Therapietrouw bij niet-Nederlandstaligen

Effect van het gebruik van een pictografische medicatieschema

Hannah Gibson, KULeuven

Promotor: Brigitte Schoenmakers, KULeuven

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Contents

Abstract ... 3

Inleiding ... 4

Praktijkschets ... 4

Probleemschets ... 5

Oplossingen ... 7

Studieopzet ... 9

Doelstelling ... 9

Inclusiecriteria ... 9

Methode ... 9

Verloop van de eerste consultatie ... 9

Verloop tweede consultatie ... 11

Resultaten ... 12

Geïncludeerde patiënten ... 12

Achtergrond van de geïncludeerde patiënten ... 12

Therapietrouw ... 13

Medicatieschema en -fiches ... 14

Bespreking ... 15

Patiëntenpopulatie ... 15

Therapietrouw ... 16

Medicatieschema ... 16

Conclusie ... 17

Referenties ... 18

Bijlagen ... 21

Protocol ... 21

Ethisch Committee ... 23

Abstract

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om het effect van een pictografisch medicatieschema op de therapietrouw bij niet-Nederlandstalige patiënten die chronische medicatie gebruiken in een huisartsen setting na te gaan.

Methode

De patiënten worden op afspraak uitgenodigd om aan twee doelgerichte consultaties mee te werken, met één maand proefperiode tussen deze consultaties. Tijdens de eerste consultatie wordt een demografische vragenlijst afgenomen en vullen de patiënten een MMAS-4 in. Daarna krijgen ze een pictografisch medicatieschema en pictografische medicatiefiches en de uitleg hieromtrent. Tijdens de tweede consultatie wordt een vragenlijst afgenomen om het gebruik en begrip van het schema en de fiches te beoordelen. De MMAS-4 wordt opnieuw afgenomen. Er worden 17 patiënten geïncludeerd in het onderzoek.

Resultaten

De MMAS-4 score voor de interventie verdeelt zich als volgt: 17,7% van de patiënten scoren nul; 17,7% scoren één; 52,9% scoren twee; en telkens 5,9% drie en vier. Het gemiddelde is 1,65. De mediaan is 2.
Na de interventie scoren 17,7% nul; 35,3% één; 35,3% twee en 11,8% drie. Geen enkele deelnemer heeft na de interventie een score van vier. Het gemiddelde is na de interventie 1,41. De mediaan 1.
Eén patiënt verbetert zijn score met drie punten; 41,2% scoren één punt beter; 23,5% hebben dezelfde score, 23,5% scoren één punt slechter en één patiënt twee punten slechter. Gemiddeld is de score 0,24 beter. De mediane verbetering is 0.

Conclusie

Hoewel pictografische medicatieschema's geen duidelijk effect hebben op de therapietrouw van niet-Nederlandstalige patiënten, lijken patiënten deze wel nuttig te vinden. Een medicatieschema is ook niet moeilijk om toe te passen in de praktijk en is een kleine variatie op een vertrouwde tool van de (huis)arts. Een medicatiefiche lijkt eerder nuttig voor het uitleggen van acute of nieuwe medicatie.

Inleiding

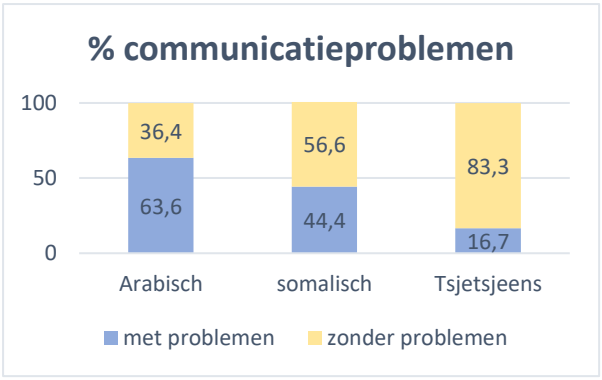
Praktijkschets

Deze studie wordt uitgevoerd in een opstartend wijkgezondheidscentrum met 2 huisartsen, een HAIO en een verpleegkundige. De praktijk is gelegen in het Westerkwartier, een socio-economisch achtergestelde wijk in Oostende. De welvaartsindex getuigt hiervan. In 2010 bedroeg deze tussen 70 en 79, dit in vergelijking met Oostende in het geheel, de Vlaamse centrumsteden, West-Vlaanderen en Vlaanderen die in 2013 respectievelijke welvaartsindexen hadden van 83,67; 95,37; 93,57 en 100.[1]
Het percentage ingeschreven patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming ligt hierdoor ook beduidend hoger dan in de Vlaamse centrumsteden en het Vlaams gewest. 38% ten opzichte van respectievelijk 17,8% en 13% in 2014.[2]

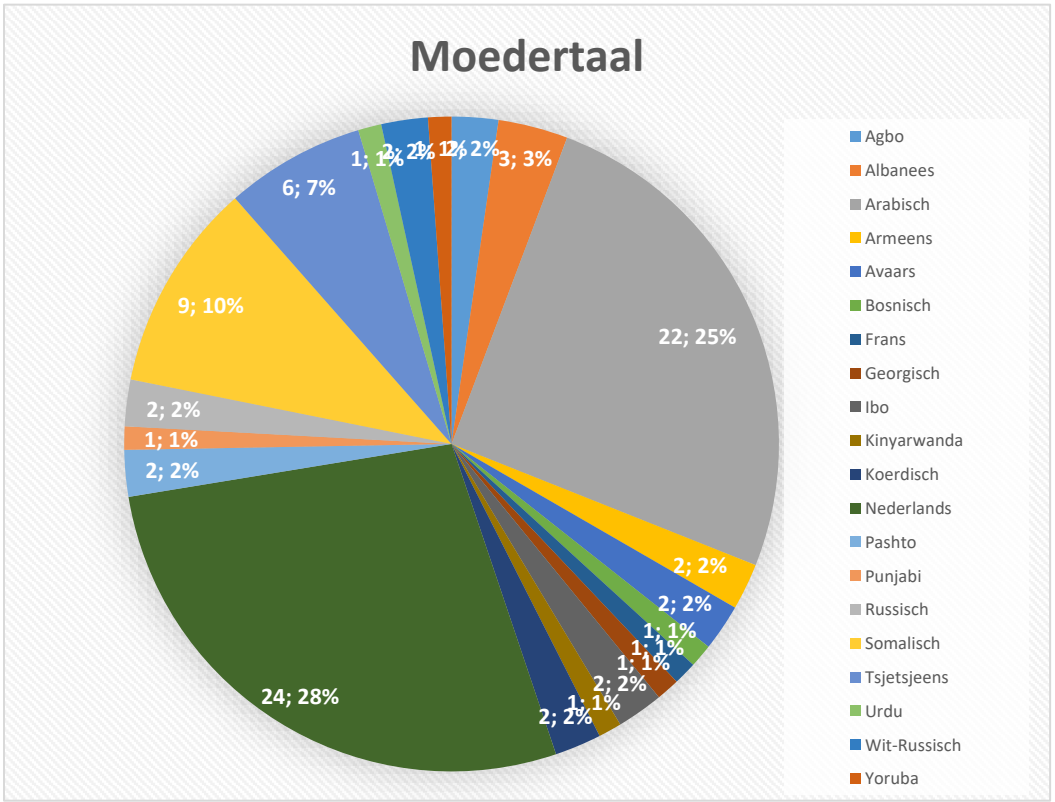
In Oostende is 15,06% van de bevolking minderjarig en is 34,30% zestig jaar of ouder. Voor West-Vlaanderen is dit respectievelijk 18,20% en 28,11%.[3] In deze praktijk daarentegen is dit 32,25% min-twintig jarigen en 17,8% zestig plussers.

