwoordelijk voor om uiteindelijk de juiste beslissing te nemen. Het type relatie in dit model is die van volwassene-volwassene. De arts helpt de patiënt zichzelf te helpen, terwijl de patiënt de hulp van de expert (de arts) gebruikt om zijn doel te bereiken. Zo'n relatie gaat ervan uit dat de betrokkenen ongeveer gelijke macht hebben, wederzijds afhankelijk zijn en deelnemen aan activiteiten waar beiden het eens mee zijn. Wat dit model verder onderscheidt van het paternalistische model is dat de arts niet weet wat het beste is voor de patiënt. De zoektocht daarnaar vormt de essentie van het consult. De eigen ervaringen van de patiënt leveren onontbeerlijke informatie voor de uiteindelijke overeenkomst over wat gezondheid betekent voor de patiënt (Childress & Siegler 1984).

2.3.5 Ouderen en partnership?

Hoewel deze vorm van relatie breeduit wordt geprezen, rijst de vraag of deze relatie wel toepasbaar is op alle groepen, in het bijzonder de ouderen. Ouderen, net als alle andere patiëntengroepen, hebben het recht eigen beslissingen te nemen aangaande medische behandelingen. Het is echter niet zeker of de oudere patiënt wel in staat is goede beslissingen te nemen. De medische kennis om goede doordachte beslissingen te nemen mist. Bovendien kan de ziekte, zoals dementie of Alzheimer, het denkvermogen van de patiënt beïnvloeden. De beslissingen die een patiënt neemt, kunnen vervormd zijn (Loewy 2005). Een paternalistische relatie wordt dan ook wel aangeduid als de meest geschikte relatie tussen de arts en de oudere patiënt. Artsen hebben een eed afgelegd dat zij hun best zullen doen voor hun patiënten, dat ze dat advies of behandeling zullen geven dat volgens hun oordeel het meeste voordeel heeft voor de patiënt. Medische beslissingen kunnen derhalve het beste worden overgelaten aan de arts (Lim 2002).

Hoofdstuk 3 Therapietrouw en de oudere patiënt

De mondige oudere patiënt hanteert een partnership met de arts, en de niet mondige oudere patiënt bevindt zich in een paternalistische relatie. Beide relaties hebben gemeen dat er aan het eind van het consult de arts een bepaalde therapie voorschrijft aan de patiënt. Die therapie kan medicatie zijn of een dieet. De cirkel van goede zorg is pas rond, als de arts de patiënten ervan heeft kunnen overtuigen om de afgesproken behandeling ook daadwerkelijk te volgen. Zoals al eerder is aangekaart, leeft de oudere bevolking langer en zal in de toekomst vaker een ziekte hebben. Door de medische technologie en hulpmiddelen kunnen de gevolgen van ziektes beter gecompenseerd worden (RIVM 2004). Een voorwaarde daarvoor is wel dat er sprake is van terapietrouw bij ouderen. De vraag rijst dan wat de invloed van elk van beide relaties is op de terapietrouw bij ouderen.

3.1 Therapietrouw

Therapietrouw wordt omschreven als de mate waarin het gedrag van de patiënt, in termen van het nemen van medicijnen, het volgen van diëten of het uitvoeren van levensstijlveranderingen, overeenkomt met medisch advies (Loghman-Adham 2003). Het advies dat de arts geeft aan zijn patiënt omvat meestal het gedrag dat vermeden moet worden en het gedrag dat juist aangemoedigd moet worden. De meeste patiënten volgen het advies dat het gemakkelijkst is, zoals het innemen van medicijnen en ontwijken het moeilijkste advies, zoals het opgeven van gewoontes. Er is gebleken dat als één specifieke behandeling wordt gevolgd, dit invloed heeft op de andere adviezen. Behandelingen die het oordeel van de patiënt vereisen of erg complex zijn, worden vaak geassocieerd met lage terapietrouw (Davis 1986).

3.2 Beïnvloeding van terapietrouw

Het gebrek aan terapietrouw blijft een uitdaging voor zowel artsen als wetenschappers. Zelfs na vele onderzoeken blijft de vraag waarom mensen niet terapietrouw zijn onbeantwoord. Het niet volgen van het advies van de arts heeft verstrekkende gevolgen. Patiënten profiteren niet volledig van de voordelen van een behandeling, met als resultaat slechte gezondheidsresultaten, lagere kwaliteit van leven en stijgende gezondheidszorgkosten (Sluijs et al. 2006). Om het geheel nog ingewikkelder te maken, wordt terapietrouw beïnvloed door verschillende factoren.

3.2.1 Het ASE-model

De factoren die therapietrouw beïnvloeden kunnen onderverdeeld worden door middel van het ASE-model. Het ASE-model kent drie determinanten: Attitude, Sociale invloed en Eigen-effectiviteitsverwachting (Meertens et al. 2000).

Attitude

Met deze term wordt de houding bedoeld van mensen ten aanzien van onderwerpen. Attitudes kunnen richting geven aan gedrag, maar ook het gedrag zelf kan object zijn van een attitude. Attitudes over gedragingen worden mede gevormd door eerdere leerervaringen. Wanneer een gedrag heeft geleid tot beloningen, zal er een positieve attitude ten aanzien van dat gedrag ontstaan. Andersom geldt natuurlijk ook dat er een negatieve attitude zal ontstaan wanneer gedrag heeft geleid tot straffen (Meertens et al. 2000). Ouderen die bijvoorbeeld bijwerkingen ervaren zijn meer geneigd om de voorgestelde behandeling niet te volgen (McElnay et al. 1997). De ervaring leert dat het innemen van de medicijnen leidt tot bijwerkingen. De bijwerkingen kunnen in dit geval opgevat worden als 'straf'. Er ontstaat een negatieve houding en de medicijnen worden niet meer ingenomen, vandaar lage therapietrouw.

Attitudes zijn niet alleen gebaseerd op logische redeneringen en doordachte overwegingen, maar ook op diepgewortelde gewoontes en irrationele overtuigingen. Attitude wordt ook bepaald door hoe de persoon de uitkomsten evalueert die verbonden zijn aan de overwegingen: de evaluatie van deze overwegingen. Worden de uitkomsten belangrijk genoeg gevonden, zal dat een groot effect hebben op de attitude. Omgekeerd kan gezegd worden dat als de uitkomst niet van belang wordt geacht, deze geen uitwerking zal hebben op de houding (Meertens et al. 2000). Zo vormt weinig kennis over de medicatie een grote belemmering om dokteradvies te volgen (Barat et al. 2001). Als niet duidelijk is wat het gevolg is van het niet innemen van de medicijnen, zullen de uitkomsten hiervan niet goed geëvalueerd worden en zal de patiënt niet geneigd zijn de houding te veranderen. Anders gezegd, de patiënt zal blijven verder gaan met het niet innemen van de medicijnen.

Sociale invloed

Er kunnen drie soorten sociale invloeden worden onderscheiden. De eerste is subjectieve normen. Hieronder worden de opvattingen van anderen verstaan. Uitgangspunt hierbij is dat wanneer een persoon niet voldoet aan de verwachtingen van de eigen sociale omgeving, dit kan resulteren in sociale sancties. Het tweede is sociale steun of sociale druk. Het gaat

hierbij om meer directe invloeden van anderen. Als laatste is er modelling. De persoon leert door het observeren van andermans gedrag (Meertens et al. 2000).

Sociale invloed kan veel effect hebben op therapietrouw. Oudere patiënten worden vaak bijgestaan door familie, vrienden en kennissen. Oudere patiënten worden vaak gezien als personen die extra hulp nodig hebben. De kans is dan ook groot dat familie zich gaat bemoeien met medische beslissingen. Die invloed kan twee kanten op werken. De mening van de omgeving van de patiënt kan in strijd zijn met het medisch advies en de autoriteit van de arts kan hierdoor teniet worden gedaan. Aan de andere kant wordt hulp en steun van de familie in tijden van crisis in verband gebracht met hoge therapietrouw. Deze positieve invloed van de omgeving kan verklaard worden door het feit dat de patiënt een betere relatie heeft met de familie en vrienden dan met de arts (Davis 1986).

Eigen-effectiviteitsverwachting

Met deze term wordt verwezen naar de vraag of de persoon zichzelf in staat acht het betreffende gedrag uit te voeren (Meertens et al. 2000). Medicatieregulering heeft veel te maken met dit concept. Het vermogen om de medicatie te reguleren heeft ook veel te maken met therapietrouw. Het gaat dan om het cognitieve en functionele vermogen om medicatie te gebruiken zoals het is voorgeschreven. Het meet het vermogen van de patiënt om trouw te zijn aan een behandeling wanneer het wel gewenst is. Afwijkingen van de therapietrouw zijn dan te wijten aan een gebrek aan vermogen en zijn dus onbedoeld (Maddigan et al. 2003). Ouderen zijn van mening dat het ze niet lukt door een slecht geheugen of door slechte mobiliteit. Hierdoor geven ze sneller op wat weer leidt tot lage therapietrouw. Het vermogen van ouderen om hun medicatie te reguleren is van belang, omdat deze bevolkingsgroep veel medicijnen gebruikt. Er is gebleken dat wanneer ouderen meerdere medicijnen moeten innemen, de kans op lage therapietrouw groter is (Barat et al. 2001). Bovendien zijn ouderen bijzonder kwetsbaar vanwege hun chronische aandoeningen, de vele medicijnen en de invloed van het ouder worden op de metabolisme van de medicijnen.

3.4 Communicatie en therapietrouw

Er zijn vele factoren die de therapietrouw bij ouderen beïnvloeden. Een van de grote redenen voor lage of geen therapietrouw bij ouderen echter is de slechte communicatie met de arts (Weiler 1990). Veel experts wijzen dan ook op het belang van de arts-patiënt communicatie als het aankomt op therapietrouw. Communicatie is essentieel in het geheel. De patiënt moet zich gerespecteerd voelen en beslissingen moeten samen worden genomen. De communicatie moet zodanig zijn dat patiënten zich comfortabel genoeg voelen om de

moeilijkheden te bespreken die zij ervaren bij het medicijngebruik. Gebruiksmethodes kunnen tijdig worden aangepast, zodat het risico op slechte therapietrouw wordt verminderd (Sluijs et al. 2006).

Ook is het belangrijk dat de patiënt adequaat wordt ingelicht. Adequaat impliceert niet alleen dat de patiënt de informatie begrijpt en onthoudt, maar additionele condities zijn vereist zodat de informatie effectief is in het veranderen van de attitude en motivatie van de patiënt om het gegeven advies te volgen. Al eerder is gezegd dat veel artsen ouderen niet actief betrekken bij het besluitvormingsproces. De arts is de persoon die praat, de ouderen luisteren en zij gaan ervan uit dat de arts het beste weet. Uit onderzoeken is echter gebleken dat therapietrouw samenhangt met de kennis die de patiënt heeft over de medicatie. Die kennis kan vergroot worden door de ouderen actief te betrekken. Ook is gebleken dat als de patiënt tevreden is over de voorgestelde behandeling, de kans groter is dat die behandeling ook trouw gevolgd zal worden (Endrizzi & Rossi 2006). Het is belangrijk dat patiënten vertrouwen hebben in de arts. Zij moeten de informatie die afkomstig is van de arts accepteren en geloven. De nadruk ligt op de informatie over waarom therapietrouw belangrijk is om de houding en motivatie van de patiënt te beïnvloeden. Een patiënt die namelijk geen heil ziet in een behandeling, zal gemakkelijk de pillen laten staan (Sluijs et al. 2006).

De focus op wat het gemakkelijker maakt voor patiënten is een goed begin. De arts moet samen met de patiënt kijken wat de beste oplossing is voor de patiënt. De individuele behoeftes en moeilijkheden moeten worden geïdentificeerd. Het bevorderen van therapietrouw vraagt dan ook om een individuele benadering van patiënten. Waar dat mogelijk en geschikt is, moet de eenvoudigste oplossing worden gekozen. Echter, alleen het vereenvoudigen garandeert geen volledige therapietrouw (Sluijs et al. 2006).

