Therapietrouw onder de loep bij de oudere chronische patiënt in de huisartsenpraktijk

Een kwaliteitsverbeterend praktijkproject

Tamara Degrave, Etienne Vermeire MD, PhD

Achtergrond

Onvoldoende therapietrouw bij chronische aandoeningen is een wereldwijd probleem met een belangrijke impact op de gezondheidszorg. Problemen met therapietrouw zijn geobserveerd in alle situaties waar de zelftoediening van een behandeling vereist is, onafhankelijk van het type aandoening, de ernst van de aandoening of de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Interventies die therapietrouw verbeteren kunnen de gezondheidstoestand van de patiënt optimaliseren.

Doelstelling

Aan de hand van medicatiereview en implementatie van een thuisdossier bij de oudere chronische patiënt de kwaliteit en continuïteit van chronische zorg optimaliseren, alsook aanwijzingen verzamelen voor onvoldoende therapietrouw in de huisartsenpraktijk om zo tot een praktijkrichtlijn te komen die dit probleem kan aanpakken.

Resultaten

Er bleken heel wat verschillen te bestaan tussen de medicamenteuze aanbevelingen en het actuele medicatiegebruik van de deelnemende patiënten. De praktische hindernissen en perceptuele factoren die het medicatiegebruik bemoeilijkten, werden in kaart gebracht en in overleg met de patiënt aangepakt. Een praktijkrichtlijn om therapietrouw te ondersteunen en bevorderen is relevant voor elke huisarts om een patiënt te begeleiden tot het volgen van een chronische behandeling.

Besluit

Door regelmatige medicatiereview kunnen praktische hindernissen die therapietrouw bemoeilijken teruggedrongen worden. De visie van de patiënt, betreffende een chronische aandoening en de behandeling ervan, leren begrijpen is essentieel om de patiënt mee te betrekken in het behandelproces en kan zo therapietrouw bevorderen. Een goed onderhouden elektronisch medisch dossier, alsook het implementeren van een thuisdossier, kan voor de huisarts een belangrijk hulpmiddel zijn om de continuïteit van chronische zorg te garanderen.

Degrave Tamara, Vermeire Etienne MD PhD

Correspondentie: Tamara.Degrave@student.ua.ac.be

Wat is gekend?

Therapietrouw is een wereldwijd probleem met een belangrijke impact op de gezondheidszorg.

Er is geen gouden standaard om te screenen naar therapietrouw.

Er is geen unieke interventie die therapietrouw kan verbeteren.

Wat is nieuw?

Medicatiereview kan onvoldoende therapietrouw aan het licht stellen en de chronische behandeling optimaliseren door een geïnformeerde overeenkomst te bekomen tussen arts en patiënt.

Een optimalisatie van het EMD en een thuisdossier kunnen zowel arts als patiënt ondersteunen om therapietrouw te bevorderen.

Een praktijkrichtlijn in het Nederlands kan aangewend worden in de huisartsenpraktijk om therapietrouw te ondersteunen en te bevorderen.

Inleiding

Onvoldoende therapietrouw bij chronische aandoeningen is een wereldwijd probleem. In ontwikkelde landen neemt slechts 50% van de patiënten met een chronische aandoening de medicatie correct in. In ontwikkelingslanden is dit zelfs nog minder. Het veroorzaakt een suboptimale gezondheidsuitkomst, en een flinke toename van de kost in de gezondheidszorg.[1-2]

De impact van onvoldoende therapietrouw neemt toe met de stijging van het aantal chronische aandoeningen in de maatschappij. Er is sterk bewijs dat patiënten met astma, hypertensie, diabetes en AIDS, problemen hebben met het volgen van de aanbevolen behandeling. Dit veroorzaakt niet alleen medische en psychosociale complicaties van een aandoening, maar het vermindert ook de kwaliteit van leven. Onvoldoende therapietrouw mag niet als een probleem van de patiënt worden bestempeld, maar als het resultaat van een gebrekkige overeenkomst om een voorgeschreven medicament in te nemen en een tekort aan ondersteuning van de patiënt om het voorgeschreven medicament correct te blijven gebruiken.[3]

Interventies die therapietrouw verbeteren, kunnen de gezondheidsuitkomst van de chronische patiënt optimaliseren door aandacht voor primaire preventie, zoals de aanpak van risicofactoren, en secundaire preventie, zoals het voorkomen van complicaties bij chronische aandoeningen.