In 2014 bestond de populatie van Oostende uit 8,08% niet-Belgen. Voor West-Vlaanderen was dit 4,03%.[3] Van de ingeschreven patiënten in deze praktijk is ongeveer 39% van niet-Belgische origine. In een telling gedurende één maand waren 42,5% van de afspraken en huisbezoeken voor patiënten die niet van Belgische afkomst waren. Een registratie gedurende 1 week van de consultaties en huisbezoeken bij de HAIO toont aan dat slechts 27,6% van de 87 patiënten Nederlands als moedertaal heeft. Er werden in deze week 20 verschillende moedertalen geregistreerd. Er werd in 38,6% van de consultaties met niet-Nederlandstalige patiënten een communicatieprobleem ervaren door de arts.
Iets meer dan een vierde (25,3%) van de patiënten sprak Arabisch als moedertaal. Somalisch was de derde meest gesproken taal, met 10,3%. Er werden 8 Oost-Europese en Kaukasische talen gesproken (Albanees, Armeens, Avaars, Bosnisch, Georgisch, Russisch, Tsjetsjeens en Wit-Russisch). Samen goed voor 21,7% van de consultaties. Tsjetsjeens was hiervan het meest voorkomend; 6,9% van alle consultaties en daarmee de vierde meest gesproken taal onder de patiënten. Verder werden er nog vier Aziatische talen gesproken buiten Arabisch. Deze waren Koerdisch, Pashto, Punjabi en Urdu. 6,8% van de patiënten sprak deze talen. In totaal was een Aziatische taal in 32,1% van de consultaties de moedertaal.
Buiten Somalisch werden er ook nog vier andere Afrikaanse talen gesproken. Hiervan waren drie talen van Nigeria (Agbo, Ibo en Yoruba) en één van Rwanda (Kinyarwanda). In totaal nog eens 6,8% van de consultaties. Afrikaanse talen waren de moedertaal in 17,1% van de consultaties. De enige andere West-Europese taal die gesproken werd was Frans, goed voor maar 1,1% van de patiënten. In totaal werd een West-Europese moedertaal bij 28,7% van de consultaties vastgesteld.
Hoewel Nederlands de moedertaal was van maar iets meer dan een kwart van de patiënten, gebeurde meer dan negen op tien (93,1%) van de consultaties in het Nederlands. De andere consultaties werden in het Engels gehouden (5,7%). Maar één enkele consultatie gebeurde in het Frans. [fig1]

Bij niet-Nederlandstalige patiënten had 81,8% geen gelegenheidstolk mee. Van de 18,2% die wel een gelegenheidstolk meehadden, had de grote meerderheid ofwel een echtgeno(o)t(e) (38,5%) of (klein)kind (30,8%) mee. Vrienden vormden de derde groep (15,4%). Assistentie door broer of zus of via de telefoon vertegenwoordigt een laatste groep (elk 7.7%)
Onder niet-Nederlandstalige patiënten was er een communicatieprobleem bij tien op dertien consultaties waarbij de patiënt een gelegenheidstolk voorzien had. Dit was maar voor zestien op 50 consultaties zo bij niet-Nederlandstalige patiënten die geen gelegenheidstolk bijhadden.
Of er een communicatieprobleem ervaren werd door de arts was ook afhankelijk van wat de moedertaal was van de patiënt. Veel talen kwamen maar één tot drie keer voor. Maar van de vaak aanwezige talen was er een opmerkelijk verschil. Bij 14/22 (63,6%) consultaties waarbij Arabisch de moedertaal was werd een communicatieprobleem opgemerkt. Bij 4/9 (44,4%) Somalische consultaties was dit ook het geval en maar bij 1/6 (16,7%) consultaties met Tsjetsjeens als moedertaal. [fig.2]



Figuur 2. % communicatieproblemen



Figuur 1. Spreiding van de moedertalen

Probleemschets

Studies tonen aan dat therapietrouw een algemeen probleem is voor patiënten.[4] Een onderdeel van veel consultaties is het medisch voorschrift. Deze kan enkel nuttig zijn als de patiënt de medicatie effectief inneemt en op de correcte manier. Dit kan op verschillende manieren en momenten fout lopen. Ten eerste kan de patiënt kiezen om de medicatie niet te halen. Ten tweede kan de patiënt kiezen om de medicatie niet in te nemen en ten slotte kan de patiënt de medicatie incorrect innemen.
Mogelijke redenen om medicatie fout of niet in te nemen zijn dat de patiënt niet begrijpt wat, hoe of waarom hij dat moet doen. Ook kan hij er niet mee instemmen om het advies van de arts te volgen.[5]

Een groot onderdeel van deze redenen voor therapieontrouw is de communicatie tussen arts en patiënt. Niet alleen moet de arts duidelijk zijn over welke medicatie er genomen dient te worden en hoe dit correct gedaan wordt, hij moet er ook voor zorgen dat de patiënt begrijpt waarom de medicatie ingenomen moet worden en ervoor zorgen dat de patiënt zelf ook overtuigd is van het nut en de haalbaarheid van het correct innemen van de voorgeschreven medicatie.[6]

Omdat communicatie zo een grote rol speelt in de arts patiënt relatie in het algemeen, en meer specifiek bij therapietrouw ligt het voor de hand dat een taalbarrière problemen creëert op dit vlak.[7] Anderstalige patiënten hebben op elk moment tijdens de consultatie met de arts een communicatief nadeel. Zij kunnen minder goed uitleggen waarom ze de arts raadplegen en kunnen minder correct hun ideeën en noden overbrengen. Zij begrijpen de vragen en uitleg van de arts minder goed of zelfs niet. Dit maakt de factor onbegrip in de mogelijke redenen om therapieontrouw te zijn veel groter.

Er bestaan verschillende manieren om therapietrouw te meten. Directe manieren zijn het meten van de bloed- of urinespiegel van een bepaalde medicatie en het onder supervisie laten innemen van de medicatie door de patiënt.[8] Dit zijn nuttige manieren van werken in de praktijk als het belangrijk is dat de patiënt zeer strikt een medicatie inneemt. Het zijn minder nuttige manieren van werken voor patiënten die verschillende medicaties innemen of medicaties innemen waarvan de spiegel niet zo gemakkelijk gemeten kan worden. Ook zijn het zeer tijdsintensieve, kostelijke en voor de patiënt invasieve manieren om de therapietrouw te bepalen.
Er bestaan ook verschillende indirecte manieren om de therapietrouw te meten. Deze kunnen meer of minder intensief zijn. Het tellen van pillen (lege vs. volle blister) en het nagaan bij de apotheek wat er werd gehaald en wanneer zijn intensievere manieren van te werk gaan. Elektronische monitoring systemen zijn veel minder intensief en invasief. Er kan ook gewerkt worden met vragenlijsten voor patiënten. Deze gaan de handelingen en attitudes van de patiënt na die een effect hebben op therapietrouw en zijn even gemakkelijk in het gebruik bij patiënten die verschillende medicaties innemen als bij zij die er maar één innemen. Ze geven een algemene indruk van de therapietrouw van een patiënt in plaats van de exacte therapietrouw van één medicatie te weerspiegelen.