Hoofdstuk 4 Methodologie

In dit onderzoek stond de volgende probleemstelling centraal: wat is de invloed van de (paternalistische/partnership) relatie tussen arts en patiënt op de therapietrouw van ouderen? Om deze vraag te beantwoorden is er gekozen voor een kwalitatief onderzoek die explorierend van aard was. Er is gekozen voor deze vorm van onderzoek, omdat kwalitatief onderzoek zich focust op de meningen en ervaringen die respondenten er op na houden wat betreft zaken in hun sociale wereld. Door middel van zulk onderzoek heeft de onderzoeker de mogelijkheid respondenten in hun eigen omgeving te bestuderen. Al uit eerdere studies heeft kwalitatief onderzoek getoond waardevol te zijn in studies die ervaringen wilden achterhalen. Het geeft de mogelijkheid om betrouwbare informatie te verkrijgen over wat er leeft onder een bepaalde doelgroep en waarom. Deze vorm van onderzoek geeft diepgaande informatie door in te gaan op achterliggende motivaties, meningen, wensen en behoeften van de doelgroep. Het waarom van meningen en bepaalde gedragingen wordt onderzocht (Bowling 2002). Het doel van dit onderzoek was om te achterhalen hoe de relatie met de arts wordt ervaren door de oudere patiënten en hoe volgens hen die relatie van invloed is op de therapietrouw. Kwalitatief onderzoek sluit dan ook goed aan bij dit onderzoek om de gewenste doelstelling te behalen.

4.1 Interviews

Om de benodigde informatie te verkrijgen is er in dit onderzoek gekozen voor diepte-interviews. Diepte-interviews geven de onderzoeker de mogelijkheid om controle te houden over de vragen. Naargelang de situatie dit verlangt, kan de onderzoeker de onderzoeksvragen veranderen en bijschaven. Indien de onderzoeker dit nodig vindt, kunnen er gedurende het onderzoek ook vragen worden toegevoegd. De respondenten kunnen in een interview uitgebreid hun mening weergeven en ervaringen delen (Creswell 2003). De interviewer kan doorvragen voor antwoorden en onduidelijkheden kunnen meteen worden opgehelderd. Er kunnen gecompliceerde en gedetailleerde vragen worden gesteld, aangezien de interviewer bij onduidelijkheid onmiddellijk de vraag kan uitleggen. Bovendien kan er meer diepgaande informatie worden verkregen. Een diepte-interview staat de onderzoeker toe om diep te graven in sociale en persoonlijke zaken (DiCicco-Bloom & Crabtree 2006). Door middel van citaten kan bovendien de mening en ervaringen van participanten goed worden weergegeven (Bowling 2002).

4.1.1 Semi-gestructureerde vragenlijst

Voorafgaand aan de interviews is er een vragenlijst opgesteld en zijn de vragen genoteerd

op papier. De interviewvragen zijn gebaseerd op de literatuur die is gevonden. Ook hebben de probleemstelling en de daarbij behorende deelvragen als leidraad gediend voor het opstellen van de vragen. De vragenlijst was een semi-gestructureerde vragenlijst. Een semi-gestructureerde vragenlijst bevat hoofdzakelijk vaststaande vragen maar zonder codering van de antwoorden. De vragen zijn georganiseerd rondom een set van vooraf bepaalde open-einde vragen. Een semi-gestructureerde vragenlijst geeft de mogelijkheid om tijdens het interview extra vragen toe te voegen aan de lijst. De vragen worden flexibel gebruikt waardoor de onderzoeker de mogelijkheid heeft om door te vragen en respondenten in staat te stellen om andere relevante punten aan het licht te brengen die niet worden gedekt door de vragen. Een semi-gestructureerde vragenlijst staat de onderzoeker toe om tijdens het interview op het geschikte moment vragen te stellen die extra informatie kunnen verschaffen (Bowling 2002). De semi-gestructureerde interview is de meest gebruikte vorm van interview in kwalitatief onderzoek. Een dergelijk interview kan uitgevoerd worden in een groep of individueel. In dit onderzoek is er voor gekozen om individuele interviews te houden. Een groepsinterview belet de onderzoeker om dieper te graven. Bovendien worden de antwoorden van de respondent in een individueel interview niet beïnvloed door de antwoorden van anderen (DiCicco-Bloom & Crabtree 2006).

4.1.2 De vragen

Aan de patiënten is gevraagd hoe zij de relatie met de arts zien en aan wat voor soort relatie zij de voorkeur geven. Ook is gevraagd of ze tevreden zijn met de verleende zorg. Verder is gevraagd wat voor hun de redenen zijn om doktersadvies wel of niet te volgen en met name of de houding van de arts invloed heeft gehad op hun beslissing. Aan de artsen is gevraagd wat hun taken zijn ten opzichte van hun patiënten en of die taken verschillen als het aankomt op oudere patiënten. Verder is nagegaan wat voor soort relatie zij onderhouden met hun oudere patiënten en of die relatie kan verschillen per patiënt. Ook is gevraagd of zij de patiënten kunnen herkennen die niet therapietrouw zullen zijn en wat zij denken dat daar de reden voor is. Rekening houdend met ouderen die waarschijnlijk niet alle wetenschappelijke termen kennen, zijn de vragen genoteerd in makkelijk te begrijpen Nederlands. Dit was een extra voorzorgsmaatregel om er zeker van te zijn dat de respondenten de vragen goed begrepen en daardoor dus een goed antwoord konden geven.

4.2 Respondenten

In het kader van dit onderzoek zijn zowel artsen als patiënten geïnterviewd. Beide partijen

zijn geïnccludeerd, omdat ze allebei vanuit een ander aspect naar de relatie kijken. De arts kijkt op zijn manier naar de patiënt en de relatie die hij in het algemeen hanteert met zijn patiënten. Hij houdt er ook een andere mening op na wat betreft het verlenen van goede zorg. De patiënt kijkt weer anders tegen bepaalde dingen aan. Beiden hebben hun eigen idee aangaande de invloed van de relatie tussen arts en patiënt op de therapietrouw. Dergelijke meningsverschillen waren relevant voor dit onderzoek. Door beide partijen te interviewen is geprobeerd een goed en zo compleet mogelijk beeld te krijgen vanuit verschillende perspectieven.

4.2.1 Patiënten

Zoals hiervoor al is vermeld, heeft deze studie zich gericht op oudere patiënten. De keus is gevallen op deze bevolkingsgroep omdat Nederland te maken heeft met vergrijzing. Het aantal ouderen in Nederland neemt toe en meer mensen worden ouder en ouder. Zij zullen dan ook steeds vaker een beroep doen op de gezondheidszorg.

4.2.1.1 Criteria en werving

Er is voor gekozen om in totaal zes oudere patiënten te interviewen. Er zijn drie vrouwelijke patiënten geïnterviewd en drie mannelijke patiënten. De criteria die gehanteerd werden waren als volgt: de leeftijd van alle oudere patiënten moest minimaal 55 jaar zijn. Verder moesten de patiënten autochtoon zijn en afkomstig uit Rotterdam. Niet alle ouderen die voldeden aan deze voorwaarden zijn meegenomen in het onderzoek. Ouderen die dement waren of zodanig ziek waren dat ze niet goed uit hun woorden kwamen zijn niet geïnccludeerd. Ook ouderen die mentaal niet gezond waren zijn buiten beschouwing gelaten. Deze keuze is gemaakt zodat het zeker was dat de participanten de vragen begrepen en dus een zo goed mogelijk antwoord konden geven. De ouderen die zijn geïnterviewd zijn benaderd in een verzorgingstehuis voor ouderen. Ook zijn enkele patiënten gevonden door middel van bekenden. Deze wijze van respondenten werven is gekozen op basis van praktische redenen; de respondenten konden vrij snel tijd vrijmaken om geïnterviewd te worden en waren beschikbaar op geschikte momenten. De patiënten zijn geïnterviewd in de eigen omgeving zodat ze zich op hun gemak voelden en er een ontspannen sfeer ontstond. De interviews die werden afgenomen bij de patiënten duurden gemiddeld drie kwartier, afhankelijk van hoeveel de patiënt te vertellen had.

Patiënt	m/v	leeftijd	gezondheidstoestand	woonsituatie
1	m	62	goed	Zelfstandig met partner
2	m	57	goed	Zelfstandig met partner
3	m	68	sukkelend	Verzorgingshuis
4	v	63	goed	Zelfstandig met partner
5	v	83	redelijk	verzorgingshuis
6	v	75	goed	Zelfstandig met partner

Tabel 1 Patiënten

4.2.2 Artsen

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat de arts een positieve invloed kan hebben op de therapietrouw van de oudere patiënt. Om dit nader te onderzoeken zijn er ook artsen betrokken in dit onderzoek.

4.2.2.1 Criteria en werving

Voor het verkrijgen van de perspectief van de arts, is er voor gekozen om drie artsen te interviewen. Twee van die artsen waren huisartsen, de derde was een verpleeghuisarts. De verpleeghuisarts was werkzaam in het verzorgingstehuis waar ook de patiënten zijn geïnterviewd. Het enige criterium dat gehanteerd werd bij deze groep is dat hun patiëntengroep ook moest bestaan uit oudere patiënten. Het vinden van artsen bleek ingewikkelder te zijn dan het vinden van patiënten. Voordat er gezocht werd naar artsen is er een brief opgesteld waarin het doel van het onderzoek werd uitgelegd en waarin gevraagd werd of de arts tijd vrij kon maken om enkele vragen te beantwoorden. Aanvankelijk is contact opgenomen met de eigen huisarts. Dit is gedaan door een bezoekje te brengen aan de huisartsenpraktijk en de brief af te leveren bij de assistente. Na enkele dagen moest er terug gebeld worden en helaas was de arts niet beschikbaar. Om het proces wat te versnellen is er voor gekozen om via internet met behulp van de zoekmachine Google te zoeken naar huisartsen in Rotterdam. De trefwoorden die hierbij zijn gebruikt waren: huisartsen en Rotterdam. De lijst die vervolgens werd gevonden bevatte zowel het adres als het telefoonnummer van alle huisartsen in Rotterdam. Om praktische redenen is contact opgenomen met huisartsen dicht in de buurt. Dit keer is er gebeld naar de praktijk om onmiddellijk een antwoord te krijgen. Aan de telefoon werd het doel van het onderzoek uitgelegd en wanneer de arts bereid was enkele vragen te beantwoorden, is er meteen een

afspraak gemaakt. Het interview vond plaats in de praktijk zelf. De interviews met de artsen waren korter dan verwacht, maar verschaften toch relevante informatie.

Artsen	m/v	werksituatie
1	m	Huisartspraktijk
2	m	Huisartspraktijk
3	m	Verpleeghuisarts

Tabel 2 Artsen

4.2.3 Toestemming en privacy

Deelname aan dit onderzoek was gebaseerd op een “informed consent”. Dat houdt in dat de respondenten op basis van voldoende informatie over het onderzoek vrijwillig hebben ingestemd mee te doen. Toestemming van de artsen was al verkregen via de telefoon. Aan de patiënten werd toestemming gevraagd wanneer ze werden benaderd. Voordat de interviews werden afgenomen is de respondenten uitleg gegeven waar het onderzoek over ging en in het kader van welke studie dit onderzoek werd uitgevoerd. Om de respondent te overtuigen is er nog bij verteld dat het interview niet veel tijd in beslag zou nemen. Vervolgens is gevraagd of ze enkele vragen wilden beantwoorden. Wanneer de respondent positief antwoordde, is aangegeven dat het interview zou worden opgenomen en of de respondent hier bezwaar tegen had. Alleen wanneer de respondent er geen bezwaar tegen had is de recorder aangezet en is het gesprek opgenomen. Naar de patiënten wordt verwezen als patiënt A en patiënt B. Hetzelfde principe wordt gehanteerd voor de artsen. Vooral in dit onderzoek was de waarborging van de privacy belangrijk, omdat er tijdens de interviews de patiënten persoonlijke medische informatie vertelden. Ook de artsen gaven soms persoonlijke informatie over patiënten door voorbeelden te noemen. Privacy was dus een element waar extra op gelet moest worden. Om de privacy te waarborgen zijn er geen namen genoemd en kunnen de interviews op geen enkele wijze teruggekoppeld worden aan de respondenten.