Om de complexe zorg van een chronische patiënt te ondersteunen, is medicatiereview, als interventie, van essentieel belang. Het is gedefinieerd als een gestructureerde en kritische evaluatie van de medicatie van de patiënt, met als doel de behandeling te optimaliseren in een wederzijdse geïnformeerde overeenkomst, alsook het terugdringen van het aantal geneesmiddelen en de gerelateerde problemen.[4]

Om therapietrouw in de huisartsenpraktijk te bevorderen bij de oudere chronische patiënt, werden in het kader van een praktijkverbeterend project drie doelen vooropgesteld;

1. Het uitvoeren van een medicatiereview en het begeleiden van patiënten tot het volgen van hun behandeling. Het uitgangspunt hierbij is om de kwaliteit en continuïteit van de chronische zorg te garanderen.

2. Met kwalitatieve onderzoeksmethoden nagaan welke hindernissen worden ondervonden met de chronische medicatie en hieruit factoren identificeren die bijdragen tot onvoldoende therapietrouw.

3. Het formuleren van een praktijkrichtlijn die de huisarts kan aanwenden om therapietrouw te bevorderen.

Dit praktijkproject is niet alleen relevant voor de oudere chronische patiënt, maar ook voor collega-huisartsen die bewust worden gemaakt van de problematiek van onvoldoende therapietrouw en de geformuleerde praktijkrichtlijn kunnen aanwenden om dit probleem aan te pakken.

De onderzoeksvraag is: zijn er in onze huisartsenpraktijk oudere chronische patiënten die moeilijkheden hebben om de behandeling te volgen en wat zijn de mogelijke interventies om deze aan te pakken?

Methode

Deelnemers

Patiënten die beantwoordden aan volgende inclusiecriteria werden mondeling uitgenodigd:

- ✓ man of vrouw
- ✓ leeftijd vanaf 65 jaar
- ✓ de aanwezigheid van één of meer chronische aandoeningen, gedefinieerd als een aandoening met minstens één van volgende kenmerken:
  - permanente aanwezigheid
  - veroorzaakt een blijvende beperking
  - is veroorzaakt door irreversibele pathologische veranderingen
  - vraagt speciale training van de patiënt om te revalideren of rehabiliteren
  - er wordt een langdurige opvolging en zorg verwacht
- ✓ gebruik van minstens 3 chronische geneesmiddelen, en dit reeds langer als 1 jaar

Elke deelnemer kreeg een informatiebrochure en werd uitgenodigd een toestemmingsformulier te ondertekenen. Een numerieke code werd toegekend zodat de resultaten anoniem verwerkt konden worden. De verwerking van de medische informatie stond onder nationale en internationale voorschriften inzake gegevensbescherming en het medisch beroepsgeheim. De deelnemers kregen steeds toegang tot hun eigen medische gegevens en werden geïnformeerd dat de resultaten voor wetenschappelijke doeleinden konden worden bekendgemaakt of gepubliceerd worden. Het praktijkproject kreeg goedkeuring van het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en Universiteit Antwerpen op 4/06/2012.

Medicatiereview

Samen met de patiënt werden de therapeutische richtlijnen overlegd met aandacht voor de praktische barrières en de visie van de patiënt ten opzichte van geneesmiddelen.[4]

Box 1 toont hoe de medische achtergrond van de patiënt werd genoteerd, met name de chronische aandoeningen, zintuiglijke beperkingen, allergieën en intoleranties. Het actuele medicatiegebruik werd in kaart gebracht, zoals wijze van gebruik, dosis en tijdstip. Vervolgens werd nagegaan of dit in overeenstemming was met het voorschrift. Eveneens werd de indicatiestelling van de geneesmiddelen opnieuw geëvalueerd, eventuele bijwerkingen of interacties vastgesteld, en de voor- en nadelen van de behandeling geïnformeerd aan de patiënt.[5-6-7-8]

Indien mogelijk werden geneesmiddelen met een hoge kost, bijwerkingen of een overbodige indicatie, gestopt of vervangen door een veilig alternatief, conform de huidige richtlijnen van Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) of de aanbevelingen van Domus Medica.

