

# Het vertalen van inzichten uit de Gezondheidspsychologie in bruikbaar gereedschap voor huisartsen tijdens consulten met hypertensiepatiënten.

N.C.M. Theunissen & D.T.D. de Ridder

Gezondheidspsychologie, Universiteit Utrecht en Research Institute for Psychology & Health

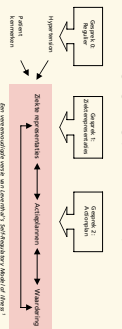


Universiteit Utrecht

## Inleiding

Veelal wordt verondersteld dat ontkunde en onwill van de patiënt therapie-ontrouw veroorzaakt. Volgens gezondheidspsychologische theorieën (Leventhal's Self-Regulatory Model of Illness,<sup>1</sup> zie Figuur 1) zijn patiënten zelf verantwoordelijk zijn voor therapie-nalvoing maar kunnen in het uitoefenen van die verantwoordelijkheid soms worden belemmerd door routinematige gedragspatronen of impliciete (leken-) ideeën over de aard van hun aandoening. Dit impliceert dat arsten de therapie-nalvoing van patiënten kunnen verhogen als ze de ideeën die patiënten hebben over hun ziekte ter sprake brengen en expliciteer ingaan op de dagelijkse routines die door de patiënt als belemmeringen worden ervaren. Hoe huisartsen dit tijdens consulten zouden kunnen doen is nog niet bekend.

Figuur 1



## Vertaling van de theorie naar de praktijk

Tijdens reguliere consulten worden vaak door de patiënt uitspraken gedaan waarin men ziekte-representaties en Actieplannen kan herkennen, mits men daar alert op is (zie Kader 1 en Kader 2). Als hulpmiddel voor de huisarts werden er twee mogelijk gesprekstechnieken ontwikkeld, bruikbaar tijdens een regulier consult.

**Gesprekstechniek 1** (bespreken van Ziekte-representaties) had als doel de motivatie te vergroten, door de ideeën van de patiënt over de bloeddruk en de behandeling te achterhalen en te onderzoeken of deze ideeen therapie-nalvoing qua medikatie of leefstijl beïnvloeden (zie Figuur 2, linkerzijde).

**Gesprekstechniek 2** (bespreken van Actieplan) had als doel motivatie in gedrag te vertalen, door te achterhalen of er iets is dat therapie-nalvoing kan belemmeren of juist vergemakkelijken (zie Figuur 2, rechterzijde).

De bruikbaarheid van deze technieken werd onderzocht en de effecten ervan op de therapietrouw van patiënten werd gemeten.

### Kader 1: Ziekte-representaties tijdens een regulier gesprek

Voorbeeld van een gesprek zoals dat regelmatig plaats vindt tussen patiënten met hypertensie en hun huisartsen:

Patiënt: "Ik ben hier omdat ik een druk op mijn borst voel. Ik wil mijn bloeddruk laten controleren."

Huisarts: "Misschien is het omdat ik zoveel verdriet heb om de scheiding van mijn zoon."

Patiënt: "Ach ja, ik vind het toch zo erg voor mijn zoon. Ik heb er zoveel verdriet over..."

Analysen:

- Patiënte legt verbanding tussen druk op de borst en hoge bloeddruk.

- Patiënte veronderstelt een oorzaak voor druk op de borst of bloeddruk, namelijk: verdriet.

- Huisarts reageert met empathie op verdriet.

- Huisarts reageert niet op verbandingen en veronderstellingen van patiënte.

**Mogelijke consequenties:**

- Patiënte kan concluderen dat zolang ze verdriet heeft haar bloeddruk te hoog zal zijn.

- Misschien besluit ze dan ook dat gezonder eten even niets uitmaakt. Of dat ze voor de zakenheid maar een pilletje extra moet nemen.

- Of ze concluderet dat zodra ze geen druk op de borst meer voelt, dat dan de bloeddruk weer lager is, dus best wel een pilletje kan worden overgeslagen.

- De huisarts laat de echte angst van de patiënte onbesproken: de angst dat door het verdriet de bloeddruk weer hoger wordt.

**Alternatief huisartsreactie:**

- Toelichten dat hoe erg en terecht haar verdriet ook is, het volgens de huidige medische inzichten de bloeddruk niet hoger maakt.

- Utligen dat hoge bloeddruk niet gevraagd kan worden, dus ook niet door een druk op de borst.

- Procedure volgen van **Gesprekstechniek 1**.

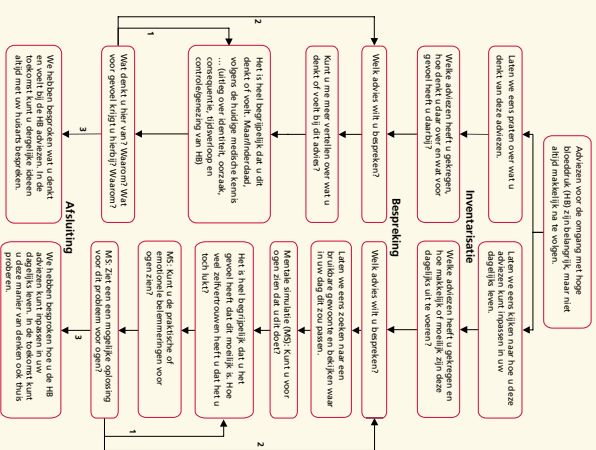
## Methode

108 patiënten met essentiële hypertensie zonder co-morbiditeit werden aslect toegewezen aan drie type consulten van 15 minuten. Tien huisarts-in-opleiding (HAIOs) hielden ieder 4 reguliere hypertensie consulten. Daarna werden ze aslect over twee groepen verdeeld voor een training in **Gesprekstechniek 1** of **2**. Elke HAIO hield vervolgens 7 consulten volgens de getrainde methode. Vooraf, na afloop en een maand na het gesprek vullden patiënten vragenlijsten in over ziekte-ideeën, gedragsroutines en therapietrouw.