4.3 Analyse van resultaten

Zoals gezegd zijn alle interviews, zowel met de artsen als met de patiënten, opgenomen op een recorder. In enkele gevallen praatte de respondent, nadat de recorder was afgezet nog door. Daarvan zijn na het gesprek meteen aantekeningen gemaakt op papier. Na voltooiing van de interviews is elk interview een voor een letterlijk uitgetypt. Ook zijn de eventuele aantekeningen uitgetypt en bij de juiste respondent gezet. Vervolgens is elk uitgetypte

interview globaal doorgelezen om een idee te krijgen van wat voor soort informatie er beschikbaar was. Daarna is er kritisch gekeken naar de transcripts waarna ze in stukken zijn opgedeeld en onder een bepaalde thema zijn ondergebracht. Per thema is toen de tekst geanalyseerd. Nadat elk thema was geanalyseerd is naar verbanden gezocht tussen de thema's. Door middel van die verbanden zijn er tenslotte conclusies getrokken en is er antwoord gegeven op de deelvragen en de probleemstelling.

4.4 Dilemma's

Gedurende het onderzoek waren er enkele dilemma's die een belemmering vormden voor het onderzoek. Het werven van artsen duurde langer dan gedacht. Het benaderen van artsen vond plaats vlak na de voorjaarsvakantie. Aangezien een huisartspraktijk gesloten is tijdens de vakantie, hebben artsen het na de vakantie extra druk. Wanneer de arts werd benaderd via de telefoon, werd er door de assistente meegedeeld dat de arts geen tijd had voor het beantwoorden van enkele vragen. Aangeven dat het interview niet lang zou duren, hielp niet. In enkele gevallen zou er teruggebeld worden. In afwachting daarvan werd er niet verder gezocht naar respondenten, en daardoor ging er ook wat tijd verloren. Uiteindelijk werd er helemaal niet teruggebeld. In een enkele geval was de arts de afspraak vergeten en werd het interview haastig afgerond.

4.5 Betrouwbaarheid van het onderzoek

Een goede kwalitatieve studie kan helpen bij het begrijpen van een situatie die anders ondoorgrondelijk of verwarrend zou zijn. Het is daarom van belang dat de betrouwbaarheid van het onderzoek hoog is. De betrouwbaarheid van empirisch onderzoek betreft de reproduceerbaarheid en de consistentie van de methoden, de omstandigheden en de resultaten van dat onderzoek (Bowling 2002). Waarnemingen, die onder dezelfde omstandigheden herhaald worden en dan dezelfde uitkomst geven, kunnen betrouwbaar worden genoemd. De reproduceerbaarheid en de consistentie worden ook wel respectievelijk externe en interne betrouwbaarheid genoemd (Katholieke Universiteit Leuven 2003).

4.5.1 Externe betrouwbaarheid

Externe betrouwbaarheid verwijst naar de mate waarin het onderzoek in gelijksoortige omstandigheden door andere onafhankelijke onderzoekers kan worden herhaald (Bowling

2002). Een onderzoek is extern betrouwbaar, wanneer een onafhankelijke onderzoeker die dezelfde methoden, condities en dergelijke gebruikt die resultaten verkrijgt die overeen komen met de resultaten uit voorgaand onderzoek (Katholieke Universiteit Leuven 2003). In kwalitatief onderzoek draait het in plaats van de feitelijke herhaalbaarheid vaak slechts om de virtuele herhaalbaarheid. Virtuele herhaalbaarheid houdt in dat in principe een onderzoek zou kunnen worden herhaald en dus in principe in dezelfde situatie door andere onafhankelijke onderzoekers zou kunnen worden uitgevoerd met overeenkomende resultaten. Feitelijke herhaalbaarheid is niet mogelijk omdat de onderzochte context steeds verandert. Om de virtuele betrouwbaarheid te waarborgen zijn de settings, de omstandigheden en de condities van het onderzoek nauwkeurig beschreven. Ook is er beschreven en beargumenteerd waarom en op welke manier bepaalde keuzes tot stand zijn gekomen.

4.5.2 Interne betrouwbaarheid

Om aan de interne betrouwbaarheid te voldoen, moet er consistentie zijn in de werkwijze. Dat wil zeggen dat de mate waarin de gegevens zijn verzameld, de data zijn geanalyseerd en de conclusies zijn getrokken binnen het onderzoek zelf consistent zijn (Katholieke Universiteit Leuven 2003). De interne betrouwbaarheid is gewaarborgd door ervoor te zorgen dat aan elk patiënt dezelfde vragen werden gesteld. Op die manier kunnen de resultaten beter worden geanalyseerd. Ook de vragen die werden voorgelegd aan de artsen kwamen overeen. Verder is er van elk interview een bandopname gemaakt, die vervolgens volledig zijn uitgeschreven. Bij onduidelijkheden was er zo de mogelijkheid om de bandopname nog eens te beluisteren. Verder is de interne betrouwbaarheid vergroot door consistent te zijn in het gebruik van termen en theorieën en door ze precies te definiëren.

4.6 Validiteit van het onderzoek

Bij validiteit gaat het om de vraag of wat er gemeten is ook gemeten moest worden. De validiteit verwijst naar de interpreteerbaarheid en de generaliseerbaarheid van het onderzoek. Deze twee aspecten worden ook wel respectievelijk interne en externe validiteit genoemd (Bowling 2002).

4.6.1 Interne validiteit

De interne validiteit van een onderzoek betreft de mate waarin de resultaten van het onderzoek adequaat kunnen worden geïnterpreteerd. Ook verwijst het naar de mate waarin die interpretaties vertrouwd kunnen worden (Katholieke Universiteit Leuven 2003).

De interne validiteit in dit onderzoek is gewaarborgd door methodetriangulatie. Methodetriangulatie houdt in dat er meerdere methoden worden gebruikt om data te verzamelen over hetzelfde onderwerp (Bowling 2002). De informatie voor dit onderzoek is afkomstig van wetenschappelijke artikelen, informatieve internetsites en rapporten van instellingen die onderzoek doen naar de gezondheidszorg. Verder zijn er interviews gehouden die relevante informatie hebben opgeleverd. Ook is er in dit onderzoek sprake van datatriangulatie. Datatriangulatie houdt in dat data verzameld moet op verschillende tijdstippen en plaatsen en van verschillende mensen (Bowling 2002). Er is voldaan aan datatriangulatie doordat enkele interviews zijn afgenomen bij de patiënten thuis en enkele in de kantine van het verzorgingstehuis. Verder zijn de interview met de artsen afgenomen in hun praktijk. De interviews vonden plaats wanneer de respondenten daar de tijd voor hadden. Dit heeft er automatisch tot geleid dat de tijdstippen van elkaar verschilden. Er wordt voldaan aan de voorwaarde verschillende mensen doordat er zowel artsen als patiënten zijn geïnterviewd over het zelfde onderwerp.

4.6.2 Externe validiteit

De externe validiteit draait om de vraag of de resultaten van het onderzoek generaliseerbaar zijn naar een populatie (Bowling 2002). Dit is bereikt door wederom gebruik te maken van methodetriangulatie. Zoals gezegd is er een literatuuronderzoek geweest en vervolgens zijn er interviews gehouden. Op die manier is het mogelijk geweest vergelijkingen te kunnen maken tussen de informatie die de literatuurstudie heeft opgeleverd en de informatie die de interviews hebben opgebracht.

4.7 Peer debriefing en external auditing

Naast de genoemde methoden voor de waarborging van de validiteit en betrouwbaarheid is er gedurende het gehele onderzoek sprake geweest van external auditing en peer debriefing. Tijdens de voortgang van het onderzoek zijn alle voorlopige resultaten besproken met de begeleider. Ook het eindresultaat is bekeken door de begeleider. Onduidelijkheden en onjuistheden zijn hierdoor opgemerkt en tijdig bijgewerkt. Gedurende het gehele onderzoek is ook de procedure in de gaten gehouden om er voor te zorgen dat het onderzoek zo valide mogelijk is. Hierdoor is er sprake geweest van external auditing (Bowling 2002). De voortgang van het onderzoek is daarnaast ook besproken met medestudenten die relevante dingen opmerkten. Dit wordt peer debriefing genoemd (Currey et al. 2006). De medestudenten waren in staat een objectieve blik te werpen op het

onderzoek om vervolgens bruikbare tips te geven. Door het in gebruik nemen van de bovengenoemde methoden is geprobeerd de validiteit en de betrouwbaarheid van dit onderzoek zo goed mogelijk te waarborgen.

Hoofdstuk 5 De arts-patiënt relatie: perspectief van de oudere patiënt

Elk patiënt is anders en elk patiënt heeft dan ook zijn eigen ideeën over wat goede zorgverlening is. Dit is niet anders voor de oudere patiënt. Waar één patiënt erg tevreden over is, vindt de ander misschien minder belangrijk. Kortom, de zorgverlening wordt door elk op een ander manier ervaren, maar de overeenkomsten zijn groot.

5.1 Tevredenheid oudere patiënt

De zes patiënten die waren betrokken bij dit onderzoek waren allemaal zeer tevreden over hun arts. Ze gaven aan dat ze een goede relatie hebben met de dokter. Patiënt B zegt het als volgt:

“Praten als vrienden met elkaar.” (Patiënt B, 57 jaar)

Op de vraag waarom ze zo tevreden zijn over hun arts, hebben ze snel hun antwoord klaar. Een van de voornaamste redenen is dat de arts altijd voldoende tijd aan hen besteedt. De patiënten weten dat de arts zich per patiënt aan een bepaalde tijd moet houden, maar ze hebben meegemaakt dat het consult wel eens kan uitlopen. Patiënt B vertelt:

“Nou natuurlijk, hij heeft een bepaalde tijd, maar ik weet dat als ik om tien uur een afspraak maak, dat ik misschien elf uur aan de beurt ben. En dan lopen de afspraken uit. En dat houdt dus in dat hij genoeg aandacht besteedt aan zijn patiënten.” (Patiënt B, 57 jaar)

De patiënten geven aan dat de arts ruim de tijd neemt voor iedereen. Een patiënt vertelde dat hij altijd meegaat met zijn vrouw naar het consult. Na afloop van het consult vraagt hij wel eens of de arts zijn bloeddruk wil meten en daar neemt hij dan gewoon de tijd voor. De artsen geven de patiënten ruim de tijd om hun verhaal te doen. Als er onderzoeken gedaan moeten worden, dan neemt de arts daar ook genoeg de tijd voor. De arts doet het volgens de patiënten rustig aan, ook als het consult is uitgelopen.

Wat de patiënten erg belangrijk vinden is dat wanneer de arts een behandeling voorschrijft of bepaald advies geeft, hij de tijd neemt om alles goed uit te leggen. Dit is een aspect waar ze dan ook erg tevreden over zijn. De patiënten geven aan dat de arts hier voldoende tijd voor

neemt. Vooral in het geval van medicijnen geeft hij precies aan hoe ze ingenomen moeten worden. Zo vertelt patiënt H:

“Hij heeft goed uitgelegd dat ik de ene kuur goed moet afmaken en de andere in moet nemen als het nodig is. Dat hoeft dus niet, dat heeft hij dus allemaal goed uitgelegd.” (Patiënt H, 63 jaar)

Een patiënt gaf zelfs aan dat de arts de moeite nam om de hele bijsluiter door te nemen met hem. Niet iedereen is het er mee eens dat het verschaffen van informatie over een gegeven advies uitgebreid hoeft te worden gedaan. Voor patiënt B hoeft het niet.

“Het is een of twee keer per dag. Overal zit een bijsluiter bij. Je kan zelf zien wat de werking is, wat de bijwerkingen zijn.” (Patiënt B, 57 jaar)

Ook patiënt H is van mening dat de arts soms teveel uitlegt. Wel voegt ze daar aan toe dat teveel uitleg altijd beter is dan te weinig. Wel vindt patiënt B het net als de andere patiënten belangrijk dat de arts bijzondere zaken even vermeldt.

“Maar ik zeg als er iets bijzonders met de medicijnen is, als ik het op een speciale manier moet innemen of speciale tijd, dan is het wel belangrijk dat ie dat wel even aanscherpt.” (Patiënt B, 57 jaar)

Als er bepaalde dingen niet duidelijk zijn, blijven de patiënten niet zitten met hun onduidelijkheden. Ze vragen de arts dan of hij het even wil herhalen. De arts neemt daar ook ruim de tijd voor. Vooral patiënt D is vanwege haar slechthorendheid dankbaar dat de arts de tijd neemt om dingen te herhalen.