Een van deze gevalideerde vragenlijsten is de Morisky Medication Adherence Scale (MMAS). Dit is een korte vragenlijst die door het navragen van attitudes van de patiënt de

therapietrouw inschat. Het is een gevalideerde vragenlijst die in twee versies bestaat; een versie met acht vragen en een versie met vier vragen. Respectievelijk MMAS-8 en MMAS-4.[MKW] [9-11] [fig. 3]

Morinsky Medicine Adherence Scale

Vergeet je soms je medicatie te nemen?	Ja	Nee
Ben je soms onzorgvuldig in het nemen van je medicatie?	Ja	Nee
Stop je soms met je medicatie te nemen als je je daardoor slechter voelt?	Ja	Nee
Stop je soms met je medicatie in te nemen als je je beter voelt?	Ja	Nee

Figuur 3. MMAS 4

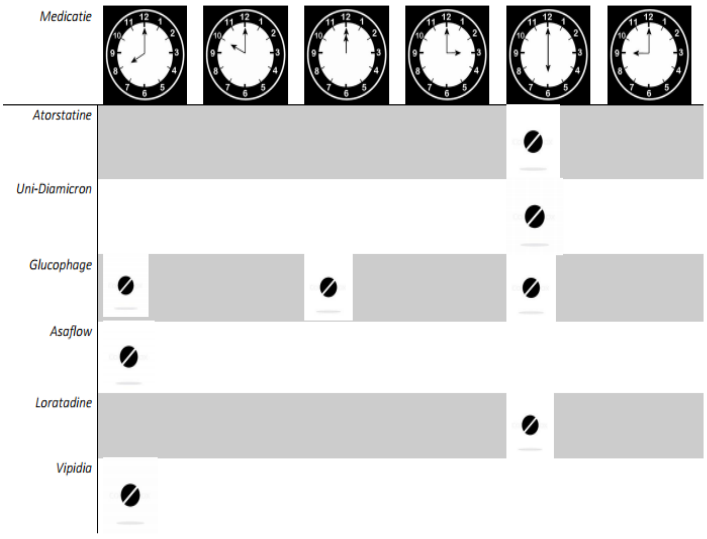
Oplossingen

Om het probleem van therapietrouw te verhelpen bestaan er verschillende mogelijke interventies. Ten eerste kan de medicatie die een patiënt moet innemen zo veel mogelijk gesimplificeerd worden. Dit betekent zo weinig mogelijk verschillende medicaties, zo weinig mogelijk innames en zo weinig mogelijk pillen. Hoe minder een patiënt moet onthouden, hoe gemakkelijker het is om correct medicatie in te nemen.[5] Een tweede mogelijkheid is om een medicatie verdeeldoos te gebruiken. Deze wordt wekelijks gevuld. Het is hiermee visueel duidelijk welke medicatie wanneer ingenomen dient te worden. Men kan ook snel zien of alle medicatie is ingenomen. Het is hierbij wel belangrijk dat de patiënt de doos goed vult. Dit kan soms moeilijk zijn. Hierbij kan thuisverpleging een belangrijke bron van hulp zijn. De verpleegkundige kan de medicatie wekelijks klaarmaken, waarna de patiënt ze zelf medicatie kan innemen. Als dit niet lukt voor een patiënt kan thuisverpleging ook dagelijks medicatie klaarleggen of zelfs de inname hiervan superviseren. Dit zijn arbeidsintensieve opties.
Nog een manier om de patiënt te helpen is om een medicatieschema op te stellen. Deze bestaan uit een lijst van de medicatie en het uur waarop deze dient ingenomen te worden. Er wordt ook vermeld hoeveel van elke medicatie ingenomen moet worden. Het medicatieschema kan gecombineerd worden met elk van de bovenvernoemde manieren om de patiënt met therapietrouw te helpen.

Anderstalige patiënten hebben vooral een communicatieprobleem die een rol speelt in therapietrouw. Om dit probleem op te lossen zijn er verschillende strategieën. Ten eerste kan men een tolk gebruiken om de taalbarrière te doorbreken. Studies tonen aan dat patiënten meer begrijpen en zich beter begrepen en geholpen voelen als er een professionele tolk aanwezig is tijdens de consultatie.[12] Professionele tolken die opgeleid zijn om patiënten te begeleiden zijn goed geplaatst om het communicatieprobleem op te lossen, maar er zijn enkele praktische bedenkingen hierbij. Eerst en vooral zijn professionele tolken duur en moet de patiënt zelf of de praktijk de kost hiervan dragen, wat onhaalbaar is. Ten

tweede zijn professionele tolken opgeleid om in enkele talen te tolken. Zoals gezegd zijn er in deze praktijk heel veel verschillende moedertalen. Het wordt zeer moeilijk om voor alle talen een professionele tolk te vinden. Ten slotte moet de tolk beschikbaar zijn op het moment dat de patiënt aanwezig is. Hoewel de meeste consultaties op afspraak gebeuren, worden deze heel vaak pas een dag op voorhand of zelfs de dag zelf vastgelegd. Een professionele tolk zou heel flexibel moeten zijn om op al deze afspraken aanwezig te zijn. Voor zowel de arts als de patiënt kan het onwennig zijn om een derde persoon in de consultatie te hebben. Dit kan een impact hebben op de arts patiënt relatie.
Er bestaan ook professionele tolken die via de telefoon werken. Dit maakt hun beschikbaarheid iets groter, maar het blijft moeilijk om dit praktisch te regelen. De andere bedenkingen voor professionele tolken blijven in dit geval dezelfde.[13]
In de praktijk wordt vaak een gelegenheidstolk gebruikt. Dat is een kennis of familielid van de patiënt die meekomt om te tolken. Vanuit praktisch oogpunt werkt dit goed aangezien de patiënt zelf met de gelegenheidstolk regelt wanneer die samen op afspraak kunnen komen. Er is ook geen enkele kost aan verbonden en de patiënt zorgt ervoor dat het iemand is die hij kent en genoeg vertrouwt. Maar ook dit brengt problemen met zich mee. Een gelegenheidstolk is niet opgeleid om te tolken. De talenkennis kan heel variabel zijn, soms nauwelijks beter dan die van de patiënt. Ook is er geen zicht op hoe de communicatie verloopt. Noch de arts, noch de patiënt kan immers controleren of de tolk juist en volledig vertaalt zonder eigen commentaar te geven. Bij professionele tolken is dit ook het geval natuurlijk, maar zij zijn opgeleid om correct te tolken. Aangezien gelegenheidstolken de patiënt kennen, kan het moeilijk zijn voor hen om geen eigen interpretaties te geven aan wat er gezegd wordt. Beroepsgeheim vormt in deze situatie ook een probleem. De gelegenheidstolk is hieraan niet gebonden en het kan moeilijk zijn voor de arts om na te gaan bij de patiënt zelf wat er wel en niet geweten mag worden door de gelegenheidstolk.

Op vlak van therapietrouw kunnen voor anderstalige patiënten dezelfde interventies worden toegepast als bij Nederlandstalige patiënten. Ook bij hen kunnen medicatieverdeeldozen, thuisverpleegkundigen en medicatieschema's helpen om de therapietrouw te verbeteren. Eén probleem dat zich hierbij kan voordoen is dat een medicatieschema in de taal van de arts wordt opgesteld. Om dit te verhelpen is het mogelijk om pictogrammen te gebruiken die zowel de arts als de patiënt verstaan. Pictogrammen zijn leesbaar voor mensen die de taal niet machtig zijn en ze kunnen de patiënt hierdoor helpen om zijn behandeling beter te verstaan. [14-16] [Fig. 4]



Figuur 4. Pictografisch medicatieschema

Studieopzet

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om het effect van een pictografisch medicatieschema op de therapietrouw bij niet-Nederlandstalige patiënten die chronische medicatie gebruiken in een huisartsen setting na te gaan.

Inclusiecriteria

De patiënt is niet-Nederlandstalig en neemt minstens één chronisch medicijn in. Om patiënten te recruteren wordt gedurende drie maand een lijst van alle patiëntencontacten bijgehouden waaruit patiënten die aan de inclusiecriteria voldoen geselecteerd worden.

Methode

De patiënten worden op afspraak uitgenodigd om aan twee doelgerichte consultaties mee te werken, met één maand proefperiode tussen deze consultaties. Alle consultaties worden in het Nederlands gevoerd. Enkele patiënten brengen zelf een gelegenheidstolk mee.

Verloop van de eerste consultatie

Een Informed Consent wordt afgenomen door middel van een schriftelijke en mondelinge uitleg. Er wordt getracht zo goed mogelijk vast te stellen dat de patiënt ermee instemt dat de gegevens zullen dienen voor het onderzoek.