### Gesprekstechniek 1 (Ziekte-representaties)

Introduce

### Gesprekstechniek 2 (Actieplannen)



Figuur 2

## Resultaat

Na twee keer 3 uur training bleken de HAIOs in staat om de nieuwe gesprekstechniek toe te passen binnen het gevooede effect: met Gesprekstechniek 1 werd meer over de ziekte-ideeën gesproken en met Gesprekstechniek 2 meer over dagelijkse routines. Gesprekstechniek 1 werd het meest gewaardeerd door de patiënten. Vak na gesprekstype 1 en 2 bleken patiënten zich beter te realiseren dat hypertensie en de behandeling complex zijn. Een maand na de gesprekken rapporteerde patiënten die Gesprekstechniek 2 hebben meegemaakt vaker de intentie daadwerkelijk iets aan de hypertensie te doen.

### Kader 2: Actieplannen tijdens een regulier gesprek

Voorbeeld van een gesprek zoals dat regelmatig plaats vindt tussen patiënten met hypertensie en hun huisartsen:

Huisarts: "hoe gaat het met de medicijnen?"

Patiënt: "goed hoor"

Huisarts: "prima, neemt u ook voldoende beweging?"

Patiënt: "Ik wandel heel graag"

Huisarts: "Stroopt u uw mouw maar even op"

Analysen:

- Het is onduidelijk wat de patiënt bedoeld met "goed" en of dat wel strookt met de voorschriften.

- Hoewel de patiënt zegt graag te wandelen is het niet duidelijk of dat ook regelmatig gebeurt.

- De huisarts vraagt niet door over de gewoontes van de patiënt.

- De huisarts zegt "prima" tegen iets dat misschien helemaal verkeerd is.

**Mogelijke consequenties:**

- De patiënt neemt wellicht de medicijnen anders dan bedoeld is.

- De patiënt kan concluderen dat de huisarts liever niet praat over wat de patiënt doet.

- De huisarts is genuststeld terwijl daar misschien geen reden voor is.

- Een 'conspirator of silence' over therapietrouw: de arts zal niet vragen naar medicijngebruik en de patiënt zal er niet over vertellen zodat beide partijen niet in verlegenheid worden gebracht.

**Alternatief huisartsreactie:**

- Proberen te achterhalen wat de patiënt bedoeld met 'goed'.

- Getintereseerd vragen hoe vaak er daadwerkelijk gewandeld wordt.

- Procedure volgen van **Gesprekstechniek 2**.

## Conclusie

Beide nieuwe gesprekstechnieken bleken goed uitvoerbaar en hadden elk hun voordelen. De HAIOs waardeerden de methoden als nuttig en bruikbaar voor regulier gebruik en deden suggesties voor verbeteringen. Een combinatie van beide gesprekstechnieken zou de huisarts bruikbaar gereedschap geven voor het verhogen van het therapiebewustzijn in patiënten met een chronische aandoening als hypertensie.

## Vervolgonderzoek

Boven genoemde inzichten worden aangeboden in de vorm van een cursus over therapietrouw, waarin huisartsen vertrouwd worden gemaakt met de gesprekstechnieken. Deze cursus vormt het hart van een implementatie onderzoek. Dat betreft een video-registratie van de zeven reguliere consulten met hypertensiepatiënten per huisarts, waarna de huisarts de training volgt van twee keer 3 uur en vervolgens nog twee consulten worden geregistreerd. De video-registraties worden gebruikt in een individueel begeleidingsstraject van huisartsen alsook om de implementatie van de aangeleerde technieken te evalueren. De gesprekstechniek is generiek maar voor de cursus beperken we ons vooralsnog tot patiënten met hypertensie. Hypertensie is uitgekozen omdat alle elementen van de gesprekstechniek hierbij ingezet kunnen worden. Een ander voordeel van hypertensie is dat gezien de incidentie binnen korte tijd voldoende patiënten kunnen worden gewonnen. Dit is belangrijk omdat de gesprekstechniek tijdens de cursus in de praktijk wordt gebruikt. De verworven vaardigheden kunnen later ook worden ingezet bij patiënten met chronische aandoeningen als bijvoorbeeld diabetes of astma.

## Literatuur

1. Leventhal, H., Diefenbach, M., Leventhal, E.A., Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition.
2. Theunissen, N.C.M., De Ridder, D.T.D., Bensing, J.M., & Baten, G.E.H.M. (2001). Manipulation of patient-provider interaction: Using the self-regulatory model of illness to discuss adherence. *Submitted*.