Waar de patiënten ook tevreden over zijn, is dat ze voor een consult redelijk snel terecht kunnen bij de arts. Patiënt A vertelt:

“Als ik bel, als ik afspraak maak, dan kan ik wel komen hoor.” (Patiënt A, 68 jaar)

Patiënten waarderen het dat ze snel terecht kunnen, vooral omdat ze begrijpen dat de arts het soms ontzettend druk heeft. Als er gevraagd wordt naar wat de arts misschien niet goed doet, moeten ze allemaal lang nadenken. Uiteindelijk moeten ze het antwoord op die vraag schuldig blijven. Patiënt G zegt:

“Ik ben goed tevreden over mijn arts. Ik zou niet weten wat hij verkeerd doet.” (Patiënt G, 75 jaar)

5.2 Informatiebronnen

De patiënten geven dus aan erg tevreden te zijn over hun relatie met de arts. Zij hebben daar verschillende redenen voor, maar de tijd die de arts neemt om de patiënt alles goed uit te leggen is een van de belangrijkste redenen. Patiënten verkrijgen hun informatie immers het liefst van de arts zelf. De meeste patiënten geven ook aan dat ze hun informatie uitsluitend van de arts vandaan halen. De arts heeft echter niet altijd de tijd om de patiënt uitgebreid te informeren en is hij aangewezen op andere informatiebronnen. Internet is een bekend informatiemiddel onder de patiënten. Daar is tegenwoordig veel medische informatie te vinden. Verder gaf een patiënt ook aan gebruik te maken van een medische encyclopedie. Ook de sociale omgeving blijkt een bron te zijn voor informatie, en dan vooral mensen die een beetje verstand hebben van dergelijke zaken. Tenslotte voorziet ook de bijsluiter hen van informatie. Echter, het liefst krijgen ze informatie van de arts. Patiënt B legt uit:

“Ja natuurlijk krijg je het liefst informatie van iemand die de kennis heeft. Je hebt mensen die denken dat ze het weten, die gaan je van alles vertellen wat helemaal niet waar is. Al die mensen denken dat ze het beter weten, dus daar moet je altijd mee uitkijken. Je moet wel je informatie halen dat je weet dat die genoeg kennis heeft om dat te kunnen weten.” (Patiënt B, 57 jaar)

De patiënten zijn zich er van bewust dat het niet altijd mogelijk is om uitgebreide informatie te krijgen van de arts. Ze geven zelf al aan dat hun arts het erg druk heeft en ze verwachten alleen dat de arts de belangrijke zaken even op een rijtje zet. Op de vraag of ze dat vervelend vinden had patiënt G een passend antwoord:

“Wat kan je er aan doen. Het is de realiteit”. (Patiënt G, 75 jaar)

5.3 Participatie van de oudere patiënt

In veel onderzoeken werd geconcludeerd dat oudere patiënten een passieve rol spelen tijdens het consult. Ze praten weinig, zijn erg stil en willen juist dat de arts het woord neemt. De patiënten die in het kader van dit onderzoek zijn geïnterviewd gaven echter aan dat ze dit heel anders ervaren. Zij gaven aan dat ze zeer zeker wel actief deelnemen. Patiënt D heeft

zelfs afgesproken met haar arts dat eerst zij het woord neemt en vertelt wat er aan de hand is en dat dan pas de arts aan de beurt komt. Ook volgens de artsen klopt dit beeld van de oudere patiënt niet. Dokter C geeft aan dat ouderen zeker niet weinig te zeggen hebben. “Nee, ik voel dat niet zo.” Volgens hem verschillen ouderen niet van andere leeftijdsgroepen. Ze praten gewoon zoals iedereen. Ook volgens dokter B maakt leeftijd niet veel uit.

“Ik heb ook bejaarde patiënten die veel praten en heel goed hun woordje kunnen doen.”
(Dokter B)

Sommige oudere patiënten die in zijn praktijk komen zijn dan ook heel assertief.

“Ik kan best wel een weerwoord verwachten van oudere patiënten.” (Dokter B)

Daar voegt hij dan nog aan toe: “Dat vind ik ook wel leuk.” (Dokter B)

Dat oudere patiënten hun weerwoord klaar hebben staan wordt nog eens bevestigd door dokter V. Hij zegt dat patiënten het niet altijd eens zijn met de voorgeschreven behandeling. Daar komen ze dan ook voor uit. Wanneer er dan gevraagd wordt naar de redenen krijgt hij bijvoorbeeld te horen dat op internet er een andere behandeling voorgeschreven staat. De arts moet dan de patiënt dan proberen te overtuigen dat dit de juiste beslissing is. Als dat niet lukt, dan moet er een alternatief worden gezocht voor de behandeling van de patiënt. Het blijft de keus van de patiënt zelf. Dokter V beaamt niet alleen wat zijn collega's zeggen, hij neemt het nog een stapje verder. Over de oudere patiënten zegt hij het volgende:

“Oude mensen praten meer dan jonge mensen. Echt waar.” (Dokter V)

Uit het gesprek bleek dat de patiënten het logisch vinden dat je meepraat in het consult. Zo zegt patiënt H:

“Nee, je komt voor jezelf natuurlijk. Dus je praat samen. Ik wil wel weten wat er aan de hand is natuurlijk.” (Patiënt H, 63 jaar)

Ook patiënt A is het hier mee eens:

“Ik vraag natuurlijk hoe en wat. Het is mijn gezondheid.” (Patiënt A, 68 jaar)

5.3.1 Ruimte om deel te nemen

Patiënten nemen dus actief deel aan het gesprek, maar ze geven aan dat de arts hun daar ook alle mogelijkheid voor geeft. De arts laat de patiënt eerst het woord doen en dan geeft hij advies. Allen geven aan dat de arts het gesprek niet probeert over te nemen en niet te veel praat. Daar zijn de patiënten ook erg tevreden over. Volgens patiënt D zegt haar arts precies wat voor haar nodig is. Patiënt B drukt het als volgt uit:

“We krijgen gewoon de aandacht die je nodig hebt.” (Patiënt B, 57 jaar)

Artsen geven zelf aan dat ze het belangrijk vinden dat de patiënten meedenken als het aankomt op het nemen van beslissingen. Dokter C zegt dat hij het belangrijk vindt dat patiënten meedenken en dat hij ze ook aanmoedigt als ze dat niet uit zichzelf doen.

“(…) over het algemeen wil ik dat de patiënt meedenkt. Absoluut. Zeker als er sprake is van twee of drie meer mogelijkheden van welke kant we heen zouden kunnen gaan. Kunnen ze over meebeslissen.” (Dokter C)

Ook dokter V zegt dat hij het initiatief neemt om er uit te halen wat er zit in de patiënt met betrekking tot het actief deelnemen. Dokter V zegt dat je wel moet.

“Je kan, niet zeg, maar de baas spelen.” (Dokter V)

Dokter B voegt daar nog aan toe dat het zijn taak is om dingen voor te stellen en dat de patiënten zelf de beslissing moeten nemen.

“Het is hun gezondheid, zij moeten de pillen slikken. Zij hebben het risico, dus het is hun keus.” (Dokter B)

5.3.2 Het nemen van beslissingen

De beslissing moet genomen worden door de patiënt en het kan voorkomen dat de patiënt het er totaal niet mee eens is. Het enige wat de arts dan kan doen is proberen de patiënt te overtuigen. Volgens dokter V is het niet verstandig om andere methoden te hanteren, zoals het betrekken van de familie die de patiënt dan probeert over te halen. Er is geen legitieme reden om de beslissing van de patiënt niet te accepteren. De patiënt is niet dement en is in staat om zelf beslissingen te nemen.

“Als ik contact zou op nemen met de familie dan krijg je minder vertrouwen van de patiënt zelf. Omdat ze niet dement zijn, ze kunnen zelf beslissingen nemen. Wat ze zouden willen hebben voor hun eigen lichaam.” (Dokter V)

De keus wordt dus overgelaten aan de patiënt, maar dat betekent niet dat de arts er zich compleet buiten houdt. Als de patiënt een behandeling kiest die de arts niet voor ogen had, dan probeert de arts de patiënt te sturen. Wel geven de artsen aan dat ze de patiënt met argumenten proberen over te halen, zodat de patiënt begrijpt waarom dit de juiste keuze is. Dokter B voegt daar wel aan toe: “Maar uiteindelijk kiezen zij.” Artsen houden slechts voet bij stuk wanneer de situatie echt levensbedreigend is, en zelfs dan nog wordt er uitgelegd waarom de arts het heel erg nodig vindt.

De artsen in dit onderzoek duiden aan dat zij er voorstander van zijn dat de patiënt de uiteindelijke keuze maakt. Het is echter niet altijd mogelijk om de patiënt aan te moedigen actiever delen te nemen en mee te beslissen. De patiënt moet dat ook willen en kunnen. Sommige oudere patiënten willen niet meebeslissen omdat ze van mening zijn dat zij het zeker niet beter weten dan de arts. Dokter C zegt dat het sterk afhangt van hoe ver patiënt is in zijn gedachtewereld.

“Er zijn er genoeg bij die zeggen: “Dokter u weet het beste wat het beste is”, en dan moet ik daar voor beslissen wat de beste therapiemogelijkheden zijn.” (Dokter C)

Zoals gezegd zijn er ook patiënten die niet kunnen meebeslissen tijdens het consult. De mentale gezondheid van ouderen speelt hier een grote rol. Zo geven de artsen aan dat ze patiënten niet actief kunnen betrekken bij het consult wanneer ze zwakbegaafd zijn. De verpleeghuisarts voegt daar nog de psychogeriatrische patiënten aan toe. Dat zijn patiënten die dement zijn. Dokter V vertelt:

“Ze begrijpen helemaal niks. Of nauwelijks. En dan kan je niet met ze communiceren.”
(Dokter V)

Betrekken bij het consult heeft dan geen nut, omdat ze er toch niks van begrijpen. In zulke situaties wordt soms de familie erbij betrokken om beslissingen te nemen, maar in de meeste gevallen is de arts de persoon die de medische beslissingen neemt.

5.4 Tevredenheidsfactoren

De ervaringen van de zes oudere patiënten met de arts-patiënt relatie zijn erg positief. Deze tevredenheid van de patiënten over de arts bleek voor een groot deel samen te hangen met het vermogen van de arts om een gezondheidsprobleem snel op te pikken. Uit de gesprekken bleek dat de patiënten meer tevreden waren, als de arts in het verleden een gezondheidsprobleem snel had opgepikt. Patiënt B die aangaf een goede relatie te hebben met zijn arts vertelde het volgende:

“Ik heb een keer, bleek dus dat mijn nierfunctie niet in orde was. Daar heeft hij heel snel op gereageerd. (...) Als het langer had geduurd, was ik waarschijnlijk dialysepatiënt geworden.”
(Patiënt B, 57 jaar)

Patiënt H aan de andere kant was tevreden over haar huisarts, maar minder door een incident in het verleden.

“Ik heb wel een keer een klacht over hem gehad. Toen had ik een hernia. Maar dat heeft hij niet gemerkt. Daar heeft hij mij een hele tijd mee laten lopen. (...) Toen zijn we naar een plaatsvervanger gegaan en die zei meteen wat ik had (...) Ik heb het hem wel kwalijk genomen (...) Hij heeft ook geen sorry gezegd.” (Patiënt H, 63 jaar)

Ook als de arts wat extra moeite doet voor de patiënt, is de tevredenheid hoger. Als de arts bijvoorbeeld voor de patiënt een afspraak maakt met een specialist of een huisbezoek aflegt, dan is de waardering aan de kant van de patiënt erg hoog. Voor hen is dat een teken dat de arts zich bekommert om hun.