Interview

Een interview met de deelnemers peilde naar de moeilijkheden die patiënten ondervonden met hun huidige behandeling en hun visie op de chronische aandoening en de behandeling ervan.[7-8-9]

Optimalisatie elektronisch medisch dossier (EMD)

Aan de hand van de bevindingen uit de medicatiereview en het interview werd het EMD geoptimaliseerd, zodat een duidelijk overzicht ontstond van de chronische problemen, alsook een hanteerbaar medicatieschema. Praktisch werd alle relevante medische en psychosociale informatie vanuit het oude papieren dossier, dat voordien nog gebruikt werd tijdens huisbezoeken, samengevat in het EMD. Het papieren dossier is geklasseerd en dient enkel als naslagwerk.

Implementatie van een thuisdossier

Voor elke deelnemer werd een thuisdossier aangemaakt, met als doel de continuïteit van chronische ouderenzorg te ondersteunen in de thuissituatie, maar ook om de patiënt een gevoel van veiligheid te bieden. Dit thuisdossier werd opgesteld vanuit het EMD met als inhoud; de chronische problematiek, actuele medicatielijst, en belangrijke aandachtspunten, zoals niet-medicamenteuze aanbevelingen, allergieën, intoleranties, of contra-indicaties. Dit thuisdossier werd opgeslagen in het EMD, en kan dus steeds geactualiseerd worden en opnieuw aan patiënt worden meegegeven.

Triangulatie tot praktijkrichtlijn

Aan de hand van een triangulatie van de bevindingen uit het praktijkproject en bestaande literatuur werd een praktijkrichtlijn geformuleerd om therapietrouw te ondersteunen en bevorderen.[3,8,12-13-14]

Het literatuuronderzoek naar therapietrouw en medicatiereview verliep via Evidence Based Medicine (EBM) zoekmotoren op www.cebam.be, met als meest gebruikte kernwoorden: ‘adherence’, ‘compliance’, ‘concordance’ en ‘medication review’.

Resultaten

Beschrijving van de deelnemers

We zien in tabel 1 dat er meer vrouwelijke deelnemers zijn en weinig deelnemers jonger dan 75 jaar.

Tabel 1: Verdeling van het aantal deelnemers volgens geslacht en leeftijd

Medicatiereview

Het medicatiegebruik

Alle deelnemers halen hun medicatie bij een vaste apotheek.

Tabel 2 geeft de wijze van het medicatiegebruik weer ten opzichte van zintuiglijke beperkingen en het aantal geneesmiddelen.

Bijna de helft van de deelnemers neemt de medicatie in eigenbeheer, namelijk haalt de te gebruiken medicatie 3x daags uit de verschillende verpakkingen, zonder hulp van mantelzorg of verpleging. De meerderheid heeft nochtans minstens twee zintuiglijke beperkingen, zoals verminderd zicht of gehoor, beperkte mobiliteit of een cognitief deficit.

De overige deelnemers maken gebruik van een doseerhulp, die ze zelf 1x/week vullen, of krijgen hulp van een mantelzorger. Bij één deelnemer komt thuisverpleging om de medicatie in een doseerhulp klaar te maken.

Bij 24 van de 27 deelnemers bestaat er polyfarmacie, ze gebruiken namelijk 5 of meer geneesmiddelen dagelijks, waarbij er 11 deelnemers dit in eigenbeheer doen.

Tabel 2: Medicatiebeheer ten opzichte van het aantal zintuiglijke beperkingen en het aantal geneesmiddelen.

Figuur 1 illustreert de complexiteit van het aantal chronische aandoeningen ten opzichte van het aantal geneesmiddelen die een patiënt gebruikt. Op te merken is dat bij 24 deelnemers met polyfarmacie er 14 deelnemers minstens 4 chronische aandoeningen hebben.

Van de 10 deelnemers die minstens 10 geneesmiddelen nemen, hebben 7 patiënten ook 4 of meer chronische aandoeningen.

Figuur 1: aantal (N) chronische aandoeningen ten opzichte van aantal (N) chronische geneesmiddelen

Kennis van de behandeling

De helft van de deelnemers kent de werking of het gebruik van hun medicatie niet, dit zijn allen deelnemers met polyfarmacie.