De eerste vragenlijst wordt doorlopen met de patiënt en door de onderzoeker ingevuld. Deze vragenlijst bestaat uit vragen over de patiënt zelf en zijn achtergrond. Demografische gegevens over leeftijd, nationaliteit, moedertaal en opleidingsgraad worden hiermee verzameld. Ook wordt andere talenkennis, het aantal jaar dat de patiënt in België woont, het aantal jaar les Nederlands, en Nederlandstalige kennissen bevraagd. Op medisch vlak wordt het aantal ingenomen medicaties, en welke deze zijn, bevraagd. [fig. 5]

Daarna wordt de Morinsky Medication Adherence Scale 4 (MMAS-4) voorgelegd aan de patiënt in het Nederlands. Er wordt hem gevraagd om voor elke vraag ja of nee aan te duiden. De MMAS-4 is voor de patiënten ook in drie andere talen beschikbaar (Engels, Arabisch en Russisch). Dit opdat de vragen zo juist mogelijk zouden beantwoord worden.

Na het invullen van de vragenlijst en MMAS-4 wordt in samenspraak met de patiënt een pictografisch medicatieschema opgesteld. Er wordt ook per ingenomen medicatie een medicatiefiche opgemaakt. De informatie over ingenomen medicatie wordt aan de patiënt

gevraagd en aan de hand van het medisch dossier gecontroleerd. Er wordt nagegaan op welk tijdstip van de dag de patiënt de verschillende medicaties inneemt. Het

medicatieschema en de medicatiefiches worden op de computer opgesteld en afgedrukt. Per ingenomen medicijn wordt er op de medicatiefiches handmatig aangeduid wat de functie hiervan is. Dit wordt gedaan aan de hand van een figuur van een lichaam waarop geschreven wordt.[17] [Fig.6] Elke medicatiefiche wordt overlopen met de patiënt. Nadien wordt ook het medicatieschema overlopen. Er wordt uitgelegd dat het medicatieschema thuis te gebruiken is, alsook nuttig kan zijn bij elk bezoek aan een arts. Daarna wordt een afspraak gemaakt voor de tweede consultatie één maand later.

Wat is je opleidingsgraad?

- o Geen
- o Lager onderwijs
- o Secundair onderwijs
- o Hoger onderwijs

Wat is je moedertaal?

Welke andere talen spreek je?

Wat is je land van herkomst?

Hoe lang ben je al in België?

- o Minder dan 1 jaar
- o 1-3 jaar
- o 4-5 jaar
- o Meer dan 5 jaar

Hoe lang ben je Nederlands aan het leren?

- o Minder dan 1 jaar
- o 1-3 jaar
- o 4-5 jaar
- o Meer dan 5 jaar

Ken je iemand die Nederlands spreekt? Wie?

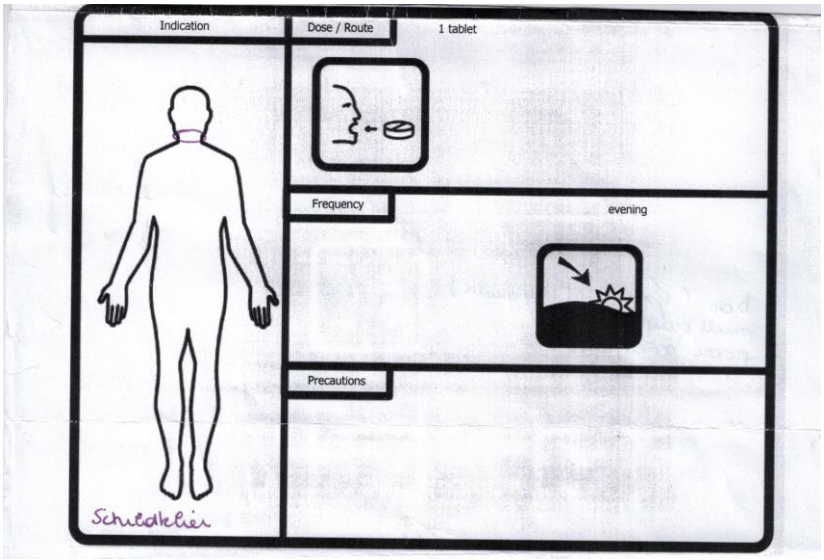
Vraag je aan deze persoon hulp?

Welke medicatie neem je?

Morinsky Medicine Adherence Scale

Vergeet je soms je medicatie te nemen?	Ja	Nee
Ben je soms onzorgvuldig in het nemen van je medicatie?	Ja	Nee
Stop je soms met je medicatie te nemen als je je daardoor slechter voelt?	Ja	Nee
Stop je soms met je medicatie in te nemen als je je beter voelt?	Ja	Nee

Figuur 5. Vragenlijst eerste consultatie



Figuur 6. Lichaamsfiguur

Verloop tweede consultatie

Na één maand worden de patiënten terug op afspraak gezien. Ook deze consultatie verloopt in het Nederlands. De vragenlijst van de eerste consultatie wordt aan de patiënten voorgelegd om hen duidelijk te maken dat deze consultatie over hetzelfde onderzoek gaat. De patiënten hebben hierbij niet de tijd om de vorige vragenlijst te lezen. De follow-up-vragenlijst wordt afgenomen. Deze bestaat uit het navragen van het begrip van het medicatieschema en de medicatiefiches, het begrip van de uitleg die hierbij gegeven werd in de eerste consultatie en of het medicatieschema en de medicatiefiches de patiënt helpen om zijn medicatie juist in te nemen.
Er wordt ook gepolst naar eventuele opmerkingen over het medicatieschema en de medicatiefiches zelf. Daarna wordt op dezelfde manier als tijdens de eerste consultatie de MMAS-4 afgenomen. De patiënten vullen deze zelf in. De vragen zijn ook tijdens deze consultatie in het Engels, Arabisch en Russisch beschikbaar om het correct invullen van de MMAS-4 te bevorderen.