5.4.1 Vertrouwen als belangrijke factor

Uit alle gesprekken bleek dat vertrouwen een grote rol speelt in hoe de oudere patiënt naar de arts kijkt en de zorgverlening ervaart. Alle patiënten gaven aan dat ze al jarenlang dezelfde arts hebben en een zeer goede relatie hebben opgebouwd. De arts kent ook vaak de hele familie en vraagt ook elke keer hoe het gaat. Zo vertelt patiënt H:

“We hebben deze huisarts al 25 jaar. We waren eerst bij zijn vader. We zijn zo'n beetje opgegroeid met hem. Hij kent ons door en door en hij kent ook mijn kinderen. Hij is een goede huisarts.” (Patiënt H, 63 jaar)

Patiënt D gaf zelfs aan altijd een kaartje te sturen met kerstmis. Deze persoonlijke relatie wordt erg gewaardeerd door de oudere patiënten en voor hen is het een teken dat zij voor de arts niet slechts 'een van de patiënten' zijn.

Hoofdstuk 6 Therapietrouw bij oudere patiënten

Therapietrouw zijn is uitermate belangrijk. Doktersadvies volgen wordt dan ook sterk aangeraden. Echter, elk patiënt houdt er zijn eigen mening op na over therapietrouw. Dit is niet anders voor de oudere patiënt.

6.1 Ouderen en therapietrouw

Het is in het belang van de patiënt dat doktersadvies wordt opgevolgd. Doktersadvies kan variëren van het innemen van medicijnen tot het veranderen van de huidige leefstijl. Welke raad de arts ook geeft, het opvolgen er van is erg verstandig. Hoewel ouderen een grotere neiging hebben het advies niet te volgen, meent dokter C dat dit niet slechts een probleem is bij ouderen. Volgens hem is er niet veel verschil tussen ouderen en jongeren.

“Het is niet anders dan bij jongere patiënten. Ik denk dat jonge patiënten net zo goed of slecht luisteren of doen als de oudere denk ik zelf. Dat is menseigen.” (Dokter C)

De opvatting dat therapietrouw zijn erg belangrijk is werd ook gedeeld door enkele patiënten in dit onderzoek. Zij gaven aan dat ze altijd doen wat de dokter zegt. Volgens hen is het ook logisch om doktersadvies te volgen, want anders heeft het geen nut om naar de arts toe te gaan. Zo zegt patiënt H:

“Ja, anders ga ik niet naar de dokter toe natuurlijk als ik niet doe wat hij zegt. Ik ben echt therapietrouw. Als ik wat krijg dan slik ik het altijd. Ik ga alleen als ik een klacht heb en daar wil natuurlijk wel iets voor hebben. En dat neem ik dan ook in.”
(Patiënt H, 63 jaar)

Deze patiënten hebben het volste vertrouwen in hun arts en doen dus wat de dokter zegt. Toen gevraagd werd of ze ooit doktersadvies niet hadden gevolgd zeiden ze resoluut dat altijd hebben geluisterd naar hun arts.

Naast deze trouwe patiënten, is er ook een aantal dat niet altijd doet wat er gezegd wordt. Zo geeft patiënt B aan dat hij er niet zeker van is of hij het wel altijd doet.

“Nou dat weet ik niet. Ik ben wel ondeugend.” (Patiënt B, 57 jaar)

Ook artsen zijn ervan op de hoogte dat oudere patiënten niet altijd therapietrouw zijn. Volgens hen komt het ongetwijfeld voor dat patiënten de voorgeschreven behandeling niet volgen. Artsen weten dus dat het gebeurt, maar geven aan dat zij niet van te voren weten welk patiënt niet therapietrouw zal zijn. Deze patiënten kunnen zij niet herkennen. Zo zegt dokter B:

“Daar hebben wij geen zicht op (...) Maar dat gebeurt. Daar is weinig controle op.” (Dokter B)

Of het wel gewenst is dergelijke informatie van te voren te hebben, daar is geen consensus over. Dokter C zegt namelijk dat hij wel zou willen weten welk patiënt niet therapietrouw zal zijn. Op die manier zou hij tijdig kunnen ingrijpen en kunnen proberen de patiënt er van te overtuigen dat het erg belangrijk is om het gegeven advies wel te volgen. Dokter V aan de andere kant geeft aan dat hij het niet weet en het ook niet zou willen weten. Volgens hem zou deze wetenschap leiden tot vooroordelen bij het gesprek. Dat zou het consult negatief kunnen beïnvloeden. De artsen hebben alleen enigszins zicht op de therapietrouw van patiënten die al eerder hebben bewezen niet zo trouw te zijn.

“Ja, er zijn er bij die het wel wat makkelijker doen, maar dat is dan omdat je het al weet.”,
(Dokter C)

zegt dokter C. En zelfs dan is het een gevoelige zaak geven de artsen aan.

6.2 Redenen voor hoge therapietrouw

De redenen die de patiënten aangeven voor het wel volgen van gegeven doktersadvies komen overeen. Een van de redenen die door elke patiënt werd genoemd is het vertrouwen van de kennis die de arts heeft. Zo zei patiënt G:

“Hij weet het. Hij heeft de kennis.” (Patiënt G, 75 jaar)

De patiënten zijn van mening dat de expertise en de specifieke medische kennis van de arts goed genoeg is om de juiste beslissingen te nemen. Zij zien dan ook geen reden om te twifelen aan zijn beslissingen.

“Als hij zegt dat iets moet gebeuren, dan vraag ik wel eens is dat wel nodig? Als hij zegt het is nodig dan ga ik daarmee akkoord”, (Patiënt A, 68 jaar)

zegt patiënt A. Hieruit is op te merken dat zelfs wanneer de patiënt zelf niet ervan overtuigd is of dit wel de juiste manier is, hij toch afgaat op de mening van de arts. Dit vertrouwen in de kennis van de arts gaat natuurlijk gepaard met het vertrouwen in de arts zelf. Enkele van de patiënten die werden geïnterviewd zeiden overtuigd:

“Ik vertrouw volkomen op mijn huisarts.” (Patiënt D, 83 jaar)

Een ander reden dat de patiënten aangaven was dat zij een positief effect bemerken op hun gezondheid. Zo zegt patiënt D:

“Ja, want ik ben er toch op vooruitgegaan. Dan kan ik toch mijn eigen leven zo lang mogelijk leven.” (Patiënt D, 83 jaar)

Deze patiënten gaven aan dat zij ook in het verleden altijd therapietrouw zijn geweest. Het wel volgen van doktersadvies heeft ze altijd gebaat en zij zien geen reden om te stoppen met het luisteren naar de arts.

6.3 Redenen voor lage therapietrouw

Het onderzoek bracht veel redenen naar boven waarom patiënten niet altijd therapietrouw zijn. Deze redenen werden genoemd door zowel de patiënten als de artsen.

Eerdere ervaringen

Een van die redenen was dat wat de dokter had aangeraden niet bleek te werken.

Het positieve effect op de gezondheid bleef uit. Patiënt F vertelt:

“Ik heb toen een keertje netelroos gehad en toen wist ik ook niet wat het was en daar heeft hij toen zinktabletten. Nou dat moest je dan een week innemen en dan moest je weer naar hem terug. En het hielp niks.” (Patiënt F, 62 jaar)

Ook wanneer de patiënt uit ervaring al weet dat de aangegeven behandeling niet prettig is, zal hij weigeren het advies te volgen. Als gevolg van dergelijke ervaringen wordt het vertrouwen in de medicijnen minder en is de patiënt sneller geneigd om van tevoren al de conclusie te trekken dat een voorgeschreven behandeling toch niet zal gaan helpen. Eerdere ervaringen met medicijnen kunnen zoals blijkt een positief of een negatief effect hebben op de therapietrouw van de oudere patiënt.

Vertrouwen

Zoals hiervoor al naar voren kwam speelt vertrouwen in de medicijnen een grote rol. Wanneer de patiënt er niet van overtuigd is dat de medicijnen of het voorgeschreven dieet een positief effect zullen hebben op de gezondheid, is de patiënt sterk geneigd om het gegeven advies niet te volgen. Volgens dokter V vormt dit vooral een probleem bij chronische aandoeningen.

“Ze zijn beetje gedeprimeerd, ze hebben de ziekte al bijvoorbeeld sinds zes jaren en medicijnen zouden niet helpen.” (Dokter V)

Lichamelijk herstel

Een reden die er echt uitsprong werd gegeven door patiënt F. Hij vond het niet nodig om voor kleine dingen gelijk medicijnen te gebruiken. Hij gaf aan dat hij gelooft in het herstellend vermogen van het menselijke lichaam. Patiënt F legt uit:

“Een lichaam die moet gewoon zoveel antistoffen in zichzelf hebben, dat ik dan zeg van nou ja waarom moet ik een pilletje slikken om...Ik vond het niet nodig.” (Patiënt F, 62 jaar)

Gevoelens ten opzichte van de medicijnen

Een wat minder vreemde reden die naar voren kwam werd genoemd door enkele van de patiënten en ook door de artsen. Het betrof de gevoelens van de patiënt ten opzichte van een voorgeschreven behandeling. Wanneer patiënten er een slecht gevoel bij hebben, zijn ze eerder geneigd te stoppen met de behandeling.

“Maar hij heeft een paar maanden geleden een tabletje extra voorgeschreven, en dat heb ik tijdelijk ingenomen, totdat ik er eng van werd en toen heb ik tegen hem gezegd van dat het niet lukte en dat ik daarmee stopte.” (Patiënt H, 63 jaar)

Argwaan

Ook komt het wel voor dat patiënten argwaan hebben tegen bepaalde medicijnen en die dan niet in gebruik willen nemen. Die argwaan kan verschillende oorzaken hebben. Patiënten kunnen bijvoorbeeld op internet gelezen hebben dat er iets niet in orde is met de medicijnen en dat het niet verstandig is om ze in te nemen. Ook kunnen ze een programma gezien hebben op de televisie dat hun argwaan heeft opgewekt.

Luiheid

Artsen geven vervolgens ook aan dat sommige oudere patiënten simpelweg te lui zijn om steeds maar weer hun medicijnen in te nemen. Zo zegt dokter C:

“Er zijn er genoeg die gewoon zeggen ik heb er maar een in genomen of niet. Het is meer een kwestie van onwil.” (Dokter C)

Deze patiënten hebben een nonchalante houding. Er heerst onbegrip bij hun in de zin van dat ze niet voldoende begrijpen wat de gevolgen kunnen zijn van hun handelingen, in dit geval het niet therapietrouw zijn.

Bijwerkingen

De voornaamste reden die door alle artsen werd genoemd zijn de bijwerkingen. De grootste reden dat patiënten niet therapietrouw zijn of niet volledig therapietrouw is wanneer de medicijnen een averechts effect hebben. Wanneer er veel bijwerkingen zijn waardoor de patiënt zich in plaats van beter slechter gaat voelen, zal de patiënt eerder staken met het gebruik. Wel moet in de gaten worden gehouden dat de patiënt de bijwerkingen niet als smoes gebruikt om medicijnen niet in te nemen. Dokter V vertelt namelijk dat dit wel eens voorkomt:

“Ik heb op dit moment een patiënt (...). Na een dag zegt zij: “Oh ik heb veel bijwerkingen van die medicijnen.” Maar de bijwerking heeft zij gelezen op de bijsluiter en de volgende dag krijg ik contact met haar. (...) Ze zegt: “Ik krijg opvliegers.” En ik zeg: “Hoe weet u dat?” “Dat staat op bijsluiter”. Dus ze relateerde heel makkelijk haar klachten naar de bijwerkingen op de bijsluiter.” (Dokter V)

Eigen oordeel

Tenslotte geven de patiënten aan dat alleen zij weten hoe zij zich voelen. Wanneer zij zich goed voelen vinden zij het niet nodig om zomaar pillen te slikken. Zo zegt patiënt F:

“Maar ik voel me zelf het beste. Hij voelt mij niet. “ (Patiënt F, 62 jaar)

Ook patiënt A gaat hierin mee door te zeggen:

“Het is voor mijn lichaam. Ik voel mijn lichaam zelf natuurlijk.” (Patiënt F, 62 jaar)

6.4 Invloed arts op therapietrouw

Op de vraag of de houding van de arts ooit enige invloed heeft gehad op hun beslissing om wel of niet therapietrouw te zijn antwoordden de patiënten dat dit tot nu toe niet het geval is geweest. Ze gaven aan dat hij altijd goed luistert, en hun voldoende tijd geeft om hun verhaal te doen. Vervolgens geeft hij advies. Wel werd er aan toegevoegd dat ze niet het gevoel moeten hebben dat ze niet serieus worden genomen. Zij vinden het uitermate belangrijk dat de arts oprecht luistert naar al hun klachten en er ook serieus op ingaat.