Eveneens is de kennis van de niet-medicamenteuze aanbevelingen beperkt; slechts 13 deelnemers zeggen deze te kennen en ook toe te passen. Echter van deze 13 deelnemers hebben er 7 een BMI > 25 kg/m^2; zijn er 2 rokers; en 4 deelnemers drinken dagelijks minstens 1 eenheid alcohol.

Aanwijzingen voor onvoldoende therapietrouw

Enkele deelnemers gaven toe zich niet altijd te houden aan de aanbevolen therapeutische richtlijnen.

De meeste deelnemers beweerden zich aan de therapeutische aanbevelingen te houden. Tijdens de medicatiereview bleek echter bij meer dan de helft minstens één verschil te zijn tussen wat de patiënt gebruikt en het voorschrift van de arts.

Er konden voornamelijk verschillen worden vastgesteld bij deelnemers die meerdere geneesmiddelen gebruikten, medicatie in eigenbeheer of met behulp van mantelzorg namen, de werking van de medicatie niet kenden, meerdere chronische aandoeningen of zintuiglijke beperkingen hadden of die een negatieve houding hadden ten opzichte van medicatie.

Interventies

Bij de meeste deelnemers kon een aanpassing worden gedaan om het gebruik van de medicatie te vereenvoudigen.

Verschillende geneesmiddelen werden gestopt omdat er geen indicatie meer was of omdat ze schadelijk waren. Bij de helft van de deelnemers met een geneesmiddelengebruik van 10 of meer geneesmiddelen kon er minstens één worden stopgezet. Er moesten ook enkele geneesmiddelen worden (her)opgestart omwille van onderbehandeling van een chronische aandoening. Eveneens werden er geneesmiddelen geswitcht van klasse omwille van bijwerkingen.

Bij een heel aantal geneesmiddelen was een dosisaanpassing vereist, namelijk een dosisvermindering wegens nierinsufficiëntie of bijwerkingen, of dosisvermeerdering wegens onderbehandeling. Er was geregeld sprake van de inname van een geneesmiddel op het verkeerde tijdstip, bij de meerderheid betrof dit een cholesterolverlager die ’s morgens werd genomen in plaats van ‘s avonds.

De deelnemers werden geïnformeerd en gemotiveerd om de (niet-)medicamenteuze richtlijnen te volgen.

Om de ondersteuning bij het medicatiegebruik te verhogen, werd er bij enkele deelnemers een doseerhulp ingeschakeld, die ze 1x/week dienden te vullen aan de hand van een opgesteld medicatieschema. Ook was bij enkele deelnemers de hulp van thuisverpleging vereist om het medicatiebeheer over te nemen omwille van de complexiteit.

Bij de meeste deelnemers werd een nauwere opvolging met de huisarts afgesproken of een verdere oppuntstelling gepland.

Interview

In box 2 is de visie van de deelnemers geïllustreerd ten opzichte van de chronische aandoening waaraan ze lijden en de behandeling ervan, alsook wat de verwachtingen zijn naar de arts toe.

Optimalisatie van het EMD en implementatie van een thuisdossier

Als gevolg van de medicatiereview werd de chronische behandeling van de deelnemers oppuntgesteld, en afgestemd op het medicatievoorschrift zoals genoteerd in het EMD. Door deze optimalisatie van het EMD kon een thuisdossier gemaakt worden als ondersteuning voor de chronische opvolging van de patiënt.

Triangulatie tot praktijkrichtlijn: Therapietrouw ondersteunen en bevorderen in de huisartsenpraktijk

Onvoldoende therapietrouw kan worden opgedeeld in twee overlappende categorieën, met name: intentionele therapie ontrouw, de patiënt beslist om de therapeutische aanbevelingen niet te volgen, en niet-intentionele therapie ontrouw, de patiënt wilt de therapeutische aanbevelingen wel volgen, maar ondervindt praktische problemen om dit uit te voeren.

Om dit te begrijpen moeten we zowel praktische als perceptuele factoren, zoals voorkeuren en bedenkingen, overwegen die een invloed hebben op de motivatie van een patiënt om een behandeling te volgen. Dit vereist een open niet-beschuldigende benadering die de patiënt aanmoedigt om twijfels en bezorgdheden te bespreken. Eveneens vraagt dit een aanpak waarin de patiënt centraal staat en waarbij een geïnformeerde therapietrouw wordt aangemoedigd.