Resultaten

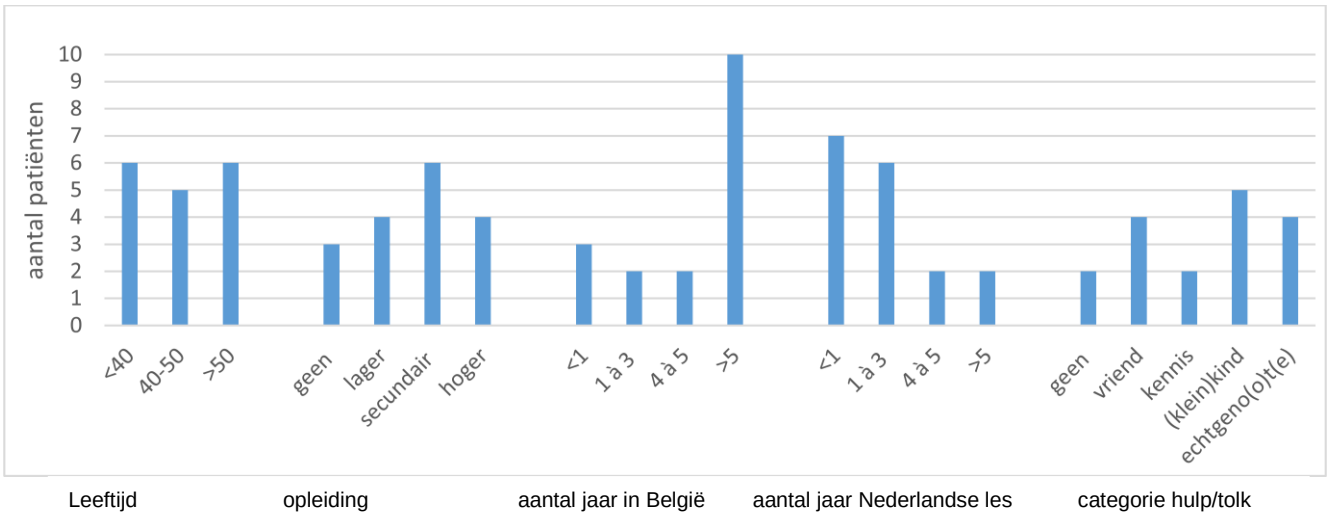
Geïncludeerde patiënten

Tijdens een periode van drie maanden wordt een lijst van 52 patiënten, die aan de inclusiecriteria voldoen, weerhouden. Deze patiënten worden telefonisch op afspraak uitgenodigd in de praktijk. Zij worden ervan op de hoogte gebracht dat deze afspraak enkel dient om aan het onderzoek mee te doen. 19 patiënten gaan in op de uitnodiging. Vier patiënten komen niet naar deze afspraak. Eén patiënt komt wel naar de afspraak maar stemt niet in met het onderzoek. Patiënten die op de lijst geïncludeerd waren maar niet bereikbaar zijn om op de onderzoeksdag uit te nodigen en die in de week voor en de week na de onderzoeksdag in de praktijk op afspraak komen, worden op dat moment aangesproken om deel te nemen aan het onderzoek. Op deze manier worden nog zeven patiënten geïncludeerd in het onderzoek. In totaal worden er 21 vragenlijsten van de eerste consultatie geregistreerd. Alle geïncludeerde patiënten krijgen een vervolgafspraak na één maand. Op deze tweede consultatie zijn er vier afwezigen. Dit resulteert in 17 patiënten die het volledig onderzoek doorlopen.

Achtergrond van de geïncludeerde patiënten

De gemiddelde leeftijd van de geïncludeerde patiënten is 47,3 jaar . Alle patiënten zijn tussen 32 en 60 jaar oud waarvan zes jonger dan 40, vijf van 40-49 jaar en zes 50 jaar of ouder. 23,5% van de ondervraagde patiënten hebben hoger onderwijs genoten. Nog eens zoveel hebben enkel lager onderwijs gevolgd. 35,3% hebben enkel secundair onderwijs genoten en 17,7% is ongeschoold.
De meerderheid van de patiënten (58,8%) woont al meer dan vijf jaar in België. Telkens 11,8% van de patiënten is een tot drie jaar of vier tot vijf jaar in België aanwezig. 17,7% is minder dan een jaar in België aanwezig.
De duur van de taalopleiding is korter. 41,2% minder dan één jaar, 35,3% één tot drie jaar. En telkens 11,8% vier tot vijf jaar en meer dan vijf jaar taalopleiding Nederlands.
Iedere deelnemer kent iemand die Nederlands speekt. Voor 41,2% van de deelnemers is dit een kind of kleinkind, bij 23,5% van de deelnemers een (ex-) echtgenoot of echtgenote, 23,5% een vriend of vriendin en 11,8% een kennis. Toch vraagt twee op zeventien patiënten aan deze persoon geen hulp. [Fig. 7]

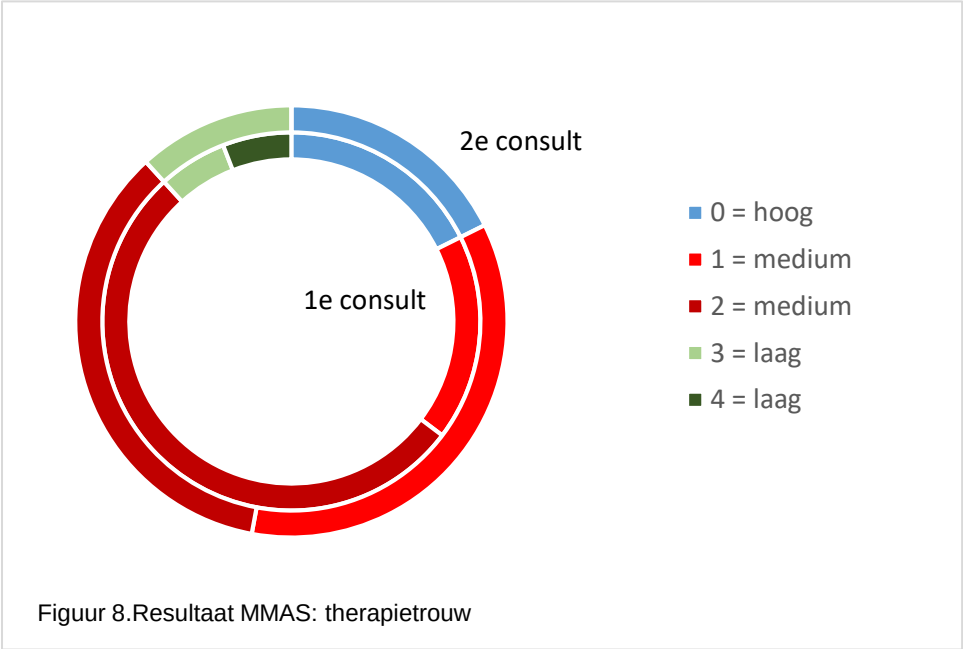
De patiënten zijn afkomstig uit 11 verschillende landen. Telkens één persoon van Afghanistan, Albanië, Egypte, Georgië, Kenia, Nigeria, Pakistan, Servië en Tsjetsjenië. Twee patiënten uit Somalië en zes afkomstig van Irak. Dit weerspiegelt zich ook in de verschillende moedertalen die gesproken worden.
Voor maar 41,2% van de patiënten was Nederlands de tweede taal. Voor 29,4% is het de derde taal, voor 23,5% de vierde en voor één persoon zelfs de vijfde taal.
Het aantal ingenomen medicaties varieert van één tot zeven.



Figuur 7. Achtergrond van de geïncludeerde patiënten

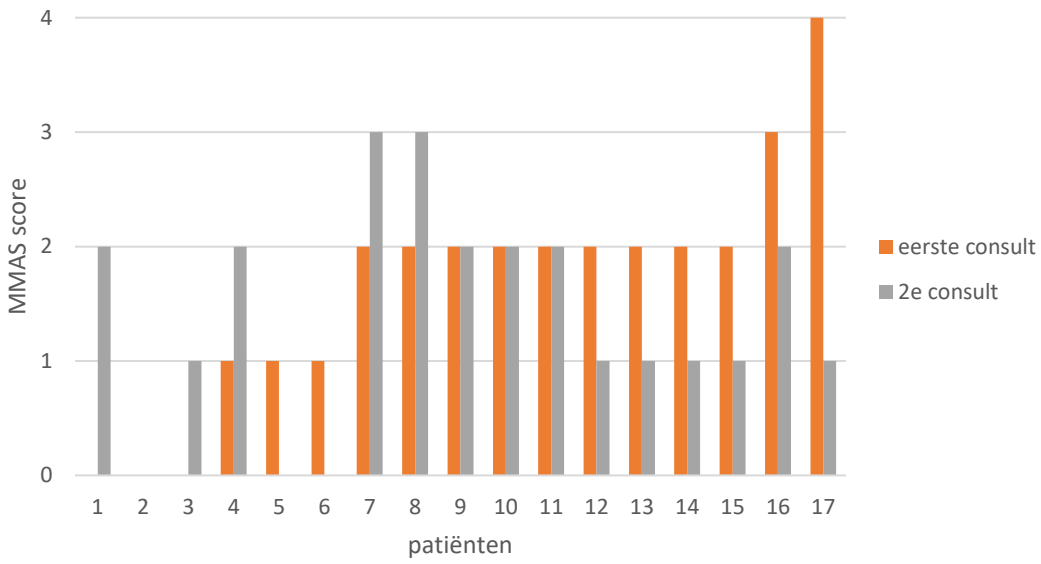
Therapietrouw

Op de MMAS-4 die afgenomen wordt voor de interventie scoort de meerderheid van de patiënten Medium (70,6%). 11,8% scoren Laag en 17,7% Hoog. De numerieke score verdeelt zich als volgt: 17,7% van de patiënten scoren nul; 17,7% scoren één; 52,9% scoren twee; en telkens 5,9% drie en vier. Het gemiddelde is 1,65. De mediaan is 2.
Na de interventie wordt 17,7% als Hoog geklasseerd; 70;6% als Medium en 11,8% als Laag. In de numerieke score is iets meer verandering waar te nemen. 17,7% scoren nul; 35,3% scoren één; 35,3% scoren twee en 11,8% scoren drie. Geen enkele deelnemer heeft na de interventie een score van vier. Het gemiddelde is na de interventie 1,41. De mediaan 1.
[Fig. 8]