De artsen aan de andere kant geven toe dat een van de redenen dat patiënten hun medicijnen niet innemen is omdat ze het gevoel hebben dat de arts hun niet voldoende uitleg heeft gegeven of niet goed heeft geluisterd. Dokter C zegt hierop:

“Zou kunnen. Als ze het niet goed begrepen hebben. (...) Ja het zou kunnen. Maar dat komt niet veel voor.” (Dokter C)

Ook dokter B beaamde dit door te zeggen dat het zeker voorkomt: “Het gebeurt ongetwijfeld.”

6.4.1 Wederzijds vertrouwen

Welke reden de patiënten ook aangeven voor hun lage therapietrouw, het is de taak van de arts om de patiënt te overtuigen van het belang van het voorgeschreven advies. Wanneer dit de eerste keer niet lukt, is aan de arts om het te blijven herhalen. Echter, in praktijk blijkt dit niet altijd te gebeuren. Patiënten geven aan dat wanneer ze niet therapietrouw zijn, zij het eerlijk vertellen aan de arts. De patiënten vinden dat zij legitieme redenen hebben om hun medicijnen niet in te nemen en op de vraag of de arts dan ook niet aandringt zei patiënt F:

“Nee hoor, want hij vertrouwt mij. Hij zegt: “Is goed joh.” Hij zegt altijd is mijn health en dat ik het het beste voel.” (Patiënt F, 62 jaar)

Patiënt H gaf aan dat wanneer zij medicijnen niet wil innemen, de arts haar niet kan dwingen.

“Als ik er eng van word, dan moet hij het wel goed vinden dat ik het niet inneem”. (Patiënt F, 62 jaar)

6.5 Inname medicatie

Therapietrouw draait om het volgen van doktersadvies, of het nou om het wijzigen van bepaalde leefregels gaat of om het innemen van medicijnen. Vooral medicijnen innemen kan wel eens vergeten worden. Het gaat hier immers om ouderen en bij een aantal is de mentale gezondheid niet meer zoals in hun jongere jaren. Dit is een factor waarop de patiënten zelf geen grip op hebben. Om te voorkomen dat medicijnen vergeten worden om ingenomen te worden hebben de meeste patiënten enkele manieren om het te onthouden. Sommige patiënten onthouden het simpelweg gewoon, zoals patiënt A dat aangeeft:

“Ik ben er helemaal op ingesteld. Ik onthoud het dus gewoon.” (Patiënt A, 68 jaar)

Anderen hebben wat meer moeite om het gewoon te onthouden. Zij hebben geheugensteuntjes nodig om ervoor te zorgen dat medicijnen op de juiste manier worden ingenomen. Die geheugensteuntjes kunnen verschillende vormen aannemen. Patiënt H bijvoorbeeld schrijft de dagen op dat de medicijn moet worden ingenomen op de label van het medicijn zelf.

“Dan streep ik elke dag weg als ik het ingenomen heb. Dan kan ik altijd zien of ik het niet vergeten ben.” (Patiënt H, 63 jaar)

Soms is alleen de dagen opschrijven niet genoeg. Dit is het geval bij patiënt D. Zij vertelde dat ze vier kleine bekertjes heeft waarin ze van tevoren haar pillen inzet. Die bekertjes zet ze vervolgens op zichtbare plekken zodat ze telkens eraan herinnert wordt. Deze manier heeft tot nu toe gebleken te werken. Op de vraag namelijk of ze ooit vergeten is om haar medicijnen in te nemen antwoordde ze:

“Nee, ik vergeet nooit mijn pilletjes in te nemen. Het staat vast.” (Patiënt D, 83 jaar)

Over het algemeen duiden de patiënten aan dat ze niet vergaten hun medicijnen in te nemen, maar wanneer de kuur complex was, werd er toch voor de zekerheid een geheugensteuntje gebruikt. Zo vertelt patiënt F:

“Nou ik ben aan het afbouwen en moet je de ene dag ietsje meer en minder en meer. Dan moet ik wel een lijst bij houden met datum van nou anderhalf tabletje gehad en morgen moet ik er een en dan weer anderhalf.” (Patiënt F, 62 jaar)

6.6 Maatregelen ter bevordering van therapietrouw

Zoals is gebleken uit de gesprekken met de artsen en de oudere patiënten volgen niet alle patiënten het gegeven doktersadvies. De redenen die hiervoor worden gegeven variëren. Het is in het belang van de patiënt dat er maatregelen worden getroffen om de therapietrouw te bevorderen. Echter, dit is niet zo simpel. Volgens de artsen is het moeilijk om aan te geven wat er gedaan kan worden om de therapietrouw te bevorderen. Zo geeft dokter C aan:

“Dat blijft toch een moeilijk punt. Ieder keer moet je toch blijven beamen dat innemen van zeker bepaalde medicijnen heel belangrijk is. Niet alle medicijnen, maar sommige zijn toch wel belangrijk om dat dagelijks te doen, zoals voor suikerziekte of hoge bloeddruk. Het is belangrijk om dat allemaal bij te houden”. (Dokter C)

Ook familie kan een rol spelen bij het bevorderen van de therapietrouw. Het advies van een familielid dat het verstandig is om de medicijnen wel steeds in te nemen kan de patiënt stimuleren om het ook daadwerkelijk te doen. Dokter B voegt daar nog aan toe dat het belangrijk is dat de arts goed kan luisteren.

“Ik denk dat het heel belangrijk is dat je goed luistert, want je moet de mensen meekrijgen. Want anders doen ze het niet.” (Dokter B)

Verder zegt hij er nog achteraan:

“Ik kan ook wel goed luisteren vind ik zelf dus”. (Dokter B)

De arts moet de patiënt goed kunnen overtuigen van het belang van therapietrouw en het is belangrijk om twijfels boven water te krijgen.

In een verzorgingshuis voor ouderen zijn er extra maatregelen die genomen kunnen worden. De verpleging kan de arts hierbij helpen door toe te kijken of de patiënt de medicijnen wel inneemt. Zo zegt dokter V:

“Wij mogen alleen maar voor zitten en kijken en oppassen. Of voor zitten en vragen hoe ging het na het innemen van de medicijnen”. (Dokter V)

Bij een aantal patiënten ontbreekt de therapietrouw en daarvoor worden allerlei redenen aangegeven. Zoals de artsen aangeven zijn er echter verschillende maatregelen die genomen kunnen worden om therapietrouw te bevorderen. Omdat niet elk patiënt gevoelig is voor dezelfde maatregelen is het raadzaam om verschillende vormen van interventies in gebruik te nemen, zodat het bereik van de interventies maximaal is. Immers, uiteindelijk is het de patiënt zelf die beslist om doktersadvies netjes te volgen, maar een duwtje in de rug kan geen kwaad.

Hoofdstuk 7 Goede zorg volgens de patiënt

De relatie tussen de arts en de patiënt kan erg verschillen. Hoe deze relatie er uitziet hangt af van welke verwachtingen beide partijen hebben van elkaar en welke rollen de patiënt en de arts innemen. De houding van de zowel de arts en de patiënt tijdens het consult bepaalt of er een paternalistische relatie wordt gehanteerd of een partnership. Welke relatie geassocieerd wordt met goede zorgverlening is afhankelijk van de patiënt.

7.1 Verwachtingen patiënt

De oudere patiënten in dit onderzoek hebben een duidelijk beeld van wat onder goede zorgverlening wordt verstaan. Zij blijken hoge eisen te stellen aan hun arts. Ze verwachten voornamelijk dat de arts de tijd neemt om te luisteren naar hun en om eventuele onderzoeken te doen. Ze vinden het belangrijk dat de arts goed inspeelt op hun klachten en dat de arts kundig genoeg is om een diagnose te kunnen stellen. Tenslotte verwachten ze van de arts dat hij zich toont een goede informatiebron te zijn. Ze willen dat de arts informatie verschaft en hun vragen beantwoordt. De patiënten vinden het belangrijk dat ze serieus worden genomen en dat ze betrokken worden bij elke beslissing die genomen moet worden.

7.1.1 Taken van de arts

De verwachtingen van de patiënten komen overeen met wat de artsen zelf zien als goede zorgverlening. Zij geven aan dat ze moeten luisteren naar de patiënt, indien nodig extra vragen stellen en tenslotte vaststellen wat de patiënt mankeert. Kort gezegd heeft de arts drie taken te vervullen: anamnese afnemen, diagnose stellen en vervolgens een geschikte behandeling voorstellen. Om deze taken goed te vervullen is het belangrijk dat de arts de patiënt de mogelijkheid geeft om zijn verhaal te kunnen doen. Niet alleen de mogelijkheid, maar ook voldoende tijd daarvoor is belangrijk. De artsen gaven dan ook aan dat zij eerst de patiënt het woord laten doen.

“De patiënt moet eerst zeggen wat hij voor klacht heeft. En dan kijken we hoe we er samen uit komen.” (Dokter C)

Wanneer de patiënt terughoudend is, proberen de artsen meer uit de patiënt te krijgen door aan te moedigen wat meer te vertellen. Hoewel er verondersteld wordt dat ouderen meer

zorg nodig hebben, geven de artsen aan dat zij geen extra taken hoeven te verrichten als het aankomt op oudere patiënten. Dit is een ander verhaal voor de verpleeghuisarts. De verpleeghuisarts moet vaak contact opnemen met de familie voor een afspraak of voor telefonisch overleg. Dokter V legt uit:

“Met name bij patiënten met dementie. Zij kunnen geen beslissing nemen. Daarom moet ik altijd de familie bellen.” (Dokter V)

De verpleeghuisarts heeft nog een verantwoordelijkheid en die komt kijken wanneer er meerdere zorgverleners zijn betrokken bij het zorgverleningsproces. Dit is vaak het geval in een verzorgingshuis voor ouderen. De verpleeghuisarts moet er voor zorgen dat elk zorgverlener op de hoogte is van alle relevante medische informatie. Op die manier wordt er voor gezorgd dat de patiënt optimale zorg krijgt. Zoals dokter V dat zegt:

“In de verpleeghuisgeneeskunde moet je niet alleen kijken naar de ziekte van mensen voor diagnostiek en behandeling, maar ook een regie houden van verschillende disciplines. Omdat (...) verpleeghuisartsen krijgen niet alleen maar somatiek behandeling, maar ook alle facetten rondom.” (Dokter V)

Wel geeft de arts aan dat hij centraal blijft staan in het gehele proces. Hij blijft het aanpreekpunt voor de patiënt.

7.2 Actieve deelname van de patiënt

In het kader van goede zorgverlening vinden patiënten, zoals eerder gezegd, het erg belangrijk dat de arts hun betreft bij het nemen van medische beslissingen. In praktijk blijkt dit ook te gebeuren. Een aantal patiënten gaven aan dat hen expliciet gevraagd wordt of ze het er mee eens zijn. Patiënt A vertelt:

“Beslissingen nemen doet hij niet zelf. Je moet er zelf mee instemmen. Hij betreft me dus ook bij zijn beslissingen. Ik word er naar gevraagd.” (Patiënt A, 68 jaar)

Andere patiënten geven aan dat in eerste instantie de beslissing wordt genomen door de arts. De arts noemt de mogelijkheden en kiest daar een uit waarvan hij denkt dat de patiënt het meest bij gebaat is. Patiënten worden niet expliciet gevraagd of ze het er mee eens zijn. Zo zegt patiënt B:

“Nou zo wordt het niet gepresenteerd. Hij zegt van we gaan dit of dat doen.” (Patiënt B, 57 jaar)

Het is echter niet zo dat de patiënten niks te zeggen hebben. Zo voegt patiënt B er nog aan toe:

“En als ik dan zeg nee dat wil ik niet, dan gebeurt het ook niet.” (Patiënt B, 57 jaar)

Ook patiënt H is het hier mee eens.