Om intentionele en niet-intentionele therapie ontrouw aan te pakken, moeten we patiënten betrekken in de beslissingen rondom de behandeling door verschillende benaderingen.[3,8,12-13-14] (zie figuur 2)

1. Communicatie verbeteren

Stem communicatie af op de noden van de patiënt, rekening houdend met eventuele zintuiglijke of cognitieve beperkingen. Overweeg gebruik van communicatieve hulpmiddelen, zoals beeldmateriaal of een tolk.

Stel open vragen, gezien deze de patiënt uitnodigen om twijfels en bezorgdheden te uiten.

2. Verhoog de betrokkenheid van de patiënt

Dit vereist dat de zorgverlener aandacht heeft voor het standpunt van de patiënt en dit ook respecteert.

Geef duidelijke informatie betreft de chronische aandoening en de voor- en nadelen van de behandeling. Bespreek het te verwachten resultaat en de visie van de patiënt hierover.

Tracht de patiënt te helpen om beslissingen te maken gebaseerd op de meerwaarde van de behandeling, alsook de risico's ervan.

Aanvaardt dat patiënten een andere visie kunnen hebben en een behandeling kunnen weigeren, zolang ze deze beslissing maken op basis van de juiste informatie. Indien dit in de beoordeling van de arts schadelijk kan zijn voor de patiënt, noteer dan deze beslissing in het medisch dossier van de patiënt.

Moedig de patiënt en mantelzorgers aan om een thuisdossier bij te houden, met vermelding van chronische aandoeningen, chronische medicatie, allergieën en bijwerkingen.

3. Leer het perspectief van de patiënt begrijpen

Bevraag de patiënt zijn of haar visie op de chronische aandoening en behandeling ervan.

Peil naar algemene of specifieke bezorgdheden rondom medicatie.

4. Verstrek informatie

Vooraleer iets wordt voorgeschreven, moet er duidelijke relevante informatie verstrekt worden betreft het geneesmiddel, de wijze van gebruik, de verwachte werking en bijwerkingen. Ondersteun met patiëntenbrieven of geef aan waar patiënten juiste informatie kunnen vinden.[10-11]

5. Therapietrouw bevorderen

Bij elk voorschrift en elke medicatiereview, moet er nagegaan worden of de patiënt de medicatie correct gebruikt door elk geneesmiddel afzonderlijk te bespreken.

Vraag of de patiënt af en toe medicatie overslaat, en dit op een niet-beschuldigende wijze. Leg de beweegreden uit.

Tracht het aantal voorschriften op te volgen, alsook de registratie van het medicatie verbruik bij de vaste apotheek.

Bel een patiënt op indien een afspraak werd vergeten zodat de patiënt niet van het zorgpad kan afwijken.

Elke interventie om therapietrouw te bevorderen dient samen met patiënt overlegd te worden, en aandacht te hebben voor de individuele bezorgdheden en noden.

Indien er aanwijzingen zijn voor onvoldoende therapietrouw, bespreek dan met de patiënt of dit is omwille van overtuiging of bezorgdheden (intentionele therapie ontrouw) of omwille van praktische problemen (niet-intentionele therapie ontrouw).

Er is onvoldoende evidentie dat één bepaalde interventie therapietrouw kan verhogen, dus tracht om elk praktisch probleem dat de patiënt ervaart aan te pakken als er nood aan is. Bijvoorbeeld, adviseer een patiënt om op te schrijven wanneer hij zijn medicatie neemt, moedig patiënten aan om hun conditie te monitoren, versimpel het aantal dosissen en aantal geneesmiddelen per dag en gebruik een multi-compartiment medicatiesysteem als doseerhulp.[12-13-14]

Als er bijwerkingen zijn, bespreek dan de ernst en impact ervan en hoe de patiënt ermee omgaat. Overweeg een dosisaanpassing, of een switch naar een ander medicament, en andere strategieën, zoals het gebruik op andere tijdstippen die praktischer zijn voor de patiënt. Bespreek ook de financiële impact van de medicatie en overweeg een interventie om de kosten te verlagen.