Figuur 8.Resultaat MMAS: therapietrouw

Er zijn individuele verschillen op vlak van verandering in de score op de MMAS-4. De helft van de patiënten heeft na de interventie een lagere MMAS-4 score (en dus een betere geschatte therapietrouw). 23,5% patiënten hebben dezelfde score voor en na de interventie. En 29,4% van de patiënten hebben een slechtere score na de interventie. Eén van de patiënten verbetert zijn score met drie punten; 41,2% scoren één punt beter; 23,5% hebben dezelfde score, 23,5% scoren één punt slechter en één patiënt twee punten slechter. Gemiddeld is de score 0,24 beter. De mediane verbetering is 0. [Fig. 9]



Figuur 9. Verandering MMAS score

Op drie van de vier vragen van de MMAS-4 scoort de groep geïncludeerde patiënten beter na de interventie dan voordien.

Medicatieschema en -fiches

Alle patiënten buiten één geven aan dat ze het medicatieschema en medicatiefiches zelf begrijpen. Dit is niet het geval voor de uitleg die hiermee gepaard gaat. Hoewel de meerderheid wel aangeeft deze te begrijpen, zegt 23,5% van de patiënten dat niet te doen. Ook geeft dezelfde minderheid (23,5%) aan dat het medicatieschema en medicatiefiches hen niet helpen om hun medicatie op de juiste manier in te nemen. Dit zijn niet allemaal dezelfde patiënten als die die aangeven dat ze de uitleg niet begrijpen.

Bespreking

Patiëntenpopulatie

De verhouding van ingeschreven Nederlandstalige patiënten ten opzichte van niet-Nederlandstalige patiënten is in deze praktijk heel hoog als je dit vergelijkt met het percentage niet Belgen in Oostende en Vlaanderen. Dit kan deels verklaard worden doordat sommige van deze niet Nederlandstaligen wel de Belgische nationaliteit hebben. De niet-Nederlandstalige patiënten consulteren iets vaker dan zou verwacht worden op basis van het aantal ingeschrevenen. Deze discrepantie wordt nog versterkt wanneer erop gelet wordt dat patiënten opgenomen in een rusthuis niet in de lijst ingeschrevenen staan. Deze patiënten zijn hoogbejaard, bijna uitsluitend Nederlandstalig en consulteren frequent. Als we deze groep patiënten bijrekenen dan wordt het verschil tussen aantal ingeschreven niet-Nederlandstaligen en aantal consultaties niet-Nederlandstaligen nog groter.

Het verschil tussen percentage ingeschrevenen en percentage consultaties is echter klein in vergelijking met de verhouding Nederlandstaligen en niet-Nederlandstaligen die op consultatie komen bij de HAIO. Hier worden enkele verklaringen voor vooropgesteld. Ten eerste ziet de HAIO meer patiënten met acute pathologie. Zij die dringend een afspraak nodig hebben staan meer open om bij een andere arts te komen, als ze maar snel geholpen worden. Patiënten met chronische pathologie daarentegen komen meestal bij hun vertrouwde huisarts. Patiënten met chronische pathologie zijn gemiddeld ouder dan zij die komen voor acute pathologie. De niet-Nederlandstalige populatie is jonger dan de autochtone bevolking en heeft dus minder chronische pathologie.
Een tweede reden dat de HAIO meer anderstalige patiënten ziet kan zijn omdat niet-Nederlandstalige patiënten vaker consulteren zoals gezien wordt in de discrepantie tussen ingeschreven patiënten en aantal consultaties. Als zij al eens bij de HAIO zijn geweest voor een dringend probleem, kunnen ze hierna deze arts vragen. Wat begon als een opportunistisch verschil in de populaties onder de artsen in de praktijk wordt de norm.

De geïncludeerde patiënten zijn representatief voor de groep niet-Nederlandstaligen gezien door de HAIO. Zij komen uit dezelfde landen en hebben dezelfde moedertalen. Wel zijn deze patiënten ouder, omdat kinderen geëxcludeerd worden uit het onderzoek. De geïncludeerde patiënten moeten ook minstens een chronische medicatie innemen. Dit impliceert dat ze een chronisch probleem hebben wat frequenter voorkomt bij oudere patiënten.

Er is een opmerkelijk verschil onder de geïncludeerde patiënten tussen hoeveel jaar ze in België aanwezig zijn en hoe lang ze Nederlands leren. Dit is opmerkelijk omdat het merendeel van de patiënten verplicht zijn om een inburgeringstraject te doorlopen. Nederlandse les is hier een onderdeel van. Wat wel opvalt is dat de patiënten een wekelijkse les Nederlands niet tellen als een week les, maar als enkele uren. Zo komen ze uiteraard aan zeer korte periodes. Deze vraag blijkt dan ook niet op de juiste manier gesteld te zijn om goede informatie te verkrijgen.

Therapietrouw

Er is maar een kleine verbetering merkbaar in de resultaten op vlak van therapietrouw voor en na de interventie met pictografische medicatieschema's. Er worden geen verschillen opgemerkt naar verbetering van therapietrouw op vlak van opleiding, of ze al dan niet hulp vragen aan iemand die ze kennen die beter Nederlands spreekt of het aantal medicaties dat ze innemen. Wel wordt er een trend gezien naar meer verbetering van de therapietrouw bij patiënten die al langer in België aanwezig zijn. Ook is dit het geval voor de duur van de gevolgde Nederlandse les. Alhoewel hier de verbetering in therapietrouw stijgt van minder dan één jaar les tot vier tot vijf jaar les en dan terug afneemt voor zij die langer dan vijf jaar Nederlands les hebben gevolgd. Op vlak van leeftijd is er een verschil tussen de patiënten boven de 50 jaar en die onder 40 jaar enerzijds, en de patiënten tussen deze leeftijden anderzijds. Enkel voor de patiënten tussen 40 en 49 jaar was er een duidelijke verbetering merkbaar.

De studie is te klein om de patiënten onder te verdelen in groepen naargelang gesproken taal of nationaliteit.
Doordat de patiënten twee extra consultaties krijgen om aandacht te besteden aan het probleem van therapietrouw, kan een kleine verbetering verwacht worden buiten het effect van de medicatieshema's en -fiches zelf.

Medicatieschema

Op kwantitatief vlak verbetert de therapietrouw niet duidelijk. Maar op kwalitatief vlak geven de patiënten wel aan een positief effect te ervaren van het gebruik van het medicatieschema's en -fiches.
De patiënten geven allemaal aan dat ze de medicatieschema's en -fiches begrijpen. De meerderheid geeft ook aan de bijhorende uitleg te begrijpen. Hier is wel een bedenking bij. Het is onduidelijk in hoeverre de patiënten deze vragen goed begrijpen aangezien dit deel van het onderzoek in het Nederlands gebeurt. Hoewel de meeste patiënten aan de hand van het medicatieschema kunnen tonen wat ze ermee kunnen doen, is de vraag over de uitleg erover minder duidelijk. Er wordt de indruk gegeven dat sommige patiënten 'ja' knikken omdat ze de vraag niet goed begrijpen. Aangezien het onderzoek uitgevoerd wordt door de gekende arts van de patiënt, kan ook een deel van het positief resultaat hieraan gewijd worden. Het zou kunnen dat de patiënten de arts een gunst willen doen door positief te zijn.