“Maar als het mij niet bevalt, dan zag ik het ook natuurlijk.” (Patiënt H, 83 jaar)

Patiënt B zei verder nog dat het soms wel verstandig is om te vragen of er nog andere behandelingsmogelijkheden zijn. Volgens hem houden artsen niet altijd genoeg rekening met de patiënt. Ze willen niet onderkennen dat bepaalde onderzoeken niet zo prettig zijn. Soms is het best mogelijk om de klachten te verhelpen met iets wat minder ingrijpend is.

“Ik had bijvoorbeeld maagklachten en heb dan een maagonderzoek. Ik weet dat het verschrikkelijk is. Ik zeg dat wil ik niet. Die heeft dan, ik had al wat voor mijn maag en toen heeft hij beetje verhoogd. Van twintig naar veertig milligram. En mijn klachten waren over.” (Patiënt B, 57 jaar)

Op de vraag of de arts tegenspraak accepteert antwoordt patiënt F:

“Hij zal wel moeten. Ik ben baas over eigen lijf.” (Patiënt F, 62 jaar)

7.3 Partnership

Wat de patiënten verstaan onder goede zorgverlening kwam sterk overeen. Volgens vijf van de zes patiënten moet de arts voldoende tijd besteden aan hun en informatie verschaffen zodat zij de mogelijkheid hebben om actief deel te nemen aan het gesprek. De patiënten werd gevraagd hoe ze hun arts zouden typeren, paternalistisch of partnership. Wanneer de twee termen niet duidelijk waren is uitleg gegeven zodat de vraag goed beantwoord zou kunnen worden. Uit de antwoorden van de patiënten kan worden afgeleid dat het merendeel van de oudere patiënten een partnership relatie associeert met goede zorgverlening. Patiënt A vertelt:

“Natuurlijk heb ik liever een partnership. Ik wil dat ik overal bij betrokken wordt, samen overleggen over wat er gaat gebeuren.” (Patiënt A, 68 jaar)

De patiënten prefereren dus een partnership en een dergelijke relatie blijkt reeds te worden gehanteerd door de arts. Patiënt H legt uit:

“Wij hebben zelf ook wel wat in te brengen. Hij geeft ons de mogelijkheid om zelf ook iets te zeggen. Partnership dus.” (Patiënt H, 63 jaar)

Ook de artsen zijn het er mee eens dat met elk patiënt, dus ook met een ouder patiënt, een partnership relatie moet worden gehanteerd. Ze geven dan ook aan dat een partnership wordt gehanteerd. De relatie moet gelijkwaardig zijn met een duidelijke rol voor beide partijen. De arts geeft informatie en de patiënt neemt de uiteindelijke beslissing. Dokter V let uit waarom:

“Je hebt veel geleerd, maar je weet niet alles. Als je een fout maakt, dan is dat niet goed nee.” (Dokter V)

7.3.1 Paternalisme

Zoals eerder is vermeld, gaven vijf van de zes patiënten aan dat ze de voorkeur geven aan een partnership relatie. Een patiënt echter hield er een andere mening op na. Volgens patiënt D is er sprake van goede zorgverlening wanneer de arts alle beslissingen neemt. Patiënt D vond het dan ook niet nodig om actief te participeren in het gesprek, ze vertrouwt haar arts volledig omdat hij de benodigde medische kennis heeft om de juiste beslissingen te nemen. Zij gaf aan dat ze wel fijn kan praten met haar arts, maar wanneer het consult begint zijn de rollen duidelijk verdeeld. De arts is ‘de arts’ en zij is de patiënt. Volgens patiënt D hoort het ook zo te zijn.

“Je hebt momenten dat je even fijn bent, maar de rest als je zo praat is het de dokter. Je kan niet zomaar lachen en praten. Dat gaat niet. Eerst ben je de arts, constateer wat er aan de hand is (...) En dan als ze dan weg gaat, dan is het zo van wil je nog iets drinken.” (Patiënt D, 83 jaar)

Dit verschil in preferentie is het gevolg van het beeld van de arts dat de patiënten hebben.

De perceptie van patiënt D van de arts verschilt van de perceptie van de andere patiënten. De tegenstelling is het best te weergeven in hun eigen woorden. Zo vertelt patiënt D hoe zij naar de arts kijkt:

“Ze is de arts met onderzoek. Dan is zij het hoofd. Arts moet gewoon, je moet zo zijn, baas zal ik maar zeggen, zo moet de arts zijn. En als het dan afgelopen is ben je opeens weer mens. Mens tegen mens.” (Patiënt D, 83 jaar)

Uit deze bewoording blijkt wel dat zij de arts als een speciaal persoon ziet, als een autoriteit. Door een dergelijke rol toe te delen aan de arts, kan de patiënt meer respect hebben voor de arts volgens patiënt D. Patiënt A kijkt, net als de andere patiënten in dit onderzoek, heel anders naar de arts.

“Ik zie hem niet echt als de baas. Hij is gewoon de arts. Hij is gewoon vind ik. Hij beschikt over de kennis die ik nodig heb. Niet meer.” (Patiënt D, 83 jaar)

7.3.2 Paternalisme of partnership?

Op de vraag wat goede zorgverlening is, kan geen eenduidig antwoord worden gegeven. Zoals blijkt uit dit onderzoek is dit voor elk patiënt anders. Elk individu houdt er andere ideeën op na over wat goede zorgverlening is. Voor de een is een partnership relatie ideaal, terwijl de ander een paternalistische arts prefereert. Over het algemeen wordt de voorkeur gegeven aan een partnership. Ook dokter B geeft aan dat als er niet automatisch een partnership relatie ontstaat, hij het wel voorstelt. Maar de keuze wordt overgelaten aan de patiënt zelf. Wanneer de patiënt toch liever een paternalistische relatie prefereert, dan wordt de patiënt nergens anders toe gedwongen. Zolang de verleende zorg optimaal is, maakt het niet uit in welke relatievorm die zorg tot uiting komt.

Conclusie

Therapietrouw is erg belangrijk voor oudere patiënten die zorg ontvangen. Een gebrek aan terapietrouw kan een negatief effect hebben op de gezondheid. Daarom is het belangrijk om te achterhalen wat de redenen kunnen zijn voor een patiënt om wel of niet terapietrouw te zijn. In het kader van dit onderzoek zijn zes patiënten geïnterviewd. Een aantal gaf aan altijd terapietrouw te zijn, terwijl anderen toegaven doktersadvies wel eens te negeren. De redenen die hiervoor werden gegeven varieerden van bijwerkingen van de medicijnen tot de eigen gevoelens ten opzichte van de medicijnen. Dit onderzoek werd uitgevoerd om te achterhalen of de soort relatie die wordt gehanteerd tijdens het consult van enige invloed is op de terapietrouw van oudere patiënten.

Uit de literatuurstudie die vooraf ging aan het empirische onderzoek kwam naar voren dat er sprake kan zijn van zowel een paternalistische relatie als een partnership relatie tussen de arts en de oudere patiënt. Het empirisch onderzoek bevestigde deze resultaten; zowel een partnership als een paternalistische relatie bleek te worden gehanteerd in de praktijk. Uit dit onderzoek bleek dat de voorkeur vaker uitgaat naar een partnership relatie; vijf van de zes patiënten gaven aan dat zij actief participeren tijdens het consult. Eén patiënt liet alles liever over aan de arts. Een aantal van de actieve patiënten gaf aan niet altijd terapietrouw te zijn. De lage terapietrouw had volgens hen niet veel te maken met de soort relatie die werd gehanteerd of de houding van de arts. Het had meer te maken met de houding van de patiënt zelf ten opzichte van de medicijnen. Ze gaven aan dat als zij medicijnen niet wilden innemen, de arts hen niet zou kunnen overtuigen om het wel te doen.

De patiënt die een paternalistische relatie hanteerde met haar arts, gaf aan altijd terapietrouw te zijn. Wederom had dit niet veel te maken met de arts, maar met de patiënt zelf. De patiënt was er van overtuigd dat de arts alles weet en dat de beslissingen dus het beste overgelaten kunnen worden aan de arts. Wat de arts zegt, dat moet worden gedaan was de mening van deze patiënt. Zij zag de arts als een autoriteit, terwijl de andere patiënten dit beeld niet hadden.

De conclusie die getrokken kan worden uit dit onderzoek is dat de invloed van de soort relatie, of het nou een paternalistische relatie is of een partnership, gering is. In beide relaties besteedde de arts voldoende tijd aan de patiënt en luisterde aandachtig. Ook gaven de patiënten aan dat de arts veel uitleg gaf. De patiënten waren dus goed geïnformeerd en allen

gaven ook aan erg tevreden te zijn met de arts. De overtuigingskracht van de arts bleek een rol te spelen. Als de arts goed was in overtuigen, was de patiënt eerder geneigd om wel therapietrouw te zijn. Wat veel belangrijker is, is de perceptie die de patiënt heeft van de arts. Wanneer de patiënt de arts als een autoriteit ziet, zal hij doen wat er gezegd wordt en zal de therapietrouw hoog zijn. De patiënt is namelijk van mening dat de autoriteit gehoorzaamd moet worden. Wanneer dit niet het geval is, zal de patiënt doen wat hij zelf goed dunkt. De houding van de patiënt ten opzichte van therapietrouw speelt dan een grote rol. Uiteindelijk blijkt de patiënt zelf de grootste invloed te zijn op de therapietrouw van de oudere patiënt.

Discussie

Dit onderzoek biedt inzicht in de therapietrouw bij ouderen en de factoren die van invloed zijn op de therapietrouw. De kanttekening die geplaatst kan worden bij dit onderzoek is dat de data slechts afkomstig was uit enkele interviews. De mogelijkheid bestaat dat zowel patiënten als artsen antwoorden hebben gegeven die niet overeen kwamen met de werkelijkheid om een goed beeld te schetsen. Dit heeft als gevolg dat dit onderzoek relevante informatie mist om daadwerkelijk inzicht te krijgen in de therapietrouw bij ouderen. Het is aan te bevelen om niet alleen interviews te houden, maar als aanvulling ook de patiënten en artsen te observeren tijdens een consult en aantekeningen te maken. Op die manier kan zelfstandig de houding van de betrokkenen worden geobserveerd om een beeld te vormen van de relatie die wordt gehanteerd. Dit geeft de mogelijkheid om de data van de interviews te vergelijken met de data van de observaties om te achterhalen in hoeverre de betrokken partijen maatschappelijk gewenste antwoorden hebben gegeven. Deze vergelijking kan van grote waarde zijn voor dit onderzoek.

Een andere kanttekening die geplaatst kan worden bij dit onderzoek zijn de respondenten. In totaal zijn er in dit onderzoek zes patiënten en drie artsen geïnterviewd. De patiënten waren allen autochtoon. Als gevolg hiervan zijn ze niet representatief voor de gehele populatie. Allochtonen ouderen hebben een eigen cultuur en daardoor hebben ze ook een andere leefstijl. De manier waarop zij zich gedragen in een consult zal verschillen van de autochtone ouderen die deelnamen aan dit onderzoek. Ook zullen zij hun eigen ideeën hebben over therapietrouw. Dit onderzoek zou kunnen worden uitgebreid door ouderen van verschillende bevolkingsgroepen erbij te betrekken. Zo kan zich er een compleet beeld worden gevormd en kan de representativiteit worden vergroot.

Zoals gezegd zijn er drie artsen geïnterviewd in het kader van dit onderzoek. Een arts was een verpleeghuisarts, de twee andere waren huisartsen. Deze huisartsen hadden een praktijk die gevestigd was in dezelfde buurt. Er kan ervan worden uitgegaan dat zij ook gelijksoortige patiënten te zien krijgen. Dit onderzoek zou verder aangevuld kunnen worden door artsen te interviewen van verschillende buurten. Mensen in een rijke buurt die hoger zijn opgeleid zullen anders tegen bepaalde zaken aankijken dan mensen die laag opgeleid zijn en in een achterstandswijk wonen.

Door bovenstaande kanttekeningen in acht te nemen kan dit onderzoek aangevuld worden en in waarde toenemen.