6. Overeenkomst vastleggen

Maak een mondelinge of schriftelijke overeenkomst met de patiënt betreft het opvolgen en gebruiken van de medicatie, gebaseerd op een geïnformeerde keuze van de patiënt en een gedeeld begrijpen van de visie van patiënt en arts ten opzichte van de behandeling en het verwachte resultaat ervan.

7. Therapietrouw opvolgen

Regelmatige medicatiereview is essentieel, gezien patiënten met de tijd andere noden en verwachtingen ervaren. Verstrek dus regelmatig opnieuw informatie betreffende de aandoening en de behandeling ervan, zeker bij chronische aandoeningen met meerdere geneesmiddelen.

Evalueer op regelmatige basis de visie van de patiënt, alsook de verwachtingen en bezorgdheden.

Vraag ook telkens naar therapietrouw van elk geneesmiddel afzonderlijk bij elke medicatiereview.

Verhelder mogelijke oorzaken van therapie ontrouw en bespreek een interventie in overleg met de patiënt.

Houd in gedachte dat patiënten soms zelf het effect van hun medicatie proberen te evalueren door bijvoorbeeld te stoppen en starten met een geneesmiddel, en dan de symptomen vast te stellen.

8. De communicatie tussen zorgverleners verbeteren

Vaak zijn patiënten met een chronische aandoening in opvolging bij meerdere zorgverleners van verschillende disciplines. De verantwoordelijkheid van de zorg van de patiënt wordt dan soms uitgewisseld tussen deze verschillende zorgverleners. Goede communicatie is dus vereist om te garanderen dat er geen fragmentatie van de zorg ontstaat.

Bij een medicatiereview moet elke voorschrijver geïnformeerd worden betreft de review en de uitkomst ervan.

Zorg voor een duidelijk verslag van de medische situatie van de patiënt en de medicatie bij iedere transfer van de ene naar de andere zorgverlener.

Figuur 2: Stroomdiagram: waarom nemen patiënten hun medicatie niet zoals voorgeschreven[3]

Bespreking

Interpretatie van de resultaten

Verdeling van de deelnemers

De deelnemersgroep heeft een te klein aantal, alsook een niet-evenredige verdeling qua geslacht en leeftijd, om significante verbanden te leggen tussen de verschillende beïnvloedende factoren van onvoldoende therapietrouw.

Medicatiereview

We bemerken dat de meeste deelnemers medicatie in eigenbeheer gebruikt, ondanks de complexiteit of zintuiglijke beperkingen. Hoe meer chronische aandoeningen een deelnemer heeft, hoe meer chronische geneesmiddelen worden gebruikt, waardoor het risico op onnodige polyfarmacie toeneemt.

Ook blijkt dat er belangrijke opdracht bij de huisarts rust om patiënten te informeren en motiveren, gezien de gebrekkige kennis van de deelnemers betreft de werking en het gebruik van hun medicatie.

Er waren heel wat verschillen tussen de medicamenteuze aanbevelingen van de arts en het effectieve gebruik van de deelnemer, waaruit we kunnen afleiden dat er aanwijzingen zijn voor onvoldoende therapietrouw.

Het is bewezen in de literatuur dat als patiënten toegeven niet therapietrouw te zijn, dit ook accuraat is. Echter als patiënten beweren dat ze wel therapietrouw zijn, blijkt dit niet accuraat te zijn.[1] Dit lijkt ook uit de resultaten van deze studie naar voor te komen.

Uit de resultaten blijken er aanwijzingen voor onvoldoende therapietrouw bij deelnemers met onvoldoende ondersteuning, polyfarmacie, meer dan 2 zintuiglijke beperkingen, weinig kennis betreffende werking en gebruik van de medicatie of als ze liever geen medicatie gebruiken in hun perceptie ten opzichte van medicatie.