De meerderheid van de patiënten geeft ook aan dat zo een schema behulpzaam is om hun medicatie juist in te nemen. Enkele patiënten brengen het medicatieschema spontaan mee op andere consultaties. Sommige hebben hem zelfs naar de specialist meegenomen en die heeft er aanpassingen op gemaakt. Dit is voor deze patiënten (vooral zij die veel medicaties innemen) wel nuttig. De medicatiefiches daarentegen lijken minder nuttig te zijn in het dagelijkse leven van patiënten die veel chronische medicatie innemen, maar zijn wel nuttig om te gebruiken bij het uitleggen en opstarten van een nieuwe medicatie. In beide gevallen heeft de patiënt iets concreets om te bekijken, waarbij taal geen hindernis is.

Medicatieschema's zijn al in wijd gebruik. In verschillende elektronische medische dossiers is een functie ingebouwd om een medicatieschema aan te maken van de chronische medicatie. Dit is een zeer nuttige functie omdat het de werkbelasting van het aanmaken van een schema aanzienlijk verminderd. Geen enkele van deze schema's is echter pictografisch in vorm. Dit maakt een 'gewoon' medicatieschema minder nuttig voor niet-Nederlandstaligen. De schema's zijn ook niet individueel aanpasbaar.
Het implementeren van een pictografisch medicatieschema in de praktijk is op zich niet moeilijker dan een andere medicatieschema gebruiken, alleen is het natuurlijk gemakkelijker als deze functie ingebouwd is in een elektronisch medisch dossier. Als men het gebruik van een pictografisch schema gewoon is, duurt de aanmaak of het aanpassen ervan maar enkele minuten. Maar dit is natuurlijk een vrij grote hap uit een consultatie die maar 15 minuten duurt en daarom minder realistisch. Het is wel zeer nuttig dat je het schema volledig kan aanpassen aan de individuele patiënt. De tijdstip van inname, bijvoorbeeld, kan afwijken van de standaarduren als dit meer voldoet aan de behoeften van de patiënt.

Het gebruik van de medicatiefiches is wel snel, aangezien deze aangemaakt worden door een gratis programma. Ze kunnen dan onmiddellijk gebruikt worden om uitleg te geven aan een patiënt over de medicatie. Er kunnen rechtstreeks aantekeningen (tekeningen en tekst) op aangebracht worden en de patiënt kan deze dan mee naar huis nemen. Daar kan hij de fiche op eigen tempo bekijken. Per medicatiefiche wordt maar één medicatie uitgelegd, dus is het een minder nuttige tool voor een patiënt die chronisch veel medicatie inneemt en een betere tool voor een patiënt die acuut medicatie nodig heeft of voor een patiënt waarbij een nieuwe chronische medicatie wordt opgestart.

Conclusie

In een wijkgezondheidscentrum met een grote niet-Nederlandstalige populatie komen communicatieproblemen veel voor. Dit heeft een invloed op alle aspecten van de consultatie bij de (huis)arts. Eén van deze aspecten is therapietrouw.

Hoewel pictografische medicatieschema's geen duidelijk effect hebben op de therapietrouw van niet-Nederlandstalige patiënten, lijken patiënten deze wel nuttig te vinden. Een medicatieschema is ook niet moeilijk om toe te passen in de praktijk en is een kleine variatie op een vertrouwde tool van de (huis)arts. Daardoor lijkt het een bruikbare mogelijkheid om de communicatie met niet-Nederlandstalige patiënten te verbeteren. Een medicatiefiche lijkt eerder nuttig voor het uitleggen van acute of nieuwe medicatie en heeft ook het voordeel dat het een gemakkelijk toepasbare tool is om te gebruiken tijdens de consultatie.

Referenties

1. FEITENFICHE OOSTENDE

   In-text: (1)

   Your Bibliography: 1. Feitenfiche Oostende. Presentation presented at; 2014; detailhandelvlaanderen.be/sites/detailhandelvlaanderen.be/files/organisation/feitenfiches/feitenfiche_oostende.pdf

2. DE AFDELING VLAAMSE INFOLIJN, D. D.

   Verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering

   In-text: (1)

   Your Bibliography: 1. de afdeling Vlaamse Infolijn d. Verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering [Internet]. Stadsmonitor.vlaanderen.be. 2017 [cited 22 April 2017]. Available from: http://stadsmonitor.vlaanderen.be/verhoogde-tegemoetkoming-in-de-ziekteverzekering

3. DEMOGRAFISCHE FICHE OOSTENDE

   In-text: (1)

   Your Bibliography: 1. Demografische fiche Oostende. Presentation presented at; 2015; https://www.west-vlaanderen.be/kwaliteit/welzijn_/wegwijzerennetwerking/steunpuntsocialeplanning/Documents/Oostende.pdf.

4. BROWN, M. T., BUSSELL, J., DUTTA, S., DAVIS, K., STRONG, S. AND MATHEW, S.

   Medication Adherence: Truth and Consequences

   In-text: (1)

   Your Bibliography: 1. Brown M, Bussell J, Dutta S, Davis K, Strong S, Mathew S. Medication Adherence: Truth and Consequences. The American Journal of the Medical Sciences. 2016;351(4):387-399.

5. MEDICATION ADHERENCE CLINICAL REFERENCE - AMERICAN COLLEGE OF PREVENTIVE MEDICINE

   In-text: (1)

   Your Bibliography: 1. Medication Adherence Clinical Reference - American College of Preventive Medicine [Internet]. Acpm.org. 2017 [cited 22 April 2017]. Available from: http://www.acpm.org/?MedAdherTT_ClinRef

6. HASKARD ZOLNIEREK, K. B. AND DIMATTEO, M. R.

   Physician Communication and Patient Adherence to Treatment

   In-text: (1)

   Your Bibliography: 1. Haskard Zolnierek K, DiMatteo M. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment. Medical Care. 2009;47(8):826-834.

7. WILSON, E., HM CHEN, A., GRUMBACH, K., WANG, F. AND FERNANDEZ, A.
Effects of limited English proficiency and physician language on health care comprehension
In-text: (1)
Your Bibliography: 1. Wilson E, Hm Chen A, Grumbach K, Wang F, Fernandez A. Effects of limited English proficiency and physician language on health care comprehension. Journal of General Internal Medicine. 2005;20(9):800-806.
8. FARMER, K. C.
Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice
In-text: (1)
Your Bibliography: 1. Farmer K. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. Clinical Therapeutics. 1999;21(6):1074-1090.
9. MORISKY, D. E., ANG, A., KROUSEL-WOOD, M. AND WARD, H. J.
Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting
In-text: (1)
Your Bibliography: 1. Morisky D, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. The Journal of Clinical Hypertension. 2008;10(5):348-354.
10. MORISKY, D. E., GREEN, L. W. AND LEVINE, D. M.
Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence
In-text: (1)
Your Bibliography: 1. Morisky D, Green L, Levine D. Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence. Medical Care. 1986;24(1):67-74.
11. PEDERSINI, R. AND VIETRI, J.
Comparison of the 4-item and 8-item morisky medication adherence scale in patients with type 2 diabetes
In-text: (1)
Your Bibliography: 1. Pedersini R, Vietri J. Comparison of the 4-item and 8-item morisky medication adherence scale in patients with type 2 diabetes. Value in Health. 2014;17(3):A183.
12. KARLINER, L. S., JACOBS, E. A., CHEN, A. H. AND MUTHA, S.
Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature
In-text: (1)

Your Bibliography: 1. Karliner L, Jacobs E, Chen A, Mutha S. Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature. Health Services Research. 2007;42(2):727-754.

13. HORNBERGER, J. C., GIBSON, C. D., WOOD, W., DEQUELDRE, C., CORSO, I., PALLA, B. AND BLOCH, D. A.

    Eliminating Language Barriers for Non-English-Speaking Patients

    In-text: (1)

    Your Bibliography: 1. HORNBERGER J, GIBSON C, WOOD W, DEQUELDRE C, CORSO I, PALLA B et al. Eliminating Language Barriers for Non-English-Speaking Patients. Medical Care. 1996;34(8):845-856.

14. KASSAM, R., VAILLANCOURT, R. AND COLLINS, J. B.

    Pictographic instructions for medications: do different cultures interpret them accurately?