Literatuur

Barat, I., F. Andreasen & M. S. Damsgaard. 2001. 'Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do'. *British Journal of Clinical Pharmacology* 51 (6):615

Beets, G. & T. Fokkema. 2005. 'Misverstanden over vergrijzing'. *Demos* 21 (5):37-40

Biddle, B.J. 1986. 'Recent Development in Role Theory'. *Annual Review of Sociology* 1986 (12): 67-92

Bowling, A. 2002. *Research methods in health: Investigating health and health services*. Norfolk: Biddles Ltd. [1997]

Brink-Muinen, A. van den, A. M. Dulmen & F. G. Schellevis (redactie). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Oog voor communicatie:huisarts-patiënt communicatie in Nederland*. Utrecht: NIVEL, 2004

Buller, M.K. & D.B. Buller. 1987. 'Physicians' Communication Style and Patient Satisfaction'. *Journal of Health and Social Behavior* 28(4):375-388

(CBS) 2007. *Bevolking; kerncijfers* [Internet]. CBS, 1-01-2007 [aangehaald 23-05-2007]. Bereikbaar op [http://statline.cbs.nl/StatWeb/Table.asp?STB=T&LA=nl&DM=SLNL&PA=37296ned&D1=a&D2=0,10,20,30,40,50,\(I-1\)-I&HDR=G1](http://statline.cbs.nl/StatWeb/Table.asp?STB=T&LA=nl&DM=SLNL&PA=37296ned&D1=a&D2=0,10,20,30,40,50,(I-1)-I&HDR=G1)

Charles, C. A., T. Whelan & A. Gafni. 2003. 'Shared Treatment Decision Making: What Does It Mean to Physicians?'. *American Society for Clinical Oncology* 21 (5):932-936

Childress, J. F & M. Siegler. 1984. 'Metaphors and models of doctor-patient relationships: Their implications for autonomy'. *Theoretical Medicine and Bioethics* 5(1): 17-30

Creswell, J.W. 2003. *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. University of Nebraska, Lincoln

Currey, J., J. Browne & M. Botti. 2006. 'Haemodynamic instability after cardiac surgery: nurses' perceptions of clinical decision-making'. *Journal of Clinical Nursing* 15(9): 1081-1090

- Davis, M. S. (1986). 'Variations in patients' compliance with doctors' advice: an empirical analysis of patterns of communication. *American journal of Public Health Nations Health* 58(2):274-288
- DiCicco-Bloom, B. & B.F. Crabtree. 2006. 'Making sense of qualitative research The qualitative research interview'. *Medical Education* 40 (4):314-321
- Endrizzi, C. & E. Rossi. 2006. 'Patient compliance with homeopathic therapy'. *Homeopathy* 95 (4):206-214
- Epstein, R. M. 2000. 'The Science of Patient-Centered Care'. *The Journal of Family Practice* 49 (9):805-807
- Flynn, K. E., M. A. Smith & D. Vanness. 2006. 'A typology of preferences for participation in healthcare decision making'. *Social Science & Medicine* 63 (5):1158-1169
- Freidson, E. (2001). The assault on Professionalism. In E. Freidson (Ed.), *Professionalism: The Third Logic* (pp. 179-196). Cambridge & Oxford: Polity.
- (Katholieke Universiteit Leuven) 2003. *Validiteit en betrouwbaarheid* [Internet]. Katholieke Universiteit Leuven, 15-02-2007 [aangehaald 21-05-2007]. Bereikbaar op <http://ppw.kuleuven.be/FL/validiteit.htm>
- Lim, L.S. 2002. 'Medical Paternalism Serves the Patient Best'. *Singapore Medical Journal* 43(3):143-147
- Loewy, E. H. 2005. 'In defense of paternalism'. *Theoretical Medicine and Bioethics* 2005 (26):445-468
- Loghman-Adham, M. 2003. 'Medication Noncompliance in Patients With Chronic Disease: Issues in Dialysis and Renal Transplantation'. *The American Journal of Managed Care* 9(2):155-71.
- Mackenbach, J.P. 1993. 'De epidemiologische transitie in Nederland'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 137(3):132-138

- Maddigan, S. L., K. B. Farris, N. Keating, C. A. Wiens & J. A. Johnson. 2003. 'Predictors of Older Adults' Capacity for Medication Management in a Self-Medication Program: A Retrospective Chart Review'. *Journal of Aging and Health* 15(2):332-352
- McElnay, J. C., C. R. McCallion & F. Al-Deagi. 1997. 'Self-reported medication non-compliance in the elderly'. *European Journal of Clinical Pharmacology* 53 (3-4):171-178
- McKinlay, J.B. & L.D. Marceau. 2002. 'The end of the golden age of doctoring'. *International Journal of Health Services* 32 (2):379-416
- McKinstry, B. 1992. 'Paternalism and the doctor-patient relationship in general practice'. *British Journal of General Practice* 42:340-342.
- McWhinney, I. R. 1998. 'Primary care: core values Core values in a changing world. *British Medical Journal* 1998 (316):1807-1809
- Mechanic, D. 2001. 'How should hamsters run? Some observations about sufficient patient time in primary care'. *British Medical Journal* 2001 (323):266-268
- Meertens, R., Schaalma, H. Brug, J. Vries, N. de. (2000) Determinanten van gedrag. In: Brug, J et al (red) Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Assen: van Gorcum & Comp. 55-72
- Ong, L.M.L, J.C.J.M de Haes & A.M Hoos. 1995. 'Doctor-patient communication: a review of the literature'. *Social Science & Medicine* 40 (7): 903-918
- Ong, L. M. L., M. R. M. Visser & F. J. van Zuuren. 1999. 'Cancer patients' coping styles and doctor-patient communication'. *Psycho-Oncology* 8 (2):155-166
- Pinquart, M. & P. R. Duberstein. 2004. 'Information needs and decision-making processes in older cancer patients'. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 51 (1):69-80
- Quill, T. E. & H. Brody. 1996. 'Physician Recommendations and Patient Autonomy: Finding a Balance between Physician Power and Patient Choice'. *Annals of Internal Medicine* 125(9):763-769

- (RIVM) 2004. *Ouderen zijn steeds vaker ziek, maar hebben er minder last van* [Internet]. RIVM, 9-11-2006 [aangehaald 11-11-2006]. Bereikbaar op http://www.rivm.nl/persberichten/2004/ouderen_leven.jsp
- (RIVM) 2005. *Vergrijzing Heden, verleden en toekomst Wat is de huidige situatie?* [Internet]. RIVM, 7-12-2006 [aangehaald 7-12-2006]. Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o3015n21018.html
- Robinson, A. & R. Thomson. 2001. 'Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools'. *Quality in Health Care* 2001 (10):34-38
- Rothenbacher, D., G. Rüter & H. Brenner. 2006. 'Prognostic value of physicians' assessment of compliance regarding all-cause mortality in patients with type 2 diabetes: primary care follow-up study'. *BMC Family Practice* 7: 42.
- Shapiro, J., L. Mosqueda & D. Botros. 2003. 'A caring partnership: Expectations of ageing persons with disabilities for their primary care doctors'. *Family Practice* 20(6):635-641
- Sluijs, E., S. van Dulmen & L. van Dijk. 2006. *Patient adherence to medical treatment: a meta review*. Utrecht: Nivel.
- Steinhart, B. 2002. 'Patient autonomy: evolution of the doctor-patient Relationship'. *Hemophilia* 8 (3):441-446
- Street, R. L., E. Krupat & R. A. Bell. 2003. 'Beliefs About Control in the Physician-patient Relationship Effect on Communication in Medical Encounters'. *Journal of General Internal Medicine* 18 (8):609-616
- Svensson, S., K. I. Kjellgren & J. Ahlner. (2000). 'Reasons for adherence with antihypertensive medication'. *International Journal of Cardiology* 76(2-3): 157-163.
- Vieder, J. N., M. A. Krafchick & A. C. Kovach, K. E. Galluzzi. 2002. 'Physician-patient interaction: What do elders want?'. *The Journal of the American Osteopathic Association* 102 (2):73-78

Wandless, I. & J. W. Davie. 1977. 'Can drug compliance in the elderly be improved?'. *British Medical Journal* 1977 (1):359-361

Weiler, P. G. 1990. 'Medication Misuse by the Elderly'. *Western Journal of Medicine* 152 (3):286

Xu, K. T. 2004. 'The Combined Effects of Participatory Styles of Elderly Patients and Their Physicians on Satisfaction'. *Health Services Research* 39 (2):377-392

Bijlage 1 Data interviews respondenten

Interviews patiënten

Patiënten	Datum van interview
Patiënt 1	31 maart 2007
Patiënt 2	31 maart 2007
Patiënt 3	26 april 2007
Patiënt 4	3 mei 2007
Patiënt 5	8 mei 2007
Patiënt 6	15 mei 2007

Interviews artsen

Artsen	Datum van interview
Arts 1	14 maart 2007
Arts 2	14 maart 2007
Arts 3	4 mei 2007

Bijlage 2 Vragenlijst interview patiënten

1. Wat vindt u van uw huisarts?
2. Wat verwacht u van uw huisarts?
3. Vindt u dat hij genoeg tijd besteedt aan u?
4. Wat vindt u wat hij goed/niet goed doet?
5. Legt de dokter goed uit hoe u uw medicijnen moet gebruiken?
6. Vraagt u wel eens of de arts een aantal dingen kan herhalen?
7. Neemt uw huisarts de tijd om dingen te herhalen?
8. Hoe krijgt u de informatie over de ziekte en bijbehorende adviezen? (folders, extra consulten e.d.)
9. Welke manieren van informatie krijgen vindt u het prettigst?
10. Wat vindt u van deze informatie?
11. Worden de beslissingen genomen door de arts of wordt u ook betrokken bij beslissingen?
12. Vind u dat u actief deelneemt in de gesprekken met de dokter, of verwacht u dat de dokter u precies vertelt wat u moet doen? Waarom?
13. Zou u willen dat de dokter meer praatte of juist minder? Waarom?
14. Zou u willen dat de dokter u vaker vroeg wat u vindt van sommige dingen?
15. Als de dokter zegt dat u iets moet doen om gezonder te worden, doet u dat dan ook?
16. Waarom doet u het wel/niet?
17. Heeft u enkele manieren om niet te vergeten uw medicijnen in te nemen?
18. Hoe zou u uw huisarts typeren: paternalistisch of partnership?
19. Waarom?
20. Wat heeft u liever?
21. Heeft u wel eens het advies van de dokter niet gevolgd omdat u vond dat de dokter niet goed had geluisterd naar u?
22. Heeft de houding van de arts ooit invloed gehad op uw beslissing om uw medicijnen niet in te nemen?

Bijlage 3 Vragenlijst interview artsen

1. Wat zijn uw taken ten opzichte van uw patiënten? (algemeen beeld)
2. Hoe gedraagt u zich bij patiënten tijdens een consult?
3. Praat u veel of laat u de patiënt het woord doen? Waarom?
4. Verschilt dat per patiënt of houdt u één houding aan?

Vragen over oudere patiënten

5. Moet u extra taken verrichten als het aankomt op ouderen of juist minder?
6. Hanteert u één houding bij oudere mensen? Waarom wel/niet?
7. Merkt u dat u soms automatisch een bepaalde houding aan neemt?
8. Zo ja, hoe komt dat?
9. Zo nee, hoe bepaalt u welke houding het meest geschikt is?
10. Wacht u af hoe de oudere patiënt zich gedraagt en reageert u daar dan op?

Er wordt gezegd dat oudere patiënten stil zijn en de arts laten praten.

11. Heeft u dat ook opgemerkt?
12. Zo ja, zo nee, kunt u hun gedrag beschrijven?
13. Verschilt dat per oudere patiënt?
14. Moedigt u ouderen aan om meer te praten?
15. Waarom wel, waarom niet?
16. Betreft u uw oudere patiënten bij het nemen van beslissingen?
17. Waarom wel, waarom niet?
18. Wat voor soort relatie vindt u geschikt als het aankomt op ouderen?
19. Waarom?

Ook wordt gezegd dat ouderen vaak hun voorgeschreven behandeling niet volgen.

20. Kunt u van te voren patiënten herkennen die niet of waarschijnlijk niet uw advies gaan volgen?
21. Wat zijn volgens u de redenen dat oudere patiënten het advies niet volgen?
22. Welke redenen geven patiënten zelf aan?
23. Hoe kan ervoor gezorgd worden dat ouderen het advies wel volgen?