Uit de literatuur is gebleken dat problemen met therapietrouw zijn geobserveerd in alle situaties waar de zelftoediening van een behandeling vereist is, onafhankelijk van het type aandoening, de ernst van de aandoening of de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.[1]

Interview

Communicatie betreffende de visie van de patiënt is essentieel om een gedeeld begrijpen tussen patiënt en hulpverlener te bekomen wat betreft geneesmiddelen en hun rol in de patiënt zijn behandeling. Zo ontstaat de mogelijkheid om de patiënt te ondersteunen en zijn betrokkenheid bij de behandeling te verhogen.[3]

Triangulatie tot praktijkrichtlijn

Met behulp van een kwantitatieve onderzoeksmethode (medicatiereview) en een kwalitatieve onderzoeksmethode (interview) werd therapietrouw in de huisartsenpraktijk onder de loep genomen. Omwille van de kleine deelnemersgroep werd de opgestelde praktijkrichtlijn gebaseerd op de bestaande literatuur om therapietrouw te verbeteren.[3,8,12-13-14]

Beperkingen van de studie

De onderzoeksgroep uit het project heeft een te klein aantal deelnemers, alsook is de groep niet gelijk verdeeld, om een significante verband te leggen tussen therapietrouw en de mogelijke beïnvloedende factoren.

Uit de literatuur blijkt dat er geen gouden standaard bestaat voor een accurate screening naar therapietrouw. Vragenlijsten die specifiek gedrag bevragen in verband met medische aanbevelingen zijn redelijk goede voorspellers van therapietrouw gedrag. Ze leveren geen bewijs, maar kunnen de arts wel bewust maken van het feit dat er mogelijks onvoldoende therapietrouw bestaat.[1]

Gezien therapietrouw moeilijk te screenen of kwantitatief op te volgen is, zijn er geen indicatoren om te meten of de praktijkverbetering is bekomen.

De implementatie van de opgestelde praktijkrichtlijn werd nog niet getoetst in de huisartsenpraktijk. Verder kwalitatief onderzoek is vereist om verbetering van therapietrouw te toetsen na implementatie van de praktijkrichtlijn.

Besluit

Door medicatiereview en interview van de deelnemers konden aanwijzingen voor onvoldoende therapietrouw in de huisartsenpraktijk vastgesteld worden.

Het kwaliteitsverbeterend praktijkproject beoogde de kwaliteit en continuïteit van de chronische zorg bij de oudere patiënt te optimaliseren en bevorderen, door de praktische hindernissen en perceptuele barrières in overleg aan te pakken door medicatiereview, optimalisatie van EMD en implementatie van een thuisdossier.

Ten slotte leverde dit project een praktijkrichtlijn om therapietrouw in de huisartsenpraktijk te ondersteunen en bevorderen. Deze kan gebruikt worden door elke huisartsenpraktijk om patiënten te ondersteunen in het volgen van een chronische behandeling.

Referenties

1. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organisation Library Cataloguing-in-Publication Data. Switzerland; 2003.
2. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics 2001;26:331-342.
3. National Collaborating Centre for Primary Care. Medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. NICE clinical guideline 76; 2009 januari.
4. Clyne W, Blenkinsopp A, Seal R. A guide to medication review. National prescribing center; 2008. Beschikbaar via: *www.npc.nhs.uk/review_medicines/intro*
5. Michael A. Steinman, MD, Joseph T, et al. Managing Medications in Clinically Complex Elders "There's Got to Be a Happy Medium". JAMA 2010 oktober 13;304(14).
6. Bolton PGM, Tipper SW, Tasker JL. Medication review by GPs reduces polypharmacy in the elderly: A quality use of medicines program. Australian Journal of Primary Health 2004;10(1).
7. NHG praktijkwijzer ouderenzorg; 2010.
8. *www.effectieveouderenzorg.nl/Toolkit.aspx* (Laatst geraadpleegd op 1/3/2013)
9. Hugtenburg JG, Blom AThG, Kisoensingh SU. Initial phase of chronic medication use; patients' reasons for discontinuation. Br J Clin Pharmacol 2005;61(3):352–354.
10. Take your medications as prescribed. JAMA 1999 Juli 21;282(3).
11. *www.effectieveouderenzorg.nl/Portals/0/PDF/Toolkit/foldertherapietrouwpatienten.pdf* (Laatst geraadpleegd op 1/4/2013).
12. Haynes RB, Yao X, Degani A, et al. Interventions for enhancing medication adherence (review). The Cochrane library, issue 4; 2006.
13. Patterson SM, Hughes C, Kerse N, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people (Review). The Cochrane library, issue 5; 2012.
14. Multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen 2012 NHG. Beschikbaar via: www.nhg.org