    In-text: (1)

    Your Bibliography: 1. Kassam R, Vaillancourt R, Collins J. Pictographic instructions for medications: do different cultures interpret them accurately?. International Journal of Pharmacy Practice. 2004;12(4):199-209.

15. MANSOOR, L. E. AND DOWSE, R.

    Effect of Pictograms on Readability of Patient Information Materials

    In-text: (1)

    Your Bibliography: 1. Mansoor L, Dowse R. Effect of Pictograms on Readability of Patient Information Materials. Annals of Pharmacotherapy. 2003;37(7-8):1003-1009.

16. HOUTS, P. S., DOAK, C. C., DOAK, L. G. AND LOSCALZO, M. J.

    The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence

    In-text: (1)

    Your Bibliography: 1. Houts P, Doak C, Doak L, Loscalzo M. The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. Patient Education and Counseling. 2006;61(2):173-190.

17. DEVELOPMENT, REFERENCES AND PUBLICATIONS - FIP - INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION

    In-text: (1)

    Your Bibliography: 1. Development, references and publications - FIP - International Pharmaceutical Federation [Internet]. Fip.org. 2017 [cited 22 April 2017]. Available from: http://fip.org/pictograms_development

Bijlagen

Protocol

Aanmelding masterproef

Formulier : mededeling onderwerp masterproef

Stuur dit formulier ingevuld en voorzien van de nodige handtekeningen naar het ICHO-secretariaat vóór 1 december (of vóór 1 juni in geval van start opleiding in februari/maart)

Naam haio: .....Hannah Gibson.....

Titel van het project :

Het effect van anderstaligheid op therapietrouw en de invloed van een communicatie-interventie hierop in een huisartsenpraktijk.

Type onderzoek (aankruisen wat past):

- ○ Kwaliteitsverbeterproject
- ○ Kwalitatief onderzoek of kwantitatieve research
- ○ Systematisch literatuuronderzoek
- ○ Duodecim-project

Achtergrond/Aanleiding:

Huisartsen worden in de praktijk steeds meer geconfronteerd met niet-Nederlandstalige patiënten. De communicatie met deze patiënten wordt als minder vlot ervaren dan die met Nederlandstalige patiënten. Ideeën en verwachtingen overbrengen, alsook diagnose en behandeling uitleggen wordt hierdoor bemoeilijkt.
Uit literatuur blijkt dat de gezondheidstoestand van anderstalige patiënten slechter is dan deze van patiënten die de lokale taal wel machtig zijn. Eén aspect die hiertoe kan bijdragen is de verminderde therapietrouw van anderstalige patiënten. Deze therapietrouw is onder andere afhankelijk van het begrip en de motivatie van de patiënt. Deze zouden kunnen verbeterd worden bij anderstalige patiënten door de communicatie met hen te verbeteren. Om dit te onderzoeken zal in deze masterproef de therapietrouw bij niet-Nederlandstalige patiënten in kaart gebracht worden aan de hand van gevalideerde vragenlijsten. Daarna zal er een communicatie-interventie uitgevoerd worden. Na afloop zal opnieuw gepeild worden naar de therapietrouw aan de hand van dezelfde vragenlijsten. Tenslotte zullen de resultaten van voor en na de interventie vergeleken worden.

Concrete vraagstelling:

Heeft de taalbeheersing een invloed op de therapietrouw van de patiënt? Kan deze therapietrouw met behulp van communicatie interventies verbeterd worden?

Geplande methode:

Eerst zal er literatuuronderzoek verricht worden naar de invloed van (anders)taligheid op de therapietrouw en naar interventies die gebruikt kunnen worden om de communicatie met anderstalige patiënten te verbeteren.
Aan de hand van gevalideerde vragenlijsten zal de therapietrouw bij niet-Nederlandstalige patiënten in één praktijk in Oostende in kaart gebracht worden.
Hierna zal een communicatie-interventie toegepast worden bij alle niet-Nederlandstalige patiënten in deze praktijk. Tot slot zal er opnieuw gepeild worden naar hun therapietrouw aan de hand van dezelfde gevalideerde vragenlijsten.
De vergelijking van de resultaten zal gemaakt worden op basis van de scores die bekomen werden met de vragenlijsten.
Met niet-Nederlandstalige patiënten wordt hier patiënten die sinds 2010 een cursus Nederlands als tweede taal gevolgd hebben in het kader van een inburgeringstraject bedoeld.

Datum en handtekening

30.11.2015 haio

30.11.2015 praktijkopleider

../../..... promotor

../../ .... coördinator

Student(en):	Hannah Gibson
Promotor:	Birgitte Schoenmakers (birgitte.schoenmakers@med.kuleuven.be - u0031684 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Faculteit:	Geneeskunde
Opleiding:	Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:	monocentrisch
De opdrachtgever is:	academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is:	Het onderzoek is praktijkverbeterend.

BIJKOMENDE GEGEVENS:

Achtergrond:	Huisartsen worden in de praktijk steeds meer geconfronteerd met niet-Nederlandstalige patiënten. De communicatie met deze patiënten wordt als minder vlot ervaren dan die met Nederlandstalige patiënten. Ideeën en verwachtingen overbrengen, alsook diagnose en behandeling uitleggen wordt hierdoor bemoeilijkt. Uit literatuur blijkt dat de gezondheidstoestand van anderstalige patiënten slechter is dan deze van patiënten die de lokale taal wel machtig zijn. Eén aspect die hiertoe kan bijdragen is de verminderde therapietrouw van anderstalige patiënten. Deze therapietrouw is onder andere afhankelijk van het begrip en de motivatie van de patiënt. Deze zouden kunnen verbeterd worden bij anderstalige patiënten door de communicatie met hen te verbeteren. Om dit te onderzoeken zal in deze masterproef de therapietrouw bij niet-Nederlandstalige patiënten in kaart gebracht worden aan de hand van gevalideerde vragenlijsten. Daarna zal er een communicatie-interventie uitgevoerd worden. Na afloop zal opnieuw gepeild worden naar de therapietrouw aan de hand van dezelfde vragenlijsten.Ten slotte zullen de resultaten van voor en na de interventie vergeleken worden.
Vraagstelling:	Heeft de taalbeheersing een invloed op de therapietrouw van de patiënten? Kan de therapietrouw met behulp van communicatie interventies verbeterd worden?
Methodologie:	Recrutering van de patiënten: Bij alle patiënten die op raadpleging komen in de praktijk wordt nagegaan of ze van niet-Nederlandstalige origine zijn. Bij deze wordt dan de Morinsky Medical Adherance Scale (MMAS-4/8) afgenomen. Er worden ook achtergrond vragen gesteld naar nationaliteit, taal, opleiding, geslacht en leeftijd. Na de recruteringsfase wordt bij de niet-Nederlandstalige patiënten communicatieve beelden/tools gebruikt om de uitleg van de therapie te ondersteunen. De therapie zelf zal niet anders zijn, enkel de methode van uitleggen. De MMAS wordt daarna opnieuw afgenomen bij de patiënten.
Referenties:	Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting; Donald E. Morisky, J Clin Hypertens (Greenwich). 2008 May; 10(5): 348–354. COMPARISON OF THE 4-ITEM AND 8-ITEM MORISKY MEDICATION ADHERENCE SCALE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES; Riccardo Pedersini, PhD 1 ; Jeffrey Vietri, PhD,Poster Presented at the ISPOR 19th Annual International Meeting | May 31-June 4, 2014 | Montreal, QC, Canada.
Informed consent / vragenlij...	65306_1456773395_8954_Morisky_Medication_Adherence_pdf.pdf

Ethisch Committee

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Het effect van anderstaligheid op therapietrouw en de invloed van een communicatie-interventie hierop in een huisartsenpraktijk" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Het effect van anderstaligheid op therapietrouw en de invloed van een communicatie-interventie hierop in een huisartsenpraktijk